

Det allmännas ensak: hälso- och sjukvårdskuratorers arbete med smittspårning av sexuellt överförbara infektioner

Elisabet Sernbo, Johan Lindwall

Elisabet Sernbo, socionom, lektor i socialt arbete, institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. E-post: elisabet.sernbo@socwork.gu.se

Johan Lindwall, socionom, lektor i socialt arbete, institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. E-post: johan.lindwall@socwork.gu.se

Artikeln baseras på etnografiska studier av tre hälso- och sjukvårdskuratorers arbete med smittspårning av sexuellt överförbara infektioner. Syftet är att analysera kuratorns patientnära arbete med smittspårning som en biopolitisk praktik, som bär på inneboende motstridigheter kopplade till lagstiftningens handlingsimperativ jämte patienters autonomi och integritet. Det empiriska materialet består av fältanteckningar, vilka analyseras ur ett diskuspsykologiskt perspektiv. Bland resultaten märks hur smittskyddsarbetets hälsofrämjande ambitioner, uttryckta genom hälso- och sjukvårdslagen som en "god sexuell och reproduktiv hälsa", förutsätter konstruktionen av en kontrasterande ohälsosam och "dålig" sexualitet, vilken också föranlett kontakten. Detta skapar paradoxala förutsättningar för kuratorernas arbete, då de är beroende av patienternas uppriktighet för att kunna följa smittskyddsarbetets intentioner. Kuratorerna balanserar denna paradox genom att betona den "goda" sexualitetens möjligheter som potentiell framtida praktik, vilken patienterna görs ansvariga för att forma.

The article is based on ethnographic studies of three health social workers and their contact tracing work regarding sexually transmitted infections. The aim is to analyze this work as biopolitical practice, involving intrinsic contradictories related to the imperatives of the law and patients' autonomy and integrity. The empirical material consists of field notes which are analyzed from a discursive psychological perspective. The results show how health promotion intentions, expressed in the health care act, as "a good sexual and reproductive health", presupposes the construction of a contradictory unhealthy and "bad" sexuality, which has also caused the contact. This produces paradoxical prerequisites for the social workers, being dependent on the patients' sincerity to be able to carry out the intentions of the law. The health social workers handle this paradox by emphasizing the "good" sexuality as a potential future practice, which patients are made responsible for shaping.

Inledning

I Smittskyddslagen SFS 2004:168 och Smittskyddsförordningen SFS 2004:255 beskrivs och regleras hälso- och sjukvårdens smittskyddsarbete. I lagen ingår cirka 60 sjukdomar. I denna artikel behandlas hälso- och sjukvårdskuratorers smittspårning av de sexuellt överförbara infektionerna gonorré, klamydia, hiv och syfilis.

Regionernas smittskyddsläkare har huvudansvar för regionernas smittskydd. Inom vårdinrättningarna är det dock ofta annan personal som utför smittspårningen, under förutsättning att denna anses ha särskild kompetens. Delegation kan ges till en kurator, men också exempelvis en barnmorska eller sjuksköterska.

Sjukvårdens ansvar beskrivs som att skyndsamt undersöka patienten, erbjuda råd och stöd och kostnadsfri vård. Också läkemedel ska tillhandahållas utan kostnad. I smittskyddslagen beskrivs även patientens ansvar att söka läkare, låta sig provtas, följa förhållningsregler samt medverka i smittspårningen. I information riktad till patienter beskrivs lagens tvång:

Enligt lagen kan du tvingas till undersökning om du inte testat dig, trots att du misstänks ha en allmänfarlig sjukdom. Det kan till exempel vara att du upprepade gånger har kallats till provtagning i samband med en smittspårning, men inte kommer. Då kan du riskera att bli hämtad av polis för att undersökas.¹

Ett smittspårningsärende ska avslutas när det konstaterats, eller så långt det är rimligt utretts av vem eller vad patienten smittats, samt vilka andra personer som har smittats. Ärenden kan öppnas igen om nya uppgifter framkommer.

TVå sidor av arbetet kan skönjas: det smittspårande och det hälsofrämjande. Till skillnad från smittspårningen bygger det hälsofrämjande arbetet på frivillighet och kan kopplas till övergripande mål i Hälso- och sjukvårdslagen SFS 2017:30 – att verka för en god sexuell och reproduktiv hälsa (3 kap. 1 § HSL), samt stärka och respektera individer ”i sin egenmakt, sin kroppsliga integritet samt i sin sexuella identitet och könsidentitet” (Folkhälsomyndigheten 2020).

Smittskyddsarbetet baseras därmed på såväl kontroll och tvång som ett hälsofrämjande arbete där individers sexuella hälsa, egenmakt och integritet ska respekteras och stärkas. Sålunda kan smittskyddsarbetet sägas ha en biopolitisk agenda. Foucault beskriver biopolitik i dess mest basala mening som makt- eller styrningsprocesser som riktar in sig på livet självt och avser att ”producera krafter, få dem att växa och ordna dem” (Foucault 2010:138), men också att identifiera, kontrollera och intervensera i det som ses som riskgrupper (jmf Rose 2001). En biopolitisk lins på smittskyddsarbetet visar hur arbetet syftar till att främja en viss sorts ”sund” sexualitet medan en annan – en som sprider smitta –

1. På regionernas hemsidor 1177.se. Läst 210518.

ska identifieras och motverkas. Då det därtill enbart är patienten som kan lämna sådana uppgifter att de smittspårande intentionerna kan efterlevas, blir patienten föremål för motstridiga intentioner samtidigt som denna är en helt avgörande aktör i arbetet. Detta beskrivs i Socialstyrelsens handbok ”Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner”:

Det är viktigt att inse att patienten kan uppleva smittspårning kring sexuellt överförbara infektioner som mycket integritetskränkande. Sexualiteten är en mycket personlig och intim sfär, och en sexuellt överförbar infektion får medicinska, psykologiska, sociala och juridiska konsekvenser. Detta kan innebära stora påfrestningar för patienten och försvåra smittspårningen. Samtidigt har patienten alltid en avgörande roll i smittspårningsarbetet och är därigenom en resurs i det förebyggande arbetet. (s. 15)

Utifrån denna bakgrund är syftet med artikeln att analysera kuratorns patientnära arbete med smittspårning som en biopolitisk praktik, som bär på inneboende motstridigheter kopplade till lagstiftningens handlingsimperativ jämte patienters autonomi och integritet.

Tidigare forskning och teoretisk tolkningsram

Forskning med fokus på smittspårning betonar vikten av normaliserande och inkluderande attityder (Balfe m.fl. 2010), att tekniskt smidiggöra processen för patienterna (Dokkum 2012), samt de professionellas kunskap om hur de bäst kan hjälpa patienterna att hantera exempelvis frågor om öppenhet i relation till andra (Seth m.fl. 2007). Andra faktorer som diskuteras är hanteringen av felaktiga uppgifter från patienter, riktlinjer som är svåra att följa, samt bristande uppföljning avseende smittspårningens arbetsmetoder och effektivitet (Theunissen m.fl. 2014). En annan utmaning som lyfts är patienters förutfattade meningar om infektionerna och vilka som drabbas samt hur dessa kan påverka vården, i synnerhet om de professionella är omedvetna om dessa föreställningar (Lambert m.fl. 2006).

Andra dimensioner av arbetet som lyfts är mellan potentiella fördelar för patienterna med en ökad grad av öppenhet, jämte risken att utsättas för stigma (Zhang m.fl. 2019). En annan dimension är patienters autonomi jämte potentiella partners säkerhet och hälsa, vilket Njosing (m.fl. 2011) beskriver som ett etiskt, juridiskt och moraliskt dilemma. French (2015) betonar relationen mellan en stöttade behandlingsrelation och en mer kontrollerande funktion. Ross (m.fl. 2020:538) lyfter istället de professionellas funktioner:

Although contact tracing is an effective public health intervention, if implemented improperly, it has the potential to violate privacy and result in state surveillance.

Centrala dimensioner i och för socialt arbete framträder: kunskap och hälsa, normalisering och stigma, behandlingsrelationer, kontroll och stöd. I Sverige har också socialt arbete inom hälso- och sjukvården en lång historia, och sjukvården kan betraktas som sprungen ur det sociala arbetet (Gustafsson 1987:68). Hälsans sociala determinanter och sjukvårdens svårigheter att hantera sociala problem är också välkända (Olsson 1999, Sernbo 2019). Trots detta beskrivs hälso- och sjukvårdskuratorns arbete och teoretiska förankring ofta som oklart och osäkert (Fantus m.fl. 2017, Sjöström 2013). Yrkesgruppen förväntas vidare fylla stödjande funktioner för såväl patienter som andra yrkesgrupper och sjukvårdens organisationer, ibland utan att uppleva att arbetet synliggörs eller värdesätts (Bailey & Liyanage 2012, Harsløf m.fl. 2017, Sernbo 2019).

Forskning om kuratorns arbete fokuserar dock sällan på dess myndighetsutövande funktioner. I socialt arbete finns emellertid flera områden som karaktäriseras av imperativa uppdrag, som att sörja för att klienter som använder narkotika får den hjälp de behöver för att sluta. Här balanseras tvång och frivillighet, med bland annat påtryckningar och villkor, men också hot (se t.ex. Runquist 2009, 2012). Arbetet sker inom institutionella ramar som är orienterade mot specifika mål och institutionella identiteter, även om detta inte alltid sker uttalat genom socialarbetares explicita råd eller uppmaningar, utan oftare med ett finkänsligt och ”mjukt” språkbruk (van Nijnatten & Suoninen 2014) och indirekt genom att exempelvis få vissa ageranden att framstå som mer eller mindre eftersträvaransvärda (se t.ex. Hall & Slembrouck 2014, Silverman 2000). Lindwall (2020) beskriver hur detta innebär att arbetets legitimitet ständigt kan sättas på spel, vilket socialsekreterare, i interaktionen med klienter, hanterar genom att positionera sig och agera med retoriska repertoarer som konstruerar såväl klienterna som dem själva i skilda subjektpositioner.

Teoretiskt kan myndigheters engagemang i befolkningens hälsa synliggöras med hjälp av begreppet biopolitik (Foucault 2010, Rabinow & Rose 2006). Biopolitik kan beskrivas som styrningsprocesser som syftar till att främja befolkningens kapacitet, forma sunda och dugliga medborgare genom ett arbete med och genom individers och grupper hälsa och välbefinnande, för att på så sätt korrigera och förbättra det ”mänskliga materialet” (Mik-Meyer & Villadsen 2013). Exempelvis riktas breda folkhälsofrämjande kampanjer mot hela populationer (exempelvis sex- och samlevnadsundervisning och sexualupplysning), men biomakten opererar även mot enskilda när vårdinrättningsprogram och insatser syftar till att främja sunda levnadsmönster och korrigera de mönster som ses som osunda. För att kunna förebygga och tidigt ingripa ingår det också i den biopolitiska strategin att noggrant övervaka, kontrollera och tidigt anpassa avvikelser hos individer som anses tillhöra riskgrupper (Rose 2001). Här utgör smittspårning ett exempel *par excellence*.

Rose (1999) beskriver vidare hur moderna människobehandlande organisationers kontroll och styrning i allt högre grad har kommit att utövas genom att kalibrera och understödja individers självreglering och egna ansvarstagande. Inom sjukvården ses detta exempelvis genom ett ökat fokus på individers omsorg om sig själva, ”self-care” (Alftberg & Hansson 2012). En central process i detta sammanhang är *responsiblisering*, där ansvar överförs till de individer som är föremål för arbetet, snarare än tillskrivs de professionella (Juhila, Raitakari & Löfstand 2017, Lindwall 2020).

Mot denna övergripande biopolitiska bakgrund inspireras förståelsen av kuratorernas patientinteraktioner av diskursiv psykologi, vilken betonar hur vi i samtal skapar *versioner* av de objekt, händelser eller personer vi talar om (Potter & Wetherell 1987). Detta inkluderar såväl den som talar som den som tilltals, exempelvis genom de sätt vi positionerar oss själva och andra och på vilket sätt rättigheter och skyldigheter positioneras i talet (Harré & van Langenhove 1999). Sålunda finns en handlingsdimension i mänsklig interaktion: genom interaktion överförs inte bara information. Genom de versioner som produceras – av varandra, händelseförlopp eller andra objekt – utförs interaktionella handlingar genom vilka såväl avgränsade frågor som ansvar och skuld, som våra och andras mer övergripande identiteter, hanteras.

Metod

Det empiriska materialet inhämtades 2014–2015, då artikelns första författare skuggade (Czarniawska 2007, 2008) tre hälso- och sjukvårdskuratorer vid två olika kliniker med inriktning mot köns- och/eller infektionssjukvård. I artikeln har de fått de fingerade namnen Barbro, Ritva och Gabriella. Studien är etnografisk och fokuserar på så kallade ”täta beskrivningar” av förhållandevis få fall (Geertz 1973, 2001). Materialet består av fältanteckningar, fokuserade på samtal mellan kuratorer och patienter, kuratorer och andra professionella, liksom mellan kuratorerna och forskaren. I materialet varvas anteckningar av sammanfattande karaktär, med ordagranna återgivningar markerade med citattecken.

Metoden innebär insyn i en institutionell vardag med tvångsaspekter och stark hierarki, där patienten generellt förväntas underordna sig. Ljungcrantz (2017:100) poängterar detta när hon skriver: ”(a)tt framstå som ’en duktig patient’ innebär att förhandla väl med förhållningsregler och att tolkas som en generellt ansvarsfull och trovärdig patient och person”. Att svara nej på en fråga om att delta i en studie kan därför vara svårt. Vid varje nytt besök ställdes därför frågan om deltagande av personal utan forskarens närvaro. Projektet genomgick och erhöll godkännande från den regionala etikprövningsnämnden.

Analysmetoden fokuserar på språklig interaktion och meningskonstruktioner (Järvinen & Mik-Meyer 2005). Då möjligheten till språklig detaljrikedom är läg-

re i fältanteckningar än med inspelat och i större detalj transkriberat material, riktas analysens fokus mot vad som sägs och görs, snarare än på hur. Arbetet vägledades av sensitiserande begrepp (Blumer 1931, 1954, Charmaz 2012) genom att ett antal tentativa begrepp som integritet, makt, tvång och ansvar testades, utvecklades, nyanserades eller övergavs i analysprocessen.

I detta analysarbete görs kontinuerlig tolkning och Atkinson (1992) beskriver hur den analys som sedan presenteras representerar en av flera tänkbara versioner. Wolcott (1994:4) diskuterar hur forskarens position handlar om att ge vissa tolkningar företräde: ”The same data can have quite different meanings and uses for researchers of different persuasions”. Det centrala blir därmed att motivera och tydliggöra den läsning vi utvecklat, genom att var och en för sig tolka och sedan gemensamt reflektera kring och utveckla våra analyser.

Resultat och analys

Kuratorerna beskriver en upplevelse av att smittskyddsarbetet skiljer sig från deras övriga arbete. Barbro relaterar detta till hur smittskyddsarbetet ”är lite kontroll samtidigt faktiskt”. Kuratorsarbetet konstrueras på detta sätt som innefattande två upplevt svårförenliga roller: en mer generell som fokuserar på stödjande arbete, en mer specifik som fokuserar på smittskydd och innebär en kontrollerande funktion. Barbro beskriver, i anslutning till detta, hur smittskyddsarbetet ”inte är min favoritarbetsuppgift direkt”. När hon ska smittspåra vill hon göra det först, ”ha det avklarat”. Detta då det kan vara jobbigt för patienten, och för henne, eftersom hon, genom arbetet, blir förknippad med det jobbiga.

Samtidigt framstår smittskyddsarbetet i vissa aspekter som förhållandevis enkelt – att identifiera potentiella smittobärare och erbjuda lämplig behandling, eller som Ritva uttrycker det i en av observationerna:

Ritva har skrivit brev till alla på listan, utom den som hon just ringt.

Vi går till postlådan, som är längst bort i korridoren, och postar breven.

Jag frågar Ritva om det finns en tillfredsställelse i att ha avklarat ett moment?

Hon säger att ja, ”arbetet är väldigt resultatinkänt.”

Hon säger att hon känner att hon ”gör någonting för vårt land, om man kan säga så.”

”Gör någonting för befolkningen.”

”För hälsan, för den sexuella hälsan, för den reproduktiva hälsan.”

Ritva säger att det finns en tillfredsställelse i det. ”Man bekämpar smittspridning.”

Denna, till synes rättframma enkelhet relaterat till smittskyddsarbetet, är dock beroende av patienters följsamhet. De behöver inte bara komma till vårdin-

rättningen och testa sig, de behöver också minnas och uppriktigt rapportera om sina sexuella kontakter. Det senare kompliceras av hur ”god” sexualitet i sammanhanget är den som minimerar risken för smitta, varför det är rapporter om en annan sorts sexualitet som efterfrågas. Kuratorns uppgift blir sålunda att skapa förutsättningar för denna följsamhet.

Att förhandla integritet

Gabriella säger att då går vi tillbaka 1 år. Patienten säger att det bara är en. Hon vet inte mycket om honom, hon har ett förnamn bara. Gabriella undrar om hon kanske har mer information hemma? Hon svarar nej, det var på en resa. Gabriella säger att då är det inte mycket att göra. Med det avslutas samtalet med hej då. Hon lämnar rummet.

Han säger ”ja, som jag har bara förnamn. Svårt”

Ritva säger att ja, det blir svårt. Om det inte är ett väldigt ovanligt förnamn

Han säger nej, Anna

Ritva säger att ja, då är det inget att göra.

I de båda utdragen ovan efterfrågar kuratorerna information om sexuella kontakter där smitta eventuellt kan ha överförts. Smittspårning är abhängig patienternas självrannsakan och uppriktighet, vilket aktualiserar frågan om gränserna för patienternas sexuella integritet. Frågan hanteras försiktigt och finkänsligt. Att framskrida för hårt i det smittspårande uppdraget, kanske pressa patienter att dra sig till minnes, kan uppfattas som ett intrång i den personliga sfären. Samtidigt är det ett avkall på det smittspårande uppdraget att inte försöka. Gabriellas undran om patienten ”kanske har mer information hemma”, liksom Ritvas tillägg ”om det inte är ett väldigt ovanligt förnamn”, indikerar ett missnöje med patienternas initiala svar och positionerar ett ansvar på patienterna att lämna mer information (jmf Harré & van Langenhove 1999). Men det indirekta, mjuka och finkänsliga sättet på vilket frågorna formuleras möjliggör för kuratorerna att efterfråga mer information utan att framstå som *för* inträngande (jmf van Nijnatten & Suoninen 2014). Sålunda balanseras kravet på att spåra smitta mot patienternas integritet. Samtidigt positioneras patienterna som i hög grad ansvariga för att vara uttömmande och själva bedöma hur stor ansträngning som ska göras. Patienternas egna ansvar och självreglering blir på så sätt en viktig del i arbetet (jmf Juhila, Raitakari & Löfstrand 2017).

I empirin återfinns dock också situationer där den smittspårande sidan av arbetet artikuleras starkare:

Ritva pratar i telefon, om smittspårning och syfilis. Jag upplever hennes röst som ansträngd och reagerar på att hon låter ovanlig. Hon säger bland annat att det kan vara farligt att ha en syfilis obehandlad. Jag börjar lyssna aktivt och försöker skriva ordagrant:

”du behöver inte ringa mig och ljuga, däremot behöver du testa dig för *din* skull”

”jag vet inte vad du har gjort, det vet väl du”

”klart att du kan gå till din vårdcentral, men då måste jag skicka ett brev till dig som jag sedan får tillbaka”

”jag måste ju ha ditt namn och adress för att kunna skicka det här brevet till dig”

”Nu har vi en smittskyddslag i Sverige, för syfilis liksom för hiv”.

Såväl Ritvas ansträngningar att få patienten att samarbeta, som patientens motstånd mot dessa ansträngningar, framträder i utdraget. Kuratorn agerar här tydligt utifrån smittskyddslagen, snarare än med den finkänslighet som framträdde i de tidigare exemplen. Men, det är värt att notera hur Ritva legitimerar sitt tuffare agerande med hänvisning till lagen. Genom detta positioneras hon som någon som inte är personligt ansvarig för sitt agerande (jmf Harré & van Langenhove 1999). Sålunda sker ett slags balanseringsarbete även här. Vidare ser vi hur en normativ instruktion om hur patienten *ska* bete sig signaleras (jmf Hall & Slembrouck 2014, Silverman 2000): ta ansvar för sin sexuella hälsa *för sin egen skull*. Denna formulering tonar ner Ritvas institutionella agenda samtidigt som ett responsabiliseringsarbete sker, där patientens självreglering och egenansvar görs viktig (jmf Rose 1999, Juhila, Raitakari & Löfstrand 2017).

Att styra autonomi

I det smittspårande arbete som analyserades ovan syns vidare spår av det hälsofrämjande arbetet. När Ritva säger att hon ”gör någonting för befolkningen” och ”för hälsan, för den sexuella hälsan, för den reproduktiva hälsan”, relateras detta också till att understödja ett sexuellt beteende hos patienterna som anses vara hälsosamt och ansvarsfullt i förhållande till både smitta och normativa föreställningar om sexualitet i biopolitisk mening. Detta kommer tydligast till uttryck i dialoger mellan professionella och/eller forskaren, snarare än i samtal med patienter. I en dialog mellan en kurator och artikelns förste författare beskrivs exempelvis en patient som väntas till mottagningen som ”Ja, han har ju haft det mesta, det var väl dags för syfilis också”, liksom en yngre kvinna som ”inte tar hand om sig själv. Hon har flera cystor, kronisk urinvägsinfektion, gjort aborter, har gonorré, har smärtor”. Dessa uttalanden, vilka kan förstås som problematiseringar av sexuella beteenden, kommer dock sällan till uttryck i direkt interaktion med patienter.

Svårigheten i att verka för en ”god” sexualitet utan att detta (implicit eller explicit) kontrasteras mot en ”dålig” blir en paradox i det hälsofrämjande smittskyddsarbetet, då patienters ”dåliga” sexualitet ofta är själva utgångspunkten för kontakten. I interaktioner mellan kuratorer och patienter hanteras denna paradoxala relation ofta av kuratorerna genom att sexualitet normaliseras *i allmänhet*, samtidigt som ledtrådar om vad som är en ”god” sexualitet förs in i samtalen som implicita råd (jmf Hall & Slembrouck 2014):

Patienten säger ”detta är en walk of shame om något”.

Gabriella skrattar och säger ”nej tycker du det?”

Patienten säger att ”ja, men man lär väl sig väl av sina misstag?”

Gabriella säger ”ja, men man har väl sex, det är väl meningen?”

Patienten beskriver här sin uppgift i relation till smittskyddsarbetet som en ”walk of shame”.

Kuratorn uttrycker en normaliserande och bekräftande inställning, vilket analyseras som ett sätt att avlasta patienten från skuld (jmf Balfe m.fl. 2010). Gabriella bekräftar patientens formulering om att lära sig av sina misstag, och normaliserar därefter sex *i allmänhet*. I sammanhanget blir innebörden av ordväxlingen att viljan till sex är något normalt, men att detta bör kombineras med en ambition att lära sig av sina misstag för att på så sätt forma en ”god” sexualitet.

Inte sällan är samtalen mer konkreta än ovan, och handlar om sådant som att ”skydda sig”:

Ritva: skyddar du dig?

Hon: jag är dålig på det

Ritva: killarna?

Hon: nej, de frågar ”kan du bli gravid? Nej, ok, då så” Men, jag har bara sex med nördar, som inte har sex med så många, jag tänker att det ska vara ok.

Ritva frågar om hon kan tänka sig att börja använda kondom?

Hon: jag borde ju göra det...

Ritva: har du kondomer?

Samtalet ovan tar form av en intervju. Ritva ställer frågor som berör patientens ”dåliga” sexualitet, men skuldbelägger eller kommenterar aldrig patientens svar. Frågorna är designade på ett sådant sätt att patienten uppfattar dem som rådgivande, vilket antyds av svaret ”jag borde ju göra det” (jmf Silverman 2000, Hall & Slembrouck 2014). Utan att positionera sig som moralistisk eller ”bättre vetande” får Ritva härvid patienten att själv dra den önskvärda slutsatsen, en process genom vilket patienten också blir ansvarig för omsorgen om sig själv

(jmf Alftberg & Hansson 2012). På detta sätt balanseras det hälsofrämjande uppdraget mot principen om patienters självbestämmande samtidigt som patientens autonomi styrs av frågornas implicita råd. En responsabilisering sker där den egna slutsatsen binder patienten till att självmant följa råden.

Många liknande exempel utspelar sig runt en skål med kondomer, som står på bordet mellan kuratorn och patienten:

Gabriella säger ”ta några” och tittar på skålen med kondomer på bordet

Han säger ja och tar några

Gabriella frågar ”brukar du använda?”

Han säger att det har varit dåligt med det, kanske nu, får ju en tankeställare.

Men, ”det är inte lika bekvämt”

Gabriella säger ”ta dessa”

Han säger (som det står på förpackningen) ”like wearing nothing”. Ja, det låter ju bra.

Gabriella säger ”ja, klamydia är inte heller så bekvämt” (hennes ton är skämtsam)

Han säger nej, och något om att man kan ju ha sex, men skyddat.

Kondomerna används här som rekvisita i ett samtal om ”dålig” och ”god” sexualitet. Med kondomskålens hjälp får Gabriella patienten att få ”en tankeställare” och eventuellt dra egna slutsatser utan att vare sig behöva moralisera över patientens ”dåliga” sexualitet eller predika den ”goda” sexualiteten. Samtidigt är det ändå tydligt att ett visst sexuellt beteende förespråkas (jmf Silverman 2000, Hall & Slembrouck 2014). Patientens självreglering och egenansvar blir här också tydligt en viktig del av det hälsofrämjande arbetet (jmf Juhila, Raitakari & Löfstrand 2017).

Avslutning: självrannsakan, sanningsenlighet och stöd

I artikeln har kuratorns patientnära arbete med smittspårning analyserats som en biopolitisk praktik, med fokus på hur hälso- och sjukvårdskuratorn förhåller sig till lagens handlingsimperativ jämte relationen mellan autonomi och integritet. Känsliga och motsägelsefulla dimensioner i arbetet har synliggjorts. Arbetet är beroende av kuratorernas förmåga att understödja såväl patienternas självrannsakan och uppriktiga rapportering om personliga och intima förhållanden som deras följsamhet till personalens råd, stöd och vård. En paradox som uppstår är att vad som kommer att anses som en ”god sexuell och reproduktiv hälsa” genom arbetet kontrasteras mot en ofta implicit uttryckt motsats. Med andra ord är det hälsofrämjande arbetet i sammanhanget inte möjligt utan att en annan sorts sexualitet konstrueras som ohälsosam och ”dålig”. Samtidigt

är det just patienters ”dåliga” sexualitet som föranleder ett smittskyddsarbete, ett arbete som dessutom är beroende av patienters självrannsakan och sanningsenliga rapportering om denna sexualitet. Då den ”dåliga” sexualiteten utgör kontaktens utgångspunkt blir det kuratorns arbete att betona den ”goda” sexualitetens möjligheter som en potentiell framtida praktik, som patienten ansvarar för att forma. Sålunda blir patienten bärare av en möjlig ”god” sexualitet och kuratorn blir facilitatorn som understödjer denna potential. ”Kraften” i hur detta understödjande uttrycks balanseras genom arbetet i förhållande till lagens handlingsimperativ och patientens beredvillighet att anpassa sig.

Referenser

- Alftberg, Å. & Hansson, K. (2012). Introduction: Self-care Translated into Practice, *Culture Unbound. Journal of Current Cultural Research*, 4:415-424.
- Atkinson, P. (1992). The Ethnography of a Medical Setting: Reading, Writing and Rhetoric, *Qualitative health research*, 2(4):451-474.
- Bailey, D. & Liyanage, L. (2012). The Role of Mental Health Social Worker: Political Pawns in the Reconfiguration of Adult Health and Social Care, *British Journal of Social Work*, 42(6):1113-1131.
- Balfe, M., Brugha, R., O'Donovan, D., O'Connell, E. & Vaughan, D. (2010). Young Women's Decisions to Accept Chlamydia Screening: Influences of Stigma and Doctor-Patient Interactions, *BMC Public Health*, 10(425):1-11.
- Blumer, H. (1931). Science Without Concepts, *American Journal of Sociology*, 34(4):515-533.
- Blumer, H. (1954). What is Wrong with Social Theory?, *American Sociological Review*, 19(1):3-10.
- Charmaz, K. (2012). The Power and Potential of Grounded Theory, *Medical Sociology online*, 6(3):2-15.
- Czarniawska, B. (2007). *Shadowing and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*. Malmö: Liber.
- Czarniawska, B. (2008). Organizing: How to Study It and How to Write About It, *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 3(1):4-20.
- Dokkum, N., Koekenbier, R., van den Broek, I., van Bergen, J., Brouwers, E., Fennema, J., Götz, H., Hoebe, C., Pars, L., van Ravesteijn, S. & Op de Coul, W. (2012). Keeping Participants on Board: Increasing Uptake by Automated Respondent Reminders in an Internet-Based Chlamydia Screening in the Netherlands, *BMC Public Health* 12(176):1-10.
- Fantus, S. Greenberg, R. Muskat, B. & Katz, D. (2017). Exploring Moral Distress for Hospital Social Workers, *British Journal of Social Work*, 47(8):2273-2290.
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Nationell Strategi för Sexuell och Reproduktiv Hälsa och Rättigheter (SRHR)*. Folkhälsomyndigheten.
- Foucault, M. (2010). *Säkerhet, Territorium, Befolkning: Collège de France 1977-1978*. Hägersten: Tankekraft förlag.
- French, M. (2015). Counselling Anomie: Clashing Governmentalities of HIV Criminalisation and Prevention., *Critical Public Health*, 25(4):427-440.

tema

- Geertz, C. (1973). *The Interpretations of Cultures*. New York: Basic Books.
- Geertz, C. (2001). Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture. Emerson, R.M. (red.), *Contemporary Field Research: Perspectives and Formulations*. Prospect Heights: Waveland Press.
- Gustafsson, R.Å. (1987). *Traditionernas Ok: Den Svenska Hälso- och Sjukvårdens Organisering i ett Historie-sociologiskt Perspektiv*. Akademisk avhandling. Göteborg: Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Hall, C. & Slembrouck, S. (2014). Advice-Givning. Hall, C., Juhila, K., Matarese, M. & van Nijnatten, C. (red.), *Analysing Social Work Communication: Discourse in Practice*. London & New York: Routledge.
- Harré, R. & van Langenhove, L. (red.) (1999). *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Harslof, I., Søjberg Nielsen, U. & Feiring, M. (2017). Danish and Norwegian Hospital Social Workers' Cross-Institutional Work Amidst Inter-Sectoral Restructuring of Health and Social Welfare, *European Journal of Social Work*, 20(4):584-595.
- Juhila, K., Raitakari, S. & Löfstrand, C. (2017). Responsibilities and Current Welfare Discourses. Juhila, K., Raitakari, S. & Hall, C. (red.), *Responsibilisation at the Margins of Welfare Services*. London & New York: Routledge.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2012). *At Skabe en Professionel: Ansvar og Autonomi i Velfærdsstaten*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2005). Observationer i en Interaktionistisk Begrepsramme, Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.), *Kvalitative Metoder i et Interaktionistisk Perspektiv: Interview, Observationer og Documenter*. København: Hans Reitzels förlag.
- Lambert, N.L., Imrie, J., Fisher, M.J., Phillips, A., Watson, R. & Dean, G. (2006). Making Sense of Syphilis: Beliefs, Behaviours and Disclosure among Gay Men Recently Diagnosed with Infectious Syphilis and the Implications for Prevention, *Sex Health*, 3(3):155-61.
- Lindwall, J. (2020). *Handlingsimperativets Dilemma: Om Frihet och Kontroll i Socialtjänstens Arbete med Klienter som Använder Narkotika*. Akademisk avhandling, Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Ljungcrantz, D. (2017). *Skrubbsår: Berättelser om hur HIV Föreställs och Erfars i Samtida Sverige*. Göteborg & Stockholm: Makadam förlag.
- Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2013). *Power and Welfare: Understanding Citizens' Encounters with State Welfare*. London & New York: Routledge.
- Njosing, B.N., Edin, K.E., San Sebastián, M. & Hurtig, A-K. (2011). "If the patients decide not to tell what can we do?" - TB/HIV Counsellors' Dilemma on Partner Notification for HIV, *BMC International Health & Human Rights*, 11(6):1-11.
- Olsson, S. (1999). *Kuratorn Förre och Nu: Sjukhuskuratorns Arbete i ett Historiskt Perspektiv*. Akademisk avhandling. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology: Beyond Attitudes and Behaviour*. London: Sage publications.
- Rabinow, P. & Rose, N. (2006). Biopower Today, *BioSocieties*, 1:195-217.
- Rose, N. (1999). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. London: Routledge.

- Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself, *Theory, Culture & Society*, 18(6):1-30.
- Ross, A.M., Zerden, L.S., Ruth, B.J, Zelnick, J. & Cederbaum, J. (2020). Contact Tracing: An Opportunity for Social Work to Lead, *Social Work in Public Health*, 35(7):533-545.
- Runquist, W. (2009). Klienters och Socialsekreterares Syn på Frivillig- och Tvångsvård av Missbrukare i Dagens Sverige. Stenius, K. & Johansson, L. (red.), *Lokalt Medborgarskap och Lokal Missbrukarvård: En Studie av Missbrukarvården i Lahtis, Kotka, Tavastebus, Norrköping, Västerås och Växjö från 1930-talet till 2000-talet*. SoRAD Forskningsrapport 55-2009. Stockholm: SoRAD.
- Runquist, W. (2012) *Legitimering av Tvångsvård: Klienter och Deras Socialsekreterare om LVM*. Akademisk avhandling. Malmö: Égalité.
- Sernbo, E. (2019). *Med Arstegen som Arbetsplats: En Etnografisk Studie av Hälso- och Sjukvårdskuratorns Arbete*. Akademisk avhandling. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Seth, C., Kalichman, S.J., Klein, M.O., Kalichman, D.A., O'Connell, Jay, A., Freedman, L. & Eaton, D. C. (2007). HIV/AIDS Case Managers and Client HIV Status Disclosure: Perceived Client Needs, Practices, and Services. *Health & Social Work*, 32(4):259–267.
- Silverman, D. (2000). Routine Pleasure: The Aesthetics of the Mundane. Linstead, S. & Höpfl, H. (red.), *Aesthetics of Organizations*. London: Sage publications.
- Sjöström, M. (2013). *To Blend in or Stand out? Hospital Social Workers Jurisdictional Work in Sweden and Germany*. Akademisk avhandling. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Socialstyrelsen (2008). *Smittspårning vid Sexuellt Överförbara Infektioner*. Socialstyrelsen.
- Theunissen, K., Schipper, P., Hoebe, C.J., Crutzen, R., Kok, G. & Dukers-Muijrsers, N. (2014). Barriers to and Facilitators of Partner Notification for Chlamydia Trachomatis among Health Care Professionals. *BMC Health Services Research*, 14(647):1-10.
- van Nijnatten, C. & Suoninen, S. (2014). Delicacy. Hall, C., Juhila, K. Matarese, M. & van Nijnatten, C. (red.), *Analysing Social Work Communication: Discourse in Practice*. London & New York: Routledge.
- Wolcott, H.F. (1994). *Transforming Qualitative Data: Description, Analysis and Interpretation*. London: SAGE Publications.
- Zhang, K., Zhao J., Li, X., Chen, X., Wang, H., Williams, A.B. & Fennie, K. (2019). Perceived Facilitators and Barriers regarding Partner Notification in People Living with HIV in Hunan, China: A Qualitative Study From the Patient Perspective, *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 30(6):658-667.

Andra källor:

Smittskyddslagen SFS 2004:168

Smittskyddsförordningen SFS 2004:255

Hälso- och sjukvårdslagen SFS 2017:30

<https://www.1177.se/Orebro/lan/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/lagar-i-varden/smittskyddslagen/> Läst 210518.