



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Sjukhuskyrkan och sjukhuskuratorn – två aktörer kring människor i kris.

**En kvalitativ studie om sjukhuskyrkans och dess relation
till professionellt socialt arbete**

Rebecca Friberg

Kandidatuppsats SOPA63
Aktuell termin: HT 2016
Handledare: Anders Östnäs

Author: Rebecca Friberg

Title: Hospital church and hospital counselor – two actors around people in crisis.

Supervisor: Anders Östnäs

Assessor: Stig Linde

Abstract

The purpose with this study was to describe and analyze the hospital church function and importance in hospital care and its relation to the hospital counselor work. This study will also present the division of labor between the hospital church and hospital counselors. It will also examine the relationship between the hospital church and hospital curators and if there is a difference in the hospital church and hospital counselors' discretion.

As basis for this study was crisis theory and system theory. The definition and historical perspective of professional social work constitute a major foundation stone in the essay. I based my thesis on qualitative studies and interviews with three professionals working in the hospital church and with one hospital curator.

Under result and analyze section were the problems shown which the professions highlighted, such as lack of time to work together and to achieve a good safety net for patients. There is also an uncertainty from both professions and in some cases a pronounced reluctance to cooperation between professions. It was also showed that the professionalism can be a hindrance in their way to pursue their work in a desirable manner.

Keywords: hospital church, hospital counselor, social work, religion, crisis theory, system theory, organization theory, slack, accessibility.

Abstract	1
1. Problemformulering.....	4
2. Syfte och frågeställningar.....	5
Syfte.....	5
Frågeställningar.....	5
3. Begrepp.....	5
Själavård.....	5
Psykisk kris.....	5
4. Bakgrund.....	6
Historik	6
Kuratorerna idag.....	7
Sjukhuskyrkan och sjukvården.....	8
Sjukhuskyrkan idag.....	8
Nya förutsättningar.....	10
5. Kunskapsläget.....	10
Kuratorer och socionomer.....	11
Sjukhuskyrkan och själavårdare.....	11
6. Teoretiska utgångspunkter.....	14
Teori om krisbemötande	14
Systemteori och organisationsteori.....	16
Systemiskt tänkande på ett behandlande plan.....	17
7. Metod	19
Val av metod	19
Metodens förtjänster och begränsningar	20
Urval och tillvägagångssätt	21
Presentation av deltagarna i studien	22
Kodning av materialet	23
Tillförlitlighet	23
Etiska överväganden	24
8. Resultat och analys.....	25
Religion och tro.....	26
Tillgänglighet	31

Handlingsutrymme	36
Samarbete professionerna emellan.....	38
9. Sammanfattning.....	42
10. Slutdiskussion.....	45
11. Referenslista.....	47
12. Bilagor.....	52
Informationsbrev.....	52
Samtycke.....	52
Intervjuguide.....	53

1. Problemformulering

Sjukhuskyrkan bedriver själavårdande och diakonal verksamhet (nusjukvarden.se). Det är den kristna tron och det kristna synsättet som dominerar verksamheten och det arbete som utförs (Dellgran & Höjer, 2006). När en person upplever kris är det vanligt att existentiella frågor väcks. Sjukhuskyrkan har särskild expertis när det gäller existentiella frågor (Ekedahl, 2001) och är en unik verksamhet som erbjuder stöd till dem som är patienter, närstående, samt dem som vårdar sjuka. Sjukhuskyrkan kan också erbjuda handledning, personalsamtal och debriefing, men även föreläsningar och seminarier i etik, krisbemötande, livsfrågor och själavård.

Sverker (2001) klargör vad en diakon, själavårdare eller annan profession vid sjukhuskyrkan gör i sitt arbete för de personer som söker sig till dem:

För själavårdaren är inte det viktiga att komma med svar utan att hjälpa den drabbade att uttrycka sin verklighet med alla dess känslor, tankar och frågor. Ingen vill uttrycka sin verklighet utan att få något gensvar. I full respekt för den andre måste själavårdaren ge något av sig själv (Sverker, 2001).

Akademikerförbundet SSR beskriver kuratorn som den psykosociala experten inom vården. Kuratorerna har en teoretisk grund i socialt arbete och är den självklara länken mellan vården och andra samhällsaktörer. Kuratorn är den enda professionen inom hälso- och sjukvården med utbildning inom juridik och hur det offentliga systemet är uppbyggt. Samtidigt påtalar SSR att det är viktigt att det finns ett professionsöverskridande arbete i team för att det ska bli ett lyckat behandlingsresultat. Kuratorn kan också handleda annan vårdpersonal i psykosociala frågor (akademssr.se/profession/socionom/kurator).

Kuratorn är den psykosociala experten inom vården. Som den enda professionen inom hälso- och sjukvården med utbildning i juridik är kuratorn den självklara länken mellan vården och andra samhällsaktörer (akademssr.se/profession/socionom/kurator).

Sjukhuskyrkan och sjukhuskuratorerna är således två aktörer som utför arbete på samma arena inom sjukhusets domäner. Två aktörer med olika bakgrund och förutsättningar. Jag ställer frågan om dessa två professioner har olika uppgifter och kompletterar varandra eller utför de liknande arbete? Finns det plats och utrymme för båda professionerna på ett sjukhus? Väljer patienter sjukhuskyrkan även om de inte betraktar sig som troende? Min problemformulering har mynnat ut i följande syfte och frågeställningar.

2. Syfte och frågeställningar

Syfte

Syftet med denna uppsats är att beskriva och analysera sjukhuskyrkans funktion och betydelse inom sjukhusvården och dess uppdrag i relation till sjukhuskuratorernas arbete.

Frågeställningar

- Hur ser arbetsfördelningen ut mellan sjukhuskyrkan och sjukhuskuratorerna?
- Är det skillnad på sjukhuskuratorernas och sjukhuskyrkans handlingsutrymme?
- Hur ser relationen ut mellan sjukhuskyrkan och sjukhuskuratorerna?

3. Begrepp

I detta stycke kommer jag presentera några återkommande begrepp i min uppsats.

Själavård är ett brett begrepp som handlar om människors relationer till varandra och till Gud. Själavård handlar också om att ge stöd och hjälp till människor som befinner sig i svåra livssituationer (Okkenhaug, 2004). Själavård kan bedrivas i enskilda samtal, via telefon eller brev, dels som förebyggande funktion men också i krissituationer. Metoden kan också innebära andlig vägledning för den enskilde (svenskakyrkan.se/jourhavandeprast/om-sjalavard).

Psykisk kris är ett begrepp utan en entydig definition. En psykisk kris omfattar både ett yttre skeende och en inre tolkning hos en person. Det yttre skeendet (själva händelsen som sker) tillsammans med den inre tolkningen kan komma att kallas för en krisreaktion (Cullberg, 1974). En psykisk kris är en reaktion där man hamnat i en situation där de tidigare livserfarenheterna och de inlärda reaktionssätten hos personen inte längre är tillräckliga för att kunna bemästra det svåra som sker (Cullberg, 1980).

4. Bakgrund

I detta kapitel introduceras kuratorerna och sjukhuskyrkan, samt en del av dess historia.

Historik

En aktör som länge funnits etablerad i vårt samhälle är kyrkan. Kyrkan har också en lång historia kopplad till sjukhusen. Vissa sjukhus har till och med vuxit fram ur den kristna omsorgen. Även fattigvård och socialvård har sitt ursprung från de kristna klostren (sjukhuskyrka.se/goteborg/sahlgrenska/Beskrivning). Vid kris vänder sig många till kyrkan, trots att svenska kyrkan tappat många medlemmar under senare tid. Dock visar siffrorna från 2015 att tappet av medlemmar nu planar ut (svenskakyrkan.se/statistik).

Under 1900-talets början i USA växte kuratorsyrket fram inom sjukvården. Richard Cabot var en professor som intresserade sig för det sociala perspektivet, han ansåg att det finns ett samband mellan sjukdom och sociala problem. Cabot förordade ett samarbete mellan läkaren och en medarbetare som skulle vara socialt utbildad inom sjukvården (Benkel et al, 2009). Läkarens medicinska kunskaper ansågs i behov av att kompletteras av socialarbetarens helhetssyn. Den sociala utredningen ska tillsammans med diagnos medverka till bättre behandling (ibid).

I Sverige bildades Centraförbundet för socialt arbete (CSA) år 1903. Organisationen grundades då man ville väcka debatt i sociala frågor och verka för social utveckling. Detta arbete bidrog till att både lagstiftning och reformer inom det socialpolitiska området. 1914 tillkom den första kuratorstjänsten i Sverige, Gertrud Rodhe. Hennes klienter var de psykiskt sjuka i Stockholm, både de som fick vård på sjukhus men också de som skrivits ut (ibid). 1920 anställdes den första kuratorn inom somatisk vård. Initiativet kom från CSA, arbetet var ett brett uppdrag med fokus på praktiska problem kopplade till grundläggande sociala behov. Svensk kuratorsförening bildades 1944, då fanns det ca 70 kuratorer i Sverige, benämningen socionomexamen kom till 1950. Från 1950-talet till 1990-talet tillkom nya kuratorstjänster inom hälso- sjukvården, kuratorstjänster inrättas även i primärvården i samband med dess utbyggnad (Benkel et al, 2009; Johansson C, 2006). År 2006 är det många sjukhuskuratorer som har disputerat, 90 % har en vidareutbildning i psykosocialt behandlingsarbete eller i psykoterapi (Johansson C, 2006).

Kuratorerna idag

I stort sett alla hälso- och sjukvårdskuratorer har en socionomexamen (Socialstyrelsen, 2014-4-21). Socialstyrelsen har kommit fram till att det finns ett behov av att införa legitimation för kuratorer som är verksamma inom just hälso- och sjukvården. Legitimeringen skulle utgå utifrån fyra kriterier, utbildningens innehåll och nivå, yrkesrollens innehåll, patientsäkerheten och internationella förhållanden. Socialstyrelsen föreslår också att en legitimeringsgrundande vidareutbildning i socialt arbete inom hälso- och sjukvård införs, detta skulle leda till en examen som hälso- och sjukvårdskurator (Socialstyrelsen, 2014-4-21).

Socionomutbildningen utmärker sig på så vis att den integrerar praktik och teori på ett systematiskt sätt under hela utbildningen. De nationella mål för examen som anges i högskoleförordningen är indelade i fyra områden: färdighet och förmåga, kunskap och förståelse, värderingsförmåga och förhållningssätt samt övrigt. Socionomutbildningen ger också förståelse, kunskaper samt förmåga till att analysera perspektiv utifrån till exempel, kön, sexuell läggning, klass och etnicitet. Det handlar om förmåga att systematiskt reflektera över etiska frågor, men också utveckla empatisk förmåga, självkännet, professionellt bemötande, förmåga att identifiera behov och utveckla lagarbete samt samverkan (Socialstyrelsen, 2014-4-21).

Kuratorerna har ett uppdrag riktat direkt mot patienterna/klienterna. Gåfvells (2014) beskriver att det ingår i kuratorernas uppdrag att medvetandegöra sina patienter om sina egna resurser och möjlighet att påverka sin situation, samt stärka individens möjligheter att hantera inre och yttre påfrestningar som denne möter. Men även att arbeta för förändring kring den sociala miljön så att patientens livssituation kan utvecklas så gynnsamt som möjligt. I uppdraget ingår också att informera patienter samt vårdpersonal om de samhällsresurser som finns som kan hjälpa till att motverka/förhindra social problematik vid sjukdom eller annan ohälsa.

Kuratoren arbetar ofta i tvärprofessionella team som kan bestå av sjukgymnaster, logoped, audionomer, dietister, läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter (Johansson C, 2006). Kuratorerna har även externa samarbetsparter som exempelvis myndigheter, patientföreningar, frivilligverksamheter och kyrkor (Benkel et al, 2009; Broqvist et al, 2013).

Det är i arbetet med bedömningar, behandlande arbete eller utredningar som det viktiga teamarbetet kommer till sin rätt. Ibland behövs även samordnade insatser vid rehabilitering och arbetsträning eller arbetesåtergång (Benkel et al, 2009).

Sjukhuskyrkan och sjukvården

Under 1860-talet blev landstingen ansvariga för den andliga vården och en lasarettspredikant anställdes då av svenska kyrkan. Drygt hundra år senare, 1962 tog svenska kyrkans församlingar tillbaka sitt ansvar för den andliga vården (Ekedal, 2001).

Den kristna sjukhussjälavården är ekumenisk, vilket innebär att representanter för kyrkor och samfund arbetar tillsammans och representerar kyrkan genom att företräda sitt eget samfund (Samarbetsrådet för andlig vård inom hälso- och sjukvården, 2012). I samband med en omorganisation år 1998, beslutade Svenska kyrkan och Sveriges Frikyrkosamråd att bilda Samarbetsrådet för andlig vård inom hälso- och sjukvården. Samarbetsrådet har ansvar för dels den andliga vården, men också för utbildning i andlig vård inom hälso- och sjukvården (ibid). Eftersom sjukhuskyrkan bedriver all andlig vård, kan de därför också anta konsultuppdrag kring vård av trosbekännare från andra religioner än den kristna (Ekedal, 2001).

Svenska kyrkan och staten skildes åt år 2000 och med de förändringar som då skedde upphörde också de formella begränsningarna för Svenska kyrkan att ägna sig åt skola, vård och omsorg (Hjalmarsson, 2009). Därför har Svenska kyrkan nu samma legala grund till att bli aktör på välfärdarenan som andra ideella organisationer (Svenska kyrkans utredningar 2009:2). Jeppsson Grassman (2001) fann i sin studie att Svenska kyrkan i och med detta, möter allt större behov i form av ökade ekonomiska- sociala och andliga svårigheter.

Sjukhuskyrkan idag

Det finns 81 sjukhuskyrkor i Sverige (sjukhuskyrkan.se/kontakt/sjukhuskyrkor/). Inom sjukhuskyrkan arbetar 250 personer. Det finns även några ordensystrar. Några få församlingsmusiker är anställda (antal ej specificerat). I frikyrkan finns 45 medarbetare, sex ortodoxa präster. Katolska kyrkan har flera vakanser, ungefär fem stycken (mail konversation med samordnare för sjukhuskyrkan, 2016).

Inom sjukhuskyrkan arbetar professioner som pastorer, präster, musiker och diakoner (Ekedahl, 2001). I det sociala arbetet förutsätts att professionen har kunskap och förståelse för metoder och arbetssätt som utövas. Det inkluderar kunskap om hur och varför de valda metoderna och arbetssätten används och varför de fungerar i praktiken. (Morén & Blom,

2006). Sjukhuskyrkans arbete ska ha en helhetssyn på människan inom själavården, det hebreiska tänkandet om att människan är ande, själ och kropp, en helhet som inte är delbar (Okkenhaug, 2004).

Sjukhuskyrkan vänder sig främst till patienter och deras anhöriga, troende och icke troende. De icketroende som ändå vänder sig till sjukhuskyrkan i kris, gör det sannolikt på grund av att det kan ge en dem en viss trygghet att samtala med en troende person (Silfving, 2007).

Andlig vård och andligt behov

I riktlinjerna för sjukhuskyrkans vård, presenteras just behovet av andlig vård. Eftersom riktlinjerna hänvisar till hälso- och sjukvårdslagen samt religionsfrihet ska arbetet utgå ifrån patientens självbestämmande, integritet samt dennes rätt att fritt utöva sin religion. Orsaken till att det andliga behovet ökar på ett sjukhus, kan vara den ökade belastningen och den kris som uppstår i samband med sjukdom (Ekedahl, 2001). I dessa situationer kan sjukhuskyrkan bistå patienten och anhöriga med sin expertis, sjukhuskyrkans andliga vård är även till för sjukvårdspersonalen (Ekedahl, 2001, Samarbetsrådet för andlig vård inom hälso- och sjukvården, 2012). Syftet med den andliga vården är också att hjälpa, stödja, skänka hopp och mod samt att finnas till hands vid omorientering inför nya faser i livet. Den andliga vården sker genom samtal, andlig vägledning, krisstöd, sakrament, riter och gudstjänst (Samarbetsrådet för andlig vård inom hälso- och sjukvården, 2012).

Sjukhuskyrkans arbete med själavård är historiskt. Nordlund (1995) beskriver själavård så här, ”Vår tro måste integreras i vårt livsöde, och det som händer oss, och händer inom oss, måste integreras med vår tro”.

Själavårdens grundar sig på den individuella människans tro. Den gemensamma erfarenheten av att någon gång tappa fotfästet och bli ”stum” innebär inte enbart den verbala förmågan, utan även förmågan att finna och känna. Nordlund (1995) menar att det hos många finns en förhoppning om att den kristna tron ska ge en mening och skapa ett mönster, det vill säga att man finner en slags yttre ordning på sin tillvaro. Även den som är djupt troende kan tappa fotfästet och ställa sig frågan om vad meningen med livet är. Tillståndet kan beskrivas som en existentiell kris (Callahan, 2015; Nordlund, 1994; 1995). Callahan (2015) beskriver vidare att detta kan leda till att patienten får känslan av att Gud har övergivit henne vilket kan leda till

djupare existentiellt lidande. Det är i den enskilda subjektiva upplevelsen vi åter kan finna mening (Nordlund,1994; 1995).

Nya förutsättningar

Sjukhuskuratorer och sjukhuskyrkan verkar inom samma område. De skiljer sig åt på flera punkter men har även en del gemensamt i sitt arbete. Bland annat kartlades Svenska kyrkans diakonala arbete under rubriken ”Frivilligt socialt arbete” (SOU 1993:82) i socialtjänstkommitténs utredning 1993. Kullberg (2011) å andra sidan, redogör för socionomer som verkar utanför socialtjänsten, där en annan kunskapsbas än socialt arbete är dominerande. De beskrivs ha andra förutsättningar och får kanske ökad konkurrens gällande resurser, förklaringsmodeller och revir (Kullberg, 2011). Kuratorernas arbetsuppgifter varierar beroende på inom vilket område arbetet utförs (Benkel et al, 2009).

Förändringar i välfärdssystemet har skett och andra aktörer än de offentliga har fått utrymme (SOU 2007:37). Detta har lett till att det finns förväntningar på trossamfunden, även från de statliga utredarna.

Genom att ge människor andligt stöd, inspirera människor att öka sin etiska medvetenhet och genom att effektivt lösa sociala problem kan trossamfunden bidra till harmonin i vårt demokratiska samhälle (SOU 1997:55).

Linde (2010) menar att detta skapat nya förutsättningar, men också att ansvar och förväntningar skapats mellan aktörerna.

5. Kunskapsläget

I detta kapitel kommer tidigare forskning presenteras kring kuratorernas och sjukhuskyrkans roll för den enskilde. Det finns dock inte mycket forskning att tillgå avseende sjukhuskyrkan. Diakonin kommer därför att få ett visst utrymme, eftersom diakoner är anställda vid sjukhuskyrkan.

Kuratorer och socionomer

I en undersökning som gjordes vid en vårdcentral av Blom (1996) lyftes frågan kring kuratorernas arbetsuppgifter. Då kuratorerna är utbildade att bedriva socialt arbete är de skickliga på detta, men karaktären på arbetsuppgifter handlar inte enbart om socialt arbete i den traditionella bemärkelsen som att identifiera det sociala problemet, arbeta problemlösande, samt ge patienten korrekt behandling. Han lade märke till att kuratorerna även möter patienter som har förlorat sin livsmening och som har en existentiell kris. Inom det andliga, existentiella och religiösa fältet har kuratorerna oftast ingen utbildning. Det kan vara problematiskt hur socionomer ska bemöta dessa frågor och samtalsämnen då det inte förekommer någon förberedelse i socionomutbildningen (Blom, 1996; Croxton, Jayaratne, Mattison, 2000; Forsman, 2012). Socionomer som arbetar utanför den traditionella socialtjänsten, till exempel sjukhuskuratorer, arbetar mer tvärprofessionellt (Kullberg, 2011). Vad kuratorn möter och vad uppdraget blir med en viss patient kan skilja sig åt. Vad som är målet med kuratorns insats kan därför se mycket olika ut (Gåfvells, 2014).

Det sociala arbetet inom hälso- och sjukvården har vissa likheter med socialt arbete inom andra områden, men det finns också skillnader. Inom hälso- sjukvården är det viktigt att ha ännu större helhetssyn på patienten, eftersom denna ingår i flera sociala och samhällsliga sammanhang med behov av förändring på flera nivåer (Forinder & Olsson, 2014).

Sjukhuskyrkan och själavårdare

Ekedahls studie är en skandinavisk religionspsykologisk studie som lyfter de existentiella aspekterna, stress, religion och hälsa hos dem som arbetar vid sjukhuskyrkan (Ekedahl, 2001). Detta är också den första som gjorts i Sverige med fokus på sjukhuskyrkan som profession. Ekedahl (2001) nämner Barrows studie som gjordes i USA som till viss del är liknande, men då det finns kulturella skillnader och en annan struktur i arbetet så fanns det mycket som Ekedahl inte kunde relatera till i sin Skandinaviska studie. Några av dessa skillnader är till exempel att Barrow uppfattade själavårdarnas arbete som ostrukturerat, något Ekedahl inte alls såg som överensstämmande med sin studie. Sjukhussjälavårdarnas arbete beskrivs som existentiellt, känslö-, sällskapligt-, religiöst och andligt (ibid).

En annan studie gjord av en medicin professor tillsammans med en hjärnforskare (Adrian, 1986) visar på att människan av naturen skulle kunna vara religiös. Bouman (1964) förklarar det som att människan har ett behov av att förstå och se mening med sina liv, man söker ett syfte till att förstå vad det är man går igenom (ibid). Bergquist (1996) menar att detta rör sig inom det existentiella fältet dit det empiriska och kvantitativa vetandet inte kan nå (ibid) Vid existentiella kriser kan man finna mening kring det som skett om personen har någon form av tro (Arlebrink, 2012). Genom religion, traditioner och ritualer kan det bli lättare för oss att skapa mening och förhållningssätt till det svåra som orsakat krisen (Bouman, 1978). Vi har en naturlig önskan att vilja se mening och syfte, vilket kan kallas det mänskliga meningsskapandet (Van Deurzen, 1998). Om man inte kan finna den mening man söker, kan man hamna i en existentiell kris (Gärdenfors, 2006).

Något som Ekedahl (2001) fann i Barrows studie som är intressant är begreppet ”att finnas där”, det vill säga att använda sig själv i mötet med andra. Barrows utvecklade dock inte detta i sin studie då han tolkade det som autonomt. Ekedahl tolkade det istället som en coping strategi, därmed finns begreppet med i hennes studie (ibid).

Linde (2010) beskriver i sin avhandling ”Församlingen i granskningssamhället” sitt intresse för ideella organisationer och tolkningen av vad som är idéburna icke-vinstdrivna verksamheters resultat. Linde talar också om en så kallad kyrklig kundorientering och lyfter problematiseringen kring den ökande redovisningsskyldigheten gällande de insatser som präster och diakoner utför (ibid).

När samhället förändras och blir alltmer mångkulturellt påverkas också den religiösa arenan. Religionssociologen Berger (1969) har benämnt de religiösa institutionerna som reklambyråer där man kan säga att de religiösa traditionerna blir konsumtionsvaror. När det blir en marknadsförändring påverkar det även de religiösa institutionerna, efterfrågan styr (Berger, 1969).

I och med detta nämner Linde (2010) Svenska kyrkans problem och ökade behov. Det kan vara i mötet med personer från socialt utsatta grupper men även andra. Som tidigare nämnts, har förväntningarna ökat på trossamfunden. Linde ställer frågan hur förväntningarna ska mötas, ska kyrkan bli mer diakonal och på så sätt ta över mer konkreta sociala uppgifter från det offentliga, eller ska det diakonala arbetet bli mer religiöst (Linde, 2010)? Jeppsson Grassman (2001) kunde i sina intervjuer med diakoner se en vilshenhet inför de interna spänningarna som bland annat skapas av skeenden som välfärdskriser samt omvärderingen av

det frivilliga sociala arbetet i kombination med Svenska kyrkans förändrade offentligrättsliga status (Jeppsson Grassman, 2001). Trots de nya möjligheterna som skapats för Svenska kyrkans församlingar har de varit återhållsamma med att axla rollen som utförarorganisation (Linde, 2010).

Tillgången till forskning gällande kvalitet i församlingar är begränsad vad gäller Svenska kyrkan (Linde, 2010). Diffust är även samarbetet mellan sjukhuskyrkan och sjukvården. I en studie påvisades att sjukvården var nöjd med insatserna som gjordes, men att det inte fanns någon dialog mellan professionerna. Bristen på kommunikation gjorde att kritik, synpunkter, önskemål och förväntningar inte nådde fram (Engel, 2006).

Callahan (2015) menar att ett samarbete mellan olika professioner kan ge patienten de bästa förutsättningarna för god vård. Callahan talar om den andliga omvårdnaden, att den inte riktigt ryms i socialarbetarens profession (kuratorns profession). Det är därför också av betydelse att det finns ett samarbete professionerna emellan, att det sker utbildning och att kompetent handledning finns att tillgå (Callahan, 2015).

Engels (2006) visar i sin studie att flera sjukhem och institutioner hade positiva erfarenheter av den funktion som kyrkan fyllde inom sjukvården. Här omnämns prästers fördjupade kontakt med både patienter och anhöriga, även den handledning och vidareutbildning som kyrkan erbjuder. Men arbetet sker utan någon egentlig pågående dialog mellan de ansvariga och personalen. Detta leder i sin tur till att professionen bedriver en verksamhet där man inte tar hänsyn till den andra organisationens förväntningar eller önskemål, även om man tycker att det professionen erbjuder är positivt, kan en besvikelse finnas över att det man uppfattar som kyrkans egentliga uppgift och funktion saknas. Bristen på kommunikation och dialog organisationerna emellan gör att synpunkter och kritik har svårt att nå fram. Att utveckla verksamheten mot en tydligare sjukhuskyrka skulle medföra att rollerna (professionerna) skulle bli definierade och tydligare. Förutsättningarna för att kunna möta organisationernas förväntningar skulle öka, samt en sjukhuskyrka som samtalar med och arbetar med anhöriggrupper, handleder och vidareutbildar personalgrupper skulle kunna ske i större utsträckning (ibid). Vilket också Callahan (2015) kom fram till i sin artikel. För att andlig vård ska kunna ske i större omfattning krävs det att professionerna samarbetar med varandra (Callahan, 2015). Sjukhuskyrkan samarbetar i stor utsträckning med företrädare inom andra religioner, detta för att kunna möta alla enskilda behov och önskemål som kan uppkomma (Samarbetsrådet för andlig vård inom hälso- och sjukvården, 2012).

6. Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel presenteras kristeori samt systemteori. Med tanke på uppsatsens syfte, används teorierna för att analysera och tolka empirin. Teorierna behövs för att kunna svara på frågeställningarna på ett adekvat sätt. På så sätt kompletterar teorierna varandra och ger tillsammans en helhet.

Kristeori är tänkt kunna svara på hur professionerna arbetar och förhåller sig till sina klienter, Cullberg nämns av både sjukhuskuratorn och sjukhuskyrkan (Cullberg, 2003).

Systemteorin ska primärt vara en hjälp att förstå sjukhuskyrkans funktion och betydelse inom sjukhusvården och dess uppdrag i relation till sjukhuskuratorernas arbete, men också för att besvara uppsatsens tre frågeställningar. Teorin hjälper oss att förstå organisationer, att de ser olika ut. Regler, normer och handlingsutrymme styr professionerna som verkar inom en organisation i sitt arbete. Sekundärt kan man även se det systemiska tänkandet på ett behandlande plan, vilket också framkommer från intervjupersonerna (Johansson R, 2006).

Teori om krisbemötande

Definitionen av begreppet psykisk kris är inte entydig. Definitionen omfattar både ett yttre skeende och en inre tolkning av detta skeende samt en reaktion utifrån tolkningen. Reaktionen kan benämnas som "normalreaktion", "neurotiska reaktioner", samt "krisreaktioner". För att kunna benämna något som kris måste traumat eller händelsen vara "onormal" (Cullberg, 1974). Helt avgörande är hur individen själv tolkar, upplever och förstår det som sker. Ibland kan personen ha en benägenhet att överdeterminera, det vill säga att personen har en bristfällig förmåga till rationellt och logiskt tänkande (ibid). Även personens omgivning är viktig för att förstå en kris och kunna behandla den på ett tillfredställande sätt (Cullberg, 2003).

För professionen som ska ge krisbehandling, kan det vara lätt att låta patientens upplevelser styra behandlingen och bestämma det stöd som ska ges. Därför är det viktigt att se patienten i ett dynamiskt förhållande till andra eftersom patientens närstående också blir drabbade av krisen. Om patienten till exempel har fått besked om en obotlig dödlig sjukdom får detta också konsekvenser för dennes närstående som då också kan uppleva kris. Dessa krisupplevelser interagerar med varandra och påverkar varandra. Därför sker vissa stödsamtal

tillsammans med till exempel patientens partner. Ofta är denna typ av samtal fem till tio stycken, i vissa fall räcker det med ett till två samtal (Cullberg, 1974). Som profession är det viktigt att upprätthålla en så kallad terapeutisk hållning, den uttrycker den yrkesmässiga attityd som behandlaren måste hålla för att nå ökat medvetande och kunskap om patientens situation. De egna personliga reaktionerna behandlaren får, måste målmedvetet hanteras eftersom det annars påverkar klienten på ett icke önskvärt sätt. Behandlaren måste ha genomgått egen terapi för att hantera egenskaperna självkänedom, empati och kunskap (Feigenberg, 1971). Det krävs av professionen att denna kan känna in sin klient, engagera sig och visa omtanke och inlevelse (Johansson, 2004). De som i sina yrken möter personer i krissituation, fokuserar ofta på behandlingsåtgärder och symtominriktat arbete. Skulle professionen då sakna de fundamentala teoretiska grunderna för att utföra ett gott arbete blir arbetet på en låg professionell nivå (Feigenberg, 1971; Cullberg, 2003).

Det finns ett begrepp som kallas för containing function. Det går att tillämpa på terapeutens roll (den professionella). Det handlar om att ta emot och lyssna till en person i en akut kris. Den inlyssnande rollen ska ge trygghet och på så vis bilda en slags resonansbotten för den andres förtvivlan. Man förstår men behöver inte ha samma erfarenheter (Cullberg, 2003). Genom detta förhållningssätt i en mycket smärtsam fas i krisen kan man som profession förbereda personen på det vidare förloppet. Detta görs genom professionens erfarenhet om vad en kris innebär. Om den professionella kan förstå personens symtom, till exempel ångest som krisen medför och sätta in den i sitt sammanhang kan också patienten erfara att symtomen är förklarliga och det kan i sin tur göra att det inte upplevs lika skrämmande (Cullberg, 1974; 2003).

Målsättningen med denna typ av behandling är att professionen ska fungera som en katalysator i patientens läkningsarbete, patienten själv ska få möjlighet att arbeta sig igenom krisprocessen. Det handlar om att patienten får en ökad förståelse för sammanhanget och skeendet (Cullberg, 2003). Patienten uppnår nyorientering och har också ofta fått en ökad självkänedom när arbetet avslutas eftersom patienten fått nya erfarenheter genom sin kris. En analys av de övriga i familjen blir primärt eftersom patienten interagerar med dessa människor och ingår i ett dynamiskt samspel med dessa personer (Cullberg, 1974; 2003).

Systemteori och organisationsteori

Beträffande organisationer (i det här fallet sjukhuskyrkan och sjukhuskuratorer) som dessutom arbetar med individer, familjer och krisreaktioner har systemteorin en central roll. Teorin, som utgår ifrån att helheten är större än delarna, är självklar utifrån att kunna analysera sjukhuskyrkans funktion och betydelse inom sjukhusvården och dess uppdrag i relation till sjukhuskuratorernas arbete (Cullberg, 1984).

Systemtänkande innebär att se världen i termer som helheter, system och modeller, att man ser gemensamma egenskaper istället för delar (Lundahl & Öquist, 2002). Gemensamt för systemorienterade forskare är det holistiska synsättet (Öquist, 2003). Systemtänkande är cirkulärt snarare än linjärt, allt hänger ihop och rör sig tillsammans i ett slags kretslopp (Lundahl & Öquist, 2002). Man kan applicera systemteori på flera olika nivåer, familj som tidigare nämnts men även på en organisations eller samhällsnivå. Det innebär ett ömsesidigt förhållande mellan de olika delarna. Därför är teorin användbar när man vill tolka och förstå olika organisationer. Vad gäller socialt arbete är systemteori ett alternativ/komplement till den psykodynamiska teorin som inte tar tillräckligt hänsyn till de sociala aspekterna (Öquist, 2003).

Kontrollen i organisationer sker via normer och regler. På så sätt garanterar man kontinuitet och stabilitet i organisationen, men samtidigt inskränks flexibiliteten och handlingsutrymmet (Karlsson, 2006). Bärande begrepp inom systemteori är just reglering och kontroll (Öquist, 2003). Det finns ett handlingsutrymme som organisationen kontrollerar. Det är genom regler, normer och system som organisationen kan upprätthållas. Utan systembildning och handlingsutrymme skulle organisationen falla (Johnsson et al, 2016; Öquist, 2003). Om ramarna är lösare finns det ett större utrymme för tolkning och därmed finns ett större handlingsutrymme (Jonsson, 2006). Manualer, regler och riktlinjer kan ge professionen trygghet och säkerhet i sitt arbete, men i det sociala arbetets breda verksamhetsfält kommer det alltid finnas viss osäkerhet. Det går inte att fånga hela verksamhetsfältet och förklara det med enkla modeller. Socialt arbete är också i högre grad mer varierat och individualiserat, därmed har socialt arbete inte alltid så tydligt preciserade mål och tydliga ramar som andra organisationer kan ha (Johnsson et al, 2016). Öquist (2003) menar att ett hierarkiskt system får genom sin uppbyggnad en stel och konservativ karaktär. I varje organisation, men även på gruppnivå finns det någon form av statushierarki med ett mer eller mindre synligt maktcentrum i toppen. Det är från denna topp som reglering och kontroll sker. Det är också en

position som besitter makt. Även vid försök att modernisera genom nya organisationsformer finns gammal struktur kvar, den ”sitter i väggarna”.

Varje försök till påverkan av ett sådant system som inte tar hänsyn till rådande maktbalans och statusförhållanden, kommer obönhörligen att stöta på patrull, antingen genom öppen kamp eller genom dolt intrigspel från den eller de, som innehar makten (Ashby, 1969)

För att djupare kunna studera och analysera sambandet mellan institution och handling behöver man svara på hur professionernas handlande över tid bidrar till att förändra eller vidmakthålla institutionen samt hur institutionen styr och begränsar professionen (Johansson R, 2006). Ett handlingsutrymme som är stort kan leda till att riktlinjer och regler förändras med tid (Karlsson, 2006).

I Engels (2006) studie påvisades flera positiva erfarenheter av sjukhuskyrkans arbete och dess funktion. Dock skedde arbetet utan någon tydlig dialog mellan professionerna. Om systemen istället hade samarbetat hade man kunnat ställa tydligare krav på både handledning, fortbildning samt gemensamma konferenser (Engel, 2006). Det är av stor vikt att det sker ett samarbete mellan professionerna och att både utbildning och handledning finns att tillgå (Callahan, 2015).

Systemiskt tänkande på ett behandlande plan

En faktor som kan försvåra ett systemiskt tänkande är låsningen till den fysiska mekaniska energiuppfattningen. Det betyder vår vana att tänka utifrån föreställningen att endast de som arbetar aktivt för att åstadkomma något, gör skillnad. Men även de som inte arbetar på detta sätt påverkar och bidrar med effekt, handlingar och påföljder (Öquist, 2003). Öquist menar vidare att det finns en risk när den professionella börjar resonera i termer som att man mäter klientens framsteg eller tillfrisknande mot vad insatserna kostar. Hypotesen kan vara att ju mer man anstränger sig för klienten, desto snabbare kommer behandlingen kunna avslutas och uppdraget är slutfört. Men i behandling av psykiatrisk och social problematik stämmer inte denna hypotes. Det kan rent av vara direkt skadligt för klienten om den behandlande har denna inställning. I själva verket kan emellertid frånvaron av aktiv ansträngning från den som utför behandlingen, vid rätt tidpunkt, vara en verksam och gynnande faktor för tillfrisknande. Det står klart att behandlarens system vad gäller värden, premisser och stereotyper kan stå i

vägen för en bra lösning lika mycket som motsvarande hinder kan finnas i klientens sätt att tänka (ibid).

Idag ser nöden och smärtan annorlunda ut jämfört ur ett historiskt perspektiv. Förr var den fysiska nöden stor, människors existens var direkt hotad av bland annat svält, då hade de humanitära insatserna en verklig innebörd då de förkortade plågan för många människor och räddade liv. Trots att nöden och smärtan ändrat karaktär styrs vi fortfarande av en barmhärtighetsidé som periodvis knappast är funktionell och som till och med kan motverka våra vidare humanitära strävanden. Öquist (2003) menar att man genom denna föreställning träder in och ger insatser till klienter som bidrar till att systematiskt osynliggöra smärtan och förlorar därmed det komplexa sammanhang som upprätthåller det som smärta klienten. Ett exempel är när behandling av lugnande läkemedel sätts in, kanske obefogat, till en klient som upplever ”nöd”. Det som kan hända då, är att vi osynliggör det som verkligen smärta klienten och förlorar greppet om det faktiska problemet. Snarare vidmakthålls besväret och behandlingsarbetet försvåras. Enligt Öquist (2003) är omsorg och hänsyn till klientens bästa någonting helt annat. White (2000) nämner Goffman och Foucault vid upprepande tillfällen då White beskriver externalisering. Det innebär att individen har förmåga att skilja på sina problem och på sig själva i de berättelser som format deras liv och relationer. Då klienten kan skilja på detta, kan de också se sidor av upplevelser som tidigare inte uppmärksammats. Därefter kan klienten uppmuntras till att handla på ett nytt sätt i relation till dessa (White, 2000). Subjekt och objekt hänger ouplösligen samman, man kan säga att systemteori är monistisk (Lundahl & Öquist 2002).

Som behandlare är det viktigt att vara medveten om sin roll, att kunna identifiera de situationer som innebär att taktiskt och strategiskt använda ett system för att uppnå vissa mål. Dessa system kan också påverka behandlingen negativt eftersom vissa system kan motarbeta möjligheten att nå uppsatta mål (Öquist, 2003). I interaktionen mellan behandlare och klient finns flera system som samtidigt samverkar/motverkar och vävs samman med varandra. Det omgivande systemet är också av stor betydelse eftersom klient och behandlare här ingår som delar i ett vidare socialt sammanhang, därmed finns det också en risk att dras in i dess makt och kontrollsfär (Cullberg, 2003; Öquist, 2003)

7. Metod

Sökmotorer som jag använt mig av är Elin, Lovisa, LUBsearch och DiVA. Sökord som jag använt mig av är *hospital**, *church**, *hospital church**, *assembly**, *deacon**, *soul cure**, *hospital counselor**, *slack**, *accessibility**, *crisis**, *existential**.

Val av metod

Vad det är man söker inblick om avgör hur man går tillväga för att förvärva och inhämta kunskapen. Man kan med andra ord inte säga att en metod är bättre än en annan. Valet av metod avgörs således i förhållande till vad som ska undersökas (Bengtsson et al, 1998).

Jag har valt att göra en kvalitativ empiriinsamling. Kvalitativa metoder definieras av Steven Taylor och Robert Bogdan som forskning som producerar deskriptiv data: människors egna skrivna eller talade ord och observerbara beteenden (Eliasson – Lappalainen et al, 2008). Till definitionen hör också några kriterier som vidare definierar kvalitativ metodologi; den är induktiv och betraktar människor och sammanhang som helheter. Forskarna söker i sin tur förståelse för det studerade utifrån sina egna referensramar (ibid). Inom kvalitativ forskning är det viktigt att den observerande har förmågan att se det studerade ur flera perspektiv, ett aspektseende. Detta för att kunna fånga betydelsen eller betydelserna av det som studeras. Det är ytterst sällan som ett fenomen eller en individ endast har en sida, därmed behöver forskaren vara lyhörd och reflekterande i sitt tolkande av det som studeras (Bengtsson et al, 1998). Inom kvalitativ forskning talar man om tre övergripande metoder för datainsamling. Dessa är dokumentanalys, intervju och observation. För varje metod finns sedan ytterligare olika tekniker och förhållningssätt. Dokumentanalysen skiljer sig från de andra datainsamlingsmetoderna. Den datamängd som insamlas utgörs oftast av sekundärdata. Detta innebär att informationen som den studerade erhåller vid själva dokumentanalysen inte uppstår i direkt anslutning till det studerade (fältet). Medan intervju och analys är primärdata och uppstår i kontakt och interaktion med fältet (Bengtsson et al, 1998).

När jag valde metod och skulle skapa en intervjuguide, funderade jag mellan att hålla intervjuerna standardiserade eller icke standardiserade. Jag beslutade att göra intervjuerna icke standardiserade då det är denna metod som ofta används vid kvalitativa intervjuer. Den valda metoden innebär att intervjuerna behandlar vissa teman, vilket innebär att

intervjufrågorna är desamma och ställs i samma följd för de olika intervjupersonerna. Det finns dock en fråga som professionerna vid sjukhuskyrkan fick som inte ställdes till sjukhuskuratorn, detta på grund av att sjukhuskyrkan har ett större upptagningsområde (de tillhör inte en särskild avdelning på sjukhuset, de har hela sjukhuset). Frågan lyder ”vilken eller vilka avdelningar kommer de flesta patienterna ifrån?”. Avsikten med att ha icke standardiserade intervjuer är att reducera intervjuaffekten. Nackdelar med standardiserad metod är att intervjun inte blir flexibel, frågestunden blir alltför styrd och strävan efter en djupare förståelse saknas i strukturerade och standardiserade intervjuer. Därför kan man ifrågasätta om denna typ av intervju kan göras kvalitativt (Bengtsson et al, 1998). Med tanke på detta har jag tillåtit flexibilitet i mina intervjuer. Därmed kategoriseras min intervju som icke standardiserad. Den typ av intervju som en forskare använder sig av kallas ”professionell utfrågning”, vilket innebär att det är en samtalspart som styr samtalet, samtalet har även ett specifikt syfte. Intervjuns syfte är att den som intervjuar ska lära sig mer inom området och forskningen ska gå framåt. Empirin som samlas in är dock inte användbar förrän den tolkats genom teoretiska perspektiv (ibid).

Vid beslutet att använda kvalitativa intervjuer såg jag även möjligheten att personligen få studera fältet och själv samla in empiri. Det såg jag som en lärorik och spännande utmaning. Med semistrukturerade intervjuer är mitt mål att uppnå kvalitativ empiri som jag bedömer är den mest lämpade metoden för den undersökning jag vill göra.

Metodens förtjänster och begränsningar

En av de mest använda metoderna för att få fram information om människors tankar och erfarenheter är intervjuer (Bengtsson et al, 1998). Cirka 90 % av undersökningar i samhällsvetenskapliga ämnen utgår ifrån denna metod.

Intervjuerna spelade jag in med hjälp av en diktafon. Samtalet samt de observationer som inte tas upp av diktafonen har jag antecknat. Dock går inte allt att spela in och dokumentera. Människor talar och kommunicerar med så mycket mer än bara sin röst. Kommunikation och informationsutbyte sker genom många kanaler och behöver inte enbart föras i verbal form (Bengtsson et al, 1998). Jag använde mig av Aspers anvisningar hur man för anteckningar på ett bra sätt (Asper, 2007). På detta sätt kunde jag föra mina intervjuer och bättre nå den intervjuade med mina förberedda frågor. Samtidigt kunde jag vara mer mottaglig för den

intervjuades egna skildringar. Fältanteckningsprocessen gjordes genom att dela upp anteckningarna i fyra olika områden, mentala anteckningar, korta nedtecknade anteckningar, utvecklade anteckningar samt utskrifter (Aspers, 2007). Ett riskmoment med att endast använda sig av ljudupptagning är att information kan gå förlorad genom att man inte hör allt som spelas in. Exempelvis kan röstläget förändras, buller som kommer och går etc. (Bengtsson et al, 1998). En fördel med att både anteckna och använda sig av diktafon är att naturliga pauser uppstår. Det kan dock skapa viss osäkerhet eller stress hos den som blir intervjuad. Under tiden som anteckningar förs, kan intervjupersonen börja fundera över om svaren som lämnas är tillräckligt intressanta (ibid).

Begränsningar och brister med den valda metoden är att urvalet inte är särskilt stort. Å andra sidan är kvaliteten intressantare än kvantiteten (Bengtsson et al, 1998).

Den som intervjuar behöver vara medveten om och tona ner de egna åsikterna så den intervjuade inte blir styrd, annars riskerar den som intervjuar att manipulera sitt material, det är ärliga åsikter och attityder som eftersträvas (Bengtsson et al, 1998). Den som tolkar det insamlade materialet kan övertolka eller undertolka empirin.

Urval och tillvägagångssätt

Intervjupersonerna består av två sjukhuspräster, en pastor som arbetar vid sjukhuskyrkan, samt en sjukhuskurator. Valet av personerna är ett så kallat "bekvämlighetsurval" så till vida att en intresseförfrågan gjordes och de som var intresserade att delta blev utvalda. Intresseförfrågan gjordes genom en första kontakt via telefonsamtal där jag kortfattat redogjorde för mitt ärende, jag har valt att endast involvera skånska sjukhus då jag ville träffa mina intervjupersoner vid intervjutillfället. Sedan planerades ett besök för intervju där jag också ytterligare presenterade mitt syfte med uppsatsen och dess frågeställning. Vid det tillfället fick personerna åter ta ställning till om de ville delta eller inte (Vetenskapsrådet, 2002). Vad gäller bortfall fanns det ett fåtal personer som tackade nej till att delta, dessa personer tackade nej redan vid telefonsamtalet. Orsaken till att de avböjde var att de inte hade tid.

När jag sökte mina intervjupersoner, riktade jag mitt fokus till sjukhuskyrkans professioner. Jag ansåg att uppsatsens syfte och frågeställningar stämde bäst överrens med det valet. I förväg hade jag bestämt att ha ett fåtal intervjupersoner med hänsyn till metoden, samt att

uppsatsen skrivs av en författare. I efterhand inser jag att det hade varit bra att ha en till kurator med bland intervjupersonerna. Det känns aningen snedfördelat med tre intervjupersoner inom den ena professionen men endast en inom den andra. Dock görs bedömningen att resultatet inte skulle skilja sig markant med endast en intervjuperson till.

Presentation av deltagarna i studien

Präst 1

Är sjukhuspräst med teologie kandidatexamen och en fortsättningsutbildning på ett år vid pastoralinstitutet.

Präst 1 har även en steg-ett utbildning vid socialhögskolan samt grundutbildning på fem år som präst och har läst ytterligare tre terminer vid socialhögskolan.

Präst 2

Är undersköterska från början. Därefter läst samhällsvetenskap samt studerat vid psykologiska institutionen i två år. Efter dessa erfarenheter valde präst 2 att utbilda sig till präst.

Präst 2 berättar också om sjukhuskyrkans interna utbildning som är i två steg, där präst 2 har studerat den första. Präst 2 studerar nu även psykoterapi.

Pastor

Pastorn är undersköterska från början och har arbetet inom vården.

Har en teologie kandidatexamen och ett års praktik i en församling, samt en själavårdsutbildning via sjukhuskyrkan.

Själavårdsutbildningen är en utbildning som sjukhuskyrkan anordnar för präster, pastorer och diakoner. Detta för att utbilda professionen ytterligare inom samtal och själavård.

Kurator

Har en socionomutbildning samt en magisterutbildning. Kuratorn har läst flera olika kurser, bland annat en som heter socialt arbete inom hälso- och sjukvård.

Kodning av materialet

Intervjufrågorna är uppdelade i fyra olika kategorier. Kategorierna strukturerades därefter i olika avsnitt (teman) för att belysa vad som gör sjukhuskyrkans arbete unikt. Dessa fyra kategoriserade områden är;

1. Inledande frågor om professionens individuella specifika plattform för arbetet,
2. Vilka är ramarna och hur är arbetet utformat efter dessa,
3. Specifika frågor om vad professionen kan erbjuda den som söker sig till dem,
4. Frågor om professionens egen uppfattning kring sin betydelse samt vilka skillnader som finns professionerna emellan och om dessa olika synsätt påverkar eller får konsekvens för patienten.

Efter transkriberingen av intervjuerna kodade jag empirin utefter mina fyra områden. Kodning av de skriftliga anteckningarna gjordes på samma sätt. För att få en överblick valde jag att ”färgkoda”, varje område fick en egen färg för att sedan kunna sättas in under relevant tema. Efter att ha delat in materialet började jag sedan sälla i vad som skulle kunna vara mig användbart. Citat jag fann intressanta och givande samlade jag i ett dokument medan information som var användbar samlades i ett annat. Sedan fördes materialet in i de teman jag valt, för att kunna föra ett resonemang kring empirin har jag kopplat samman empirin med teori och tidigare forskning.

Tillförlitlighet

Inför en undersökning, har man oftast redan gjort en form av urval av det man ska undersöka. Den största delen av det som studeras är mer eller mindre ett resultat av strategiska beslut. Detta påverkar således det empiriska material som undersökaren skapar i sina efterforskningar.

Så kallat ”ickematerial” och misslyckande i interaktion med fältet kan också ge undersökaren viktig information (Aspers, 2007). Detta finner jag intressant, att det är möjligt att även det ”ickematerial” man kommer i kontakt med påverkar det slutgiltiga resultatet. Det är därför betydelsefullt att ha detta i beaktande i alla studier och undersökningar som görs. Strävan är ju att få fram ett så tillförlitligt resultat som möjligt.

Mitt sätt och mina metoder att samla in data påverkar min analys och min empiris resultat. Även den bild och uppfattning fältet fick av mig påverkar empirin. Därför är det viktigt för den som ska göra en undersökning att få en bra kontakt med fältet redan från början. Beroende på vad det är man ska undersöka och vem man ska träffa bör den som gör undersökning avväga hur informationsinsamlingen skall gå till (Bengtsson et al, 1998). Mina intervjupersoner har även fått läsa det transkriberade materialet, de har haft möjlighet att stryka eller förtydliga det de tidigare sagt (Vetenskapsrådet, 2002).

De fyra intervjupersonerna gav mig den information som jag behöver för att kunna slutföra uppgiften. Mindre antal intervjuer med djupare analys er förespråkas vid begränsade resurser. Så var det i mitt fall (Bengtsson et al, 1998).

Etiska överväganden

Etiska överväganden är centrala för alla som utövar någon form av forskning eller undersökning. Att vara informativ och berätta om undersökningen, dess syfte och de personliga tankarna som funnits kring valet av att göra studien, är något jag tolkar som en förutsättning att göra redan i det första mötet med fältet.

Omgivningen i den studerade miljön kommer också att behandla mig som ”forskare” utifrån hur de uppfattar mig och min roll som observant. Detta bör man vara medveten om då det kan påverka studierna och den empiri som föds i mötet åt ena eller andra hållet (Aspers, 2007).

Om fältet uppfattar den undersökande som kritisk kan en osäkerhet växa fram. Tankar hos informanterna kan börja ta fart: Vad är det egentligen som undersöks och vad är syftet med den empiri som samlas in? I vilket syfte tjänar materialet? Informanterna kan känna en osäkerhet över det som uttrycks, om det kommer att urvalsförfalskas. Det är också viktigt att de vet vem det är som gör undersökningen, vad det är för undersökning, vilka förhoppningar

man kan ha, samt om det är en artikel eller avhandling som i slutändan kommer att presenteras.

I min metod har jag följt riktlinjerna kring de fyra huvudkraven; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Jag kommer här att beskriva hur.

Ur ett etiskt perspektiv bedömer jag det inte som lämpligt att vända mig direkt till patienter eller klienter. Därför är intervjupersonerna enbart professioner. Dessutom är syftet med uppsatsen att undersöka själva professionen. Informationskravet är uppfyllt eftersom intervjupersonerna blivit väl informerade gällande syftet med intervjuerna. De har även fått ställa frågor kring syftet. Intervjupersonerna är informerade om att de är avidentifierade i uppsatsen, så läsaren inte ska kunna härleda till vem eller var professionerna intervjuats. Intervjupersonerna presenteras också på ett könsneutralt sätt, därmed är även konfidentialitetskravet uppfyllt (Vetenskapsrådet, 2002). Beträffande samtyckeskravet har intervjupersonerna också blivit informerade om att de när som helst kan avsluta en intervju, även helt avsluta sitt medverkande. De har även fått möjligheten att ta del av det transkriberade materialet och för att eventuellt få utveckla vissa resonemang. Intervjupersonerna är även informerade om nyttjandekravet. Några av de som deltagit vill även läsa uppsatsen när den är färdig, jag kommer underrätta de deltagande när uppsatsen är klar (Vetenskapsrådet, 2002).

8. Resultat och analys

I detta kapitel presenteras undersökningens resultat. För att tydliggöra mitt resonemang och min analys av informanternas redogörelse i förhållande till teori, kommer jag att dela upp de olika intervjupersonernas resonemang i teman samt en del underrubriker som faller inom ramen för temat.

De teman som kommer att presenteras är

1. Religion och tro

Svårighet och tabu

Beredskap att möta religiösa frågor

Att möta frågor om skuld

2. Tillgänglighet

Specifika arbetsuppgifter

Förhållningssätt

3. Handlingsutrymme

Hembesök

4. Samarbete professionerna emellan

Dubbel kontakt

På samma arena

Viss svårighet fanns att dela upp empirin i teman eftersom flera teman hänger samman och går in i varandra.

Religion och tro

Pastorn berättar att många söker sig till sjukhuskyrkan för trons skull, därför att de har en tro. Det blir därmed naturligt att uppsöka sjukhuskyrkan och dess professioner. Det finns också en stor grupp som inte har en uttalad religiös tro, men som söker sig till sjukhuskyrkan med anledning att de som arbetar inom sjukhuskyrkan har tro. Man har ett behov av att träffa någon som har en religiös tro och tillförsikt/förtröstan. Det händer också att patienter frågar professionen vad de tror.

Ofta kommer man till oss för att livet förändrats dramatiskt och ganska fort. Det skapar en existentiell fråga (Präst 2).

Denna uppfattning anser jag stämma överens med Dellgran och Höjer (Dellgran & Höjer, 2006) som menar att det är den kristna tron och det kristna synsättet som dominerar sjukhuskyrkans arbete. Att träffa någon som har en tro på att det finns en mening eller ett syfte, och som är van vid att möta människor i svåra situationer kan kännas tryggt för den person som upplever något svårt (Silfving, 2007).

Svårighet och tabu

Kuratorn berättar att om man frågar en patient om denne skulle vilja träffa en präst eller någon från sjukhuskyrkan reagerar många precis som om man frågat något olämpligt. Något som är alldeles för privat. Som kurator ska man ha en helhetssyn över patientens behov och därför även se till de andliga behoven, tycker kuratorn. Som kurator ska man kunna identifiera behoven hos individen, men inte nödvändigtvis kunna tillgodose dem. Det kan vara en annan instans som ska hantera och behandla vissa områden eller frågor.

Kuratorn berättade även att en patient vid ett tillfälle ville be en bön tillsammans med kuratorn. Kuratorn svarade då att denne inte kunde be tillsammans med patienten, då det skulle vara oprofessionellt. Patienten svarade att det inte gjorde något, bara kuratorn var med vid bönen. Kuratorn kände sig då väldigt stressad över situationen, blev rädd för att eventuellt förlora jobbet om någon skulle få kännedom om denna handling, att det skulle tolkas som om kuratorn utnyttjade patienten i en svår situation och därmed handlade olämpligt och oprofessionellt. Kuratorn upplever religion som samtalsämne och utövande av religion tillsammans med patienter som tabu. Det beror på att patienten befinner sig i en beroendeställning till professionen. Man får därför inte lov att utöva religion tillsammans med patienter. Kuratorn berättar vidare att denne aldrig har varit på någon föreläsning om religionens betydelse för patienter. För troende personer tror kuratorn att sjukhuskyrkans tjänster är oerhört viktiga. Sjukhuskyrkan kan också förmedla kontakt med andra religiösa samfund om det önskas av patienten.

Sjukhuskyrkan representerar tron, det är något som vi kuratorer på sjukhuset aldrig kan representera! Det känns som ett stort tabu, man kan inte tala om andliga frågor, trots att det faktiskt är nödvändigt (Kuratorn).

Kuratorn beskriver att det är svårt att tala om religion i sin yrkesroll. Kuratorn känner två kolleger privat och vet att dessa är troende. Men religion är ändå inte något som man talar om inom yrket.

Från kuratorns sida finns det en tydlig rädsla att bli betraktad som oprofessionell. Osäkerheten kopplar kuratorn till ett begränsat handlingsutrymme i sin yrkesutövning, vilket orsakade kuratorn stress under situationen som utspelade sig kring önskemålet om bön. Johnsson et al (2016) beskriver att manualer, regler och riktlinjer för med sig att professioner känner trygghet och säkerhet i sitt arbete eftersom de då vet exakt vad de ska göra, men att dessa

även i just det sociala arbetets breda verksamhetsfält kommer att skapa viss osäkerhet. Jag menar här att socialt arbete inte alltid kan ha så tydliga ramar som andra organisationer kan ha. Å andra sidan finns det inom varje organisation också ett maktcentrum i toppen, det är härifrån kontroll och reglering sker (Öquist, 2003). I denna situation tolkar jag det som att det är denna struktur med toppstyrning, som gjorde kuratorn osäker i sin roll.

Kuratorer arbetar utifrån problemdefinition, åtgärdssystem och profession/aktörer (Meeuwisse & Swärd, 2006). Eftersom arbetet definieras som psykosocialt förändringsarbete, innebär det att de arbetar utifrån en teoretisk och vetenskaplig grund (Forinder & Olsson, 2014). Dock märker de att andlighet och religion efterfrågas allt oftare av patienterna. Men det kan vara problematiskt hur man som kurator bemöter detta behov, det ingår inte i socionomprogrammet och få har vidareutbildning inom ämnet (Croxtton, Jayaratne, Mattison, 2000). Precis som Forinder och Olsson (2014) betonar jag att det är viktigt att sjukhuskuratorn har en helhetssyn mot patienten.

I situationen där kuratorn hamnade i fråga om att be eller inte, blev upplevelsen en slags slitning mellan att hålla sig professionell och samtidigt förhålla sig till klientens behov. Denna situation rörde sig inom det existentiella fältet, dit det kvantitativa och empiriska vetandet inte kan nå (Bergquist, 1996). Det krävs av den professionella att denne är medveten om sina egna tvivel och övertygelser för att inte hamna i o-hanterbara situationer. Feigenberg (1971) menar att man som profession måste vara medveten om sina egna personliga reaktioner, då det annars kan påverka patienten på ett negativt sätt. Religion är ett förhållandevis outforskat område inom kuratorers arbets- och förhållningssätt. De känslor som kuratorn här upplevde påverkar den terapeutiska hållningen. Kuratorn beskrev det så här:

Det är oerhört tabu, det är precis som om jag skulle utföra black magic, voodoo eller healing (Kuratorn).

Cullberg (1974) beskriver också att det är viktigt att behandlaren ser patienten i ett dynamiskt samspel och i förhållande till andra runt omkring sig. Ur det perspektivet tänker jag, att det kan vara svårt för kuratorn att förhålla sig till strategier som patienten har, när kuratorn själv finner dem svåra eller obehagliga.

Dellgran och Höjer (2006) menar att den akademiska kunskapsbildningen tar stor plats i det sociala arbetet, då det sociala arbetet vanligtvis bedrivs av akademiskt utbildad personal. Eftersom religionsvetenskap också är ett akademiskt ämne, men av många anledningar svårt

att förhålla sig till, anser jag att viss utbildning inom området hade kommit väl till pass för kuratorerna. Det är därför inte konstigt att det uppfattas som svårt och komplext att arbeta utefter problemdefinition och åtgärd men samtidigt förhålla sig till patientens tro och existentiella frågor. I Ekedahls studie (2001) framgår det att sjukhussjälavårdarna har som uppgift att undervisa vårdpersonal i ämnen som skuld och andlig smärta. Emellertid hade ingen av informanterna erfarenhet av detta.

Beredskap att möta religiösa frågor

Präst 1 upplever att den största anledningen till att patienter söker sig till dem är att de i högsta grad är tillgängliga. Det finns alltid någon att prata med oavsett tidpunkt på dygnet. En annan viktig anledning är att de är bra på att tala om tro och religion. När patienter ställer sådana frågor till professionen bemöts de aldrig av osäkerhet säger präst 1. Det gör att patienterna känner förtroende och kan vara öppna i sitt samtal.

Jag ser att präst 1 upplevelse stämmer väl överrens med den kristna tron och det kristna synsättet som dominerar och präglar sjukhuskyrkan (Dellgran & Höjer; Samarbetsrådet för andlig vård inom hälso- och sjukvården, 2012). Oavsett tid på dygnet finns det alltid någon inom sjukhuskyrkan att nå, att få stöd och hjälp av. Utifrån ett kristeoretiskt perspektiv bedömer jag att deras tillgänglighet är en förutsättning för en framgångsrik behandling och vägen till ett bättre mående.

Pastorn var tydlig med att det finns många kristna kuratorer som inte har möjlighet att gå in i religiösa eller existentiella samtal utifrån sin profession, men vid sjukhuskyrkan är det naturligt att möta dessa samtal.

Präst 2 uttryckte sig så här i frågan ”Någon som är trygg, som man kan lägga all sin ångest och oro på, som man vet kan bära det.”

Pastorn hade en liknande tanke:

Om man är troende händer det att patienten vill att vi läser bibeln tillsammans. Sen tror jag det är en stor grupp som inte har någon uttalad tro, som inte vet, som kanske just i sjukdomstillfället vill träffa någon som tror (Pastorn).

Präst 1, präst 2 och pastorn tror att en stor anledning till kontakten med sjukhuskyrkan är just de existentiella frågorna. Döden och smärta är också vanliga orsaker till att man söker sig till dem.

Pastorn tydliggör att den egna tron är väldigt viktig och betydelsefull i arbetet, men utan behov av att bli synligt uttryckt för andra. Vidare beskriver pastorn den stora trygghet det innebär att bära med sig sin tro, det kan vara tack vare den man orkar. Pastorn beskriver det så här:

Man kan släppa patienterna man träffat under dagen när man går hem från jobbet, och tänka att Gud finns kvar med dem. Det märks att vi som jobbar i sjukhuskyrkan är trygga, att det inte finns någon rädsla för samtalen, man kan samtala om döden utan att vara rädd (Pastorn).

Enligt Cullberg (2003) och Feigenberg (1971) framhålls den terapeutiska hållningen som avgörande i krisarbetet. Självkänedom, empati och kunskap krävs för en god behandling (Cullberg, 2003; Feigenberg 1971). Prästerna och pastorerna framhåller även dessa egenskaper som centrala i sitt yrkesutövande. Jag poängterar att dessa egenskaper inte är unika för just sjukhuskyrkan, sjukhuskuratorerna arbetar utifrån samma hållning.

Att möta frågor om skuld

Kuratorn berättar att patienter ofta ställer sig frågan ”varför just jag”. Frågor om skuld och tankar om vad som händer efter döden uppkommer ofta. Då brukar kuratorn försöka återkoppla till patientens egna rationella resonemang. På detta sätt undviker man som profession att svara på den existentiella frågan, man bollar istället tillbaka den. Kuratorn upplever att det ibland inte känns rätt att göra så med tanke på patientens andliga behov, eftersom frågan mer eller mindre då viftas bort. Som om frågan inte får diskuteras. Upplevelsen är att det hade varit bättre om frågorna fått ventileras på ett existentiellt och andligt plan tycker kuratorn.

[...] man bollar tillbaka frågan, vad tror du händer efter döden? Jag tycker att det är lite som att vara feg (Kuratorn).

Cullberg (2003) menar att den professionella ska fungera som en katalysator i patientens läkningsarbete. Patienten ska själv få möjlighet att arbeta sig igenom krisprocessen. Det handlar om att patienten får en ökad förståelse för sammanhanget och skeendet för att sedan

komma vidare till nyorientering. Man kan se att det kan ske låsningar för den professionella. Kuratorn upplever sig så strukturerad utefter kristeorin att denne inte alltid tillåts att bli medmänniska. Kuratorn upplever att det inte finns utrymme, att man i den akademiska utbildningen inte talar om religionen, vilket även noteras av Dellgran och Höjer (2006).

Jag tänker mig att kuratorer ibland inte lyckas med containing function, eller att det finns en rädsla att arbeta på detta sätt för risken att när patienter lyfter andliga frågor bli betraktad som mindre professionell.

Präst 2 berättar till sist att en del människor söker sig till sjukhuskyrkan när de känner att livet håller på att ta slut. Då man på något sätt vill sammanfatta sitt liv. Det är inte alltid det handlar om religion, det är mer en process.

Man vill släppa eller ta fasta på något. Jag tror att vi får vara en del av det här sammanfattande. Det finns ingen annan som har tid, eller ork att eller vill lyssna på den här berättelsen. Det gör vi som sjukhuskyrka (Präst 2).

Tillgänglighet

Kuratorn menar att det är av stor betydelse för den enskilde att sjukhuskyrkan alltid finns tillgänglig och uttrycker att det är någonting som är unikt för dem, att de alltid finns i beredskap.

Vi finns alltid i beredskap, man kan ringa dygnet runt (Präst 1).

Efter klockan 18.00 så är det bara vi som finns till. I beredskapstjänst, så tar man oss i brist på annat. Att man känner att någon måste komma, det får bli en präst. Det får bli vem som helst för jag orkar inte med det här själv (Pastorn).

Pastorn berättar att hen har lagt märke till att tillgängligheten har stor betydelse för patienten vad gäller valet av profession. Att man som patient eller anhörig alltid kan träffa en präst eller pastor snabbt och även tryggas med tystnadsplikt, har stor betydelse. Pastorn berättar att de som arbetar inom sjukhuskyrkan utstrålar lugn och trygghet. Många som söker sig till sjukhuskyrkan vill uppleva och omslutas av just lugn och trygghet. Ibland även av tro, trygghet och hopp.

Vårt uppdrag på sjukhuskyrkan är att vi ska kunna komma just när vi behövs. Det är sjukhuskyrkans signum [...] Sjukhuskyrkan brukar tala om närvarons teologi, att kunna komma just när någonting sker kan vara avgörande (Pastorn).

Präst 2 begrundar sjukhuskyrkan och dess profession som har stor betydelse för dem som söker sig dit. Måhända överskattar professionerna sin egen betydelse för patienten, oavsett vilken profession eller verksamhet man verkar inom. Präst 2 anser att sjukhuskyrkan är mycket empatisk i sitt förhållningssätt vilket är det viktigaste i arbetet med patienter som befinner sig i kris. Präst 2 är mycket stolt över sin profession, då professionen aldrig lämnar någon ensam i kris eller sorg. De finns alltid närvarande och reflekterar hela tiden kring det som sker.

Livet fortgår ändå, oberoende på vem du möter (Präst 2).

Sverker (2001) och Ekedahl (2001) beskriver vikten av tillgänglighet. Sverker menar att det väsentliga inte är att komma med svar utan att hjälpa den drabbade att kunna uttrycka sin verklighet. I denna verklighet ingår både tankar, frågor och känslor. När vi upplever något svårt vill vi ha ett gensvar från den vi öppnar oss inför. I mötet måste även självvårdaren ge något av sig själv (Sverker, 2001). Vilken profession patienten möter tror inte präst 2 spelar stor roll. Det viktiga är professionens förhållningssätt till patienten för att kunna fungera både som containing function och katalysator i sitt krisarbete (Cullberg, 2003). Risken finns annars att patienten fastnar i överdeterminering, det vill säga att patienten inte lyckas kategorisera och tolka det som sker inom henne och inte får grepp om sin omvärld (Cullberg, 1974). En god behandlare kan hjälpa patienten att nå externalisering, alltså att patienten kan skilja på sig själv och på det som hänt, när patienten kan göra detta kan denne också se sidor av upplevelsen som denne tidigare inte kunnat uppmärksamma. På detta vis kan patienten nå en djupare förståelse och även ta sig starkare ur det som hänt (White, 2000).

Präst 2 berättar vidare att det är mycket punktsatser som görs, som enstaka samtal på avdelningarna. Men det kan se lite olika ut, det beror lite på vilken avdelning man är på. Vissa patienter blir det mer ingående kontakt med. Präst 2 berättar att anhöriga ibland inte får det stöd de behöver, vilket kan bero på att avdelningskuratorerna inte har resurser att även ta hand om dem. Ibland kommer då de anhöriga till sjukhuskyrkan istället.

Präst 1 redogör för att sjukhuskyrkan tar emot alla; patienter, anhöriga men även personal på sjukhuset. Alla som känner behov av ett samtal är välkomna. Samtalet kan man få antingen i

sjukhuskyrkans lokaler eller på avdelningen. Om det är på jourtid får man samtalet inom några timmar.

Cullberg (2003) poängterar att det är viktigt att inkludera de primära relationerna. Detta för att en kris påverkar dem också, det kan till och med vara så att dessa personer också upplever kris. För nyorienteringen är det av vikt att dessa primärpersoner också är där patienten befinner sig psykologiskt sett.

Präst 2 förklarar fördelarna med sjukhuskyrkans tillgänglighet och tystnadsplikt: Många tycker det känns bekvämt med att samtalen inte registreras och att inga journaler förs. Det finns alltid luckor i schemat för att kunna ta emot patienter akut samma dag som kontakt tas.

Om man vill ha hastande enskilt samtal, och finns på sjukhuset som anhörig, patient eller personal, så ringer man oss. Då får man träffa den som är jourhavande. Då kan man få ett samtal inom någon timme, antingen i våra lokaler eller på avdelningen (*Präst 1*).

Resonemanget tycker jag överensstämmer med Ekedahls (2001) studie som visar på stor tillgänglighet och engagemang från sjukhuskyrkan. Självvårdarna går bland annat runt på avdelningarna, de finns tillgängliga och syns både de dagar det krisar på avdelningarna och de dagar det inte gör det. De knyter kontakter på olika sätt, det kan till exempel ske via expeditionen eller genom besök i rummen på avdelningarna, det kan också ske genom inbjudan till andakter. Information om sjukhuskyrkan sker också via informationsblad och anslagstavlor. Sjukhuskyrkan har ett övergripande upptagningsområde och finns till för alla dem som känner behov av stöd och vägledning. Undervisning av vårdpersonal ingår också (Ekedahl, 2001).

Pastorn har märkt ett ökat behov av att samtala och berättar att för några år sedan startades därför en samtalsmottagning. Denna samtalsmottagning har ett särskilt telefonnummer dit man kan ringa och antingen få ett enskilt samtal, men man kan även etablera en mer bestående samtalskontakt med sjukhuskyrkan.

Specifika arbetsuppgifter

Pastorn beskriver att de har mångfaldiga uppgifter på sjukhuset. Det kan exempelvis vara att döpa för tidigt födda och sjuka barn, anordna dödsbäddar, andakter, samt hålla gudstjänster och nattvard. Före gudstjänsterna brukar de ringa till alla avdelningarna för att informera om

att det kommer hållas gudstjänst så att de personer som känner att de vill delta får möjlighet till detta.

Patienter vill ha dit någon som tror. Även om de inte gör det själva. Det kan vara tryggt att någon annan tror, för säkerhetsskull. Även att få sitt barn döpt, även om man inte tror själv, för säkerhets skull. Och där tror jag det blir viktigt, eftersom vi tror och menar det (Pastorn).

Detta är specifika arbetsuppgifter som sjukhuskyrkan bistå med (Samarbetsrådet för andlig vård inom hälso- och sjukvården, 2012). Nordlund (1995) menar att vi genom handlingar och ritualer vill bilda oss mönster och försöka finna mening, en slags yttre ordning på vår tillvaro. Nordlund menar vidare att det hos många finns en förhoppning om att den kristna tron ska ge en mening åt den troende, få ett helhetsskapande mönster. Det vill säga att man finner en slags yttre ordning på sin tillvaro. Men den svårfångade meningen, vårt yttre mönster, bryts lätt sönder av det utomstående kaos och oväntade överraskningar som drabbar oss. Det som kan bryta sönder vårt yttre mönster (vår tro) är till exempel en näras bortgång, även den som är djupt troende kan tappa fotfästet och ställa sig frågan om vad meningen med livet är. Tillståndet kan beskrivas som en existentiell kris (ibid).

Vi har som människa en hög önskan om att finna en förklaring på det som för oss är oförklarligt. Med hjälp av ritualer och traditioner skapar vi oss mening. På detta sätt kan vi förhålla oss till det vi finner svårt (Bouman, 1978). Nordlund (1994) menar att det är i den subjektiva upplevelsen vi kan finna mening.

Jag ser likheter mellan de två professionerna vad gäller deras vardagliga arbete. Men sjukhuskyrkan arbetar även på ett existentiellt plan med patienter som har förlorat sin livsmening och som har en existentiell brist. Återigen gör sig bristen på teologisk/existentiell utbildning sig påmind hos kuratorerna

Kuratorn berättar att ingången till ett samtal ofta börjar med att patienten behöver hjälp med en praktisk sak, till exempel hjälp med att betala räkningar eller kontakta hyresvärd. Men de flesta patienterna har också ett behov av att prata om djupare saker. De som uppsöker kuratorn är både anhöriga och patienter. När något mycket svårt har inträffat kan det hända att hela familjer involveras. Det är viktigt att man erbjuder stöd även till de anhöriga i sådana situationer

Kuratorer ska till en början också vara behjälpliga med att tillgodose en patients behov och bevaka dennes rättigheter. En av kuratorernas styrkor är att kombinera social rådgivning,

samtal och sociala åtgärder (Broqvist et al, 2013). Det sociala arbete som bedrivs är i hög grad individualiserat (Johnsson et al, 2016). Arbetet som bedrivs sker på både samhälls-, grupp- och individnivå. En kurator kan arbeta enskilt och ingå i team. För att kunna göra val av behandling och åtgärd krävs både social och psykosocial utredning av patienten (Benkel et al, 2009).

Kuratorn berättar om deras uppsökande verksamhet. Patienter som har kris behöver oftast någon att få stöd av, i många fall blir det av en kurator. För att inte missa någon patient görs besök på avdelningarna. Alla patienter vet heller inte vad en kurator kan hjälpa till med. En av uppgifterna kan också vara att samordna insatser med olika aktörer i samhället.

Kuratorerna ses som den psykosociala experten inom hälso- och sjukvårdens mångprofessionella team (Johansson, C, 2006). Kuratorerna samverkar med flera olika verksamheter och myndigheter. Kuratorerna är en profession som anses vara kunniga i att kombinera både samtal, sociala åtgärder samt rådgivning (Benkel et al, 2009; Broqvist et al, 2013). Systemtänkande innebär att se helheter och system (Lundahl & Öquist, 2002). För att kunna samverka och kombinera insatser för patienterna krävs det att kuratorerna har ett handlingsutrymme, samtidigt måste det vara ett handlingsutrymme som kontrolleras genom normer, system och regler, utan handlingsutrymme och system skulle organisationer inte fungera (Johnsson et al, 2016; Öquist 2003).

Jag ser ett att sjukhuskyrkans och sjukhuskuratorernas insatser delvis är olika men tillsammans stödjer de patienten på ett mer komplett sätt. Om man som patient får tillgång till hela konceptet är det enligt mig ett resultat av ett bra gränsöverskridande arbete.

Förhållningssätt

Präst 1 konstaterar att kuratorerna kan vara väldigt olika i sin profession och yrkesutövning. I fråga om religion kan de ha en annan religion än den kristna, de kan också vara uttalade ateister. Präst 1 menar att dessa skillnader givetvis påverkar den enskilda patienten och det arbete man utför. En potentiell stor skillnad mellan professionerna skulle kunna vara att professionen inom sjukhuskyrkan har med sig sin andliga dimension, något som en ateistisk kurator inte kan ha.

Pastorn är inne på samma spår då denne säger att sannolikt upptäcker sjukhuskyrkans profession de andliga behoven hos en patient, vilket en ateistisk kurator kanske inte skulle kunna göra.

Präst 2 beskriver att det är en basal kristen handling att möta människor som är i en utsatt situation. Denne har även terapeutiska samtal och beskriver vikten av att mötena ska vara förutsättningslösa för att kunna förstå den utsattes tankar och föreställningar. Mötet sker i ett känsligt skede i livet, därför är det avgörande vad som händer just där och då. Man ska vara närvarande och öppen för vad som händer utan att vara förutfattad. Det är inte nödvändigt att ha alla svar, men frågorna måste få plats och utrymme. Det är viktigt att man är öppen för livet, för relationen, som i längden kan bli läkande eller som gagnar uthållighet. Präst 2 reflekterar över kuratorerna som i sin roll ska identifiera problemet, vem som representerar det och hur det ska åtgärdas. Att kuratorer har ett mer lösningsfokuserat synsätt mot vad sjukhuskyrkan har. Präst 2 tänker att en skillnad mellan professionerna skulle kunna vara förutsättningslösheten som är ett starkt incitament i sjukhuskyrkans arbete. Inom sjukhuskyrkan finns en tilltro till yttre makt, en yttre kraft som professionen anser vara god.

Kuratorn beskriver att de metoder och förhållningssätt som ligger till grund i en kurators arbete är en stor blandning av olika teorier. I arbetet finns bland annat anknytningsteorier, systemteori och olika kristeorier. Den kristeori som vanligtvis används är Cullbergs kristeori.

Resonemanget som Präst 2 och kuratorn för, ser jag det går att koppla samman med Cullberg (2003), som menar att den helt avgörande punkten är hur patienten själv tolkar, upplever och förstår det som sker. Vid en existentiell kris ska utrymme ges för obesvarade existentiella frågor och tillsammans med patienten finna ro över att vissa saker inte går att rationalisera eller kategorisera (Cullberg, 2003; Forsman 2012).

Handlingsutrymme

Kuratorn är noga med att förklara att det är viktigt att patienten förstår och känner att det finns någon som bryr sig om och inte kommer att överge henne eller honom. När en svårt sjuk patient kommer till sjukhuset måste patienten ofta byta avdelning, ibland flera gånger i de olika stegen som patienten behandlas. Det i sin tur innebär att kuratorkontakten avbryts och byts ut mot en ny kurator. Det är inte alls bra för patienten menar kuratorn. Det

blir svårt att upprätthålla en god samtalskontakt eftersom det saknas kontinuitet, det kan också vara påfrestande för kuratorerna att arbeta på detta sätt berättar kuratorn.

Jag frågar också patienter om de legat inlagda på en annan klinik om de har någon bra kontakt med den förra kuratorn och om de vill att jag ska ta kontakt med denna, jag tycker det är viktigt att en patient inte bara blir skickad från en kurator till nästa (Kuratorn).

Regelverken som finns inom varje organisation påverkar professionen i arbetet och synen på verksamheten (Johnsson et al, 2016; Meeuwisse & Swärd, 2006; Öquist, 2003). Kuratorns uppfattning om bristande kontinuitet för att upprätthålla en god samtalskontakt, anser jag kan kopplas samman till en begränsning av handlingsutrymmet. Detta i sin tur är skapat av ett hierarkiskt system som genom sin uppbyggnad kan få en stelbent karaktär (Öquist, 2003).

Hembesök

Kuratorn förtydligar att man inte måste boka tid för samtal, men det underlättar givetvis för planeringen om man gör det. Hembesök erbjuds inte. En patient som var svårt sjuk i cancer ville ha en etablerad kontakt livet ut. Kuratorn önskade då upprätthålla patientkontakten, men detta accepterades inte av organisationen, med hänvisning till policyn. Kuratorn valde då att göra hembesök till denna patient på sin fritid.

[...] som vi egentligen inte ska göra, men som jag gjort på fritiden. Inte ofta, men det har hänt. Jag tycker att det betyder mycket, att de förstår och vet att här har de någon som bryr sig och som inte kommer överge mig (Kuratorn).

Karlsson (2006) och Öquist (2003) beskriver att handlingsutrymmet ser olika ut beroende på vilken organisation man tillhör. Organisationer kontrolleras via normer och regler vilket är en fördel för att garantera kontinuitet och stabilitet i en organisation. Jag kan samtidigt konstatera att handlingsutrymmet och flexibiliteten inskränks för yrkesutövarna.

Det riktas parallellt kritik mot denna föreställning, om detta är det bästa sättet att skaffa sig kontroll över arbetet i en organisation (Johnsson et al, 2016). Kontroll och reglering är ett måste inom organisationer, för att de ska fungera. Öquist, (2003) menar att det står klart att behandlarens system och stereotyper kan stå i vägen för en bra lösning lika mycket som motsvarande hinder kan finnas i klientens sätt att tänka.

Präst 2 beskriver att hembesök görs i undantagsfall, då med reservation att kontakten tidigare varit på sjukhuset. Sjukhuskyrkan kan lämna över till den lokala församlingen som ordnar med hembesök, det är det vanligaste berättar Präst 2. Samtalsstöd är en av församlingens uppgifter.

Pastorn säger att om patienten känner ett stort förtroende och trygghet för sin kontakt på sjukhuset kan man ofta lösa det så denna person kan få samtal i hemmet ändå.

Här gör handlingsutrymmet hembesöken möjliga då professionen kan göra en friare tolkning kring behovet och situationen, även om det inte ingår i professionens egentliga arbetsuppgifter (Jonsson, 2006).

Präst 1 beskriver sjukhuskyrkans praxis att inte göra hembesök. Det är en uppgift man överlämnar åt församlingarna och erbjuder utbildning för det. Men det finns undantag:

Vi erbjuder inte hembesök, men om det är så att man till exempel har kontakt med en patient som sedan vårdas i hemmet, så är det upp till oss själva om vi följer upp det, hur mycket tid vi kan lägga på att ta oss fram och tillbaka och så. Så det har blivit så att vi har gjort hembesök, om man vet att någon har kort tid kvar. (Präst 1).

Intervjupersonerna inom sjukhuskyrkan upplever sitt handlingsutrymme som stort, men samtidigt ser jag att det finns tydliga begränsningar gällande just hembesök. Ett handlingsutrymme som är stort, kan göra att riktlinjer och regler förändras (Karlsson, 2006). Hembesök skulle kunna vara ett sådant exempel.

Samarbete professionerna emellan

Att ha bred kompetens är lönsamt, då vet man vad som efterfrågas och känner till de olika arbetssätten och vet hur det vardagliga arbetet ser ut för andra yrkesgrupper som man kanske samverkar med (Ekedahl, 2001).

Pastorn berättar att denne tycker att det är viktigt att ha utbildning även inom vården för att kunna hjälpa och stödja en människa vid kris.

Kuratorn talar positivt om samverkan i en samtalsgrupp för amputerade som kuratorn håller tillsammans med en diakon och en pastor. Kuratorn beskriver att oavsett om gruppledarna är empatiska kan man ändå inte fullt ut förstå om man inte har liknande erfarenheter. Därför är

samtalsterapi i grupp effektivt på så vis att det kan ge patienten möjligheten att tillsammans med andra finna mening och se att det finns hopp om en framtid.

För att kunna föreställa sig en framtid och kunna gå vidare behöver vi känna mening. Om vi inte kan finna en mening med livet ser vi heller ingen framtid och kan därmed hamna i en existentiell kris (Gärdenfors, 2006). Gruppen bedrivs av en sjukhuskurator och två personer från sjukhuskyrkan för att behandla kris. Krisen ska behandlas genom gruppterapi som i sig också är systemteoretisk i det avseendet att gruppen tillsammans kan ge varje enskild deltagare ett stöd och en mening. Man kan se gruppen som ett system där flera individer är inkopplade. Svaghet hos en person kan kompenseras av de övriga gruppmedlemmarna. Kommunikation mellan deltagarna sker både verbalt och på ett ickeverbalt sätt. Ofta har de ickeverbala sätten större genomslagskraft (Cullberg, 1984).

Utifrån systemteoretiskt perspektiv menar jag att gruppen blir till hjälp för den enskilde deltagaren med stöd av andra. Dessutom med ledning av sjukhuskurator och sjukhuskyrka.

Präst 1 berättar om ett team på onkologen med två till tre kuratorer, en psykolog, en läkare och en sjuksköterska. Teamet träffar patienter och anhöriga på dels onkologen, men också på hospice. Resurserna är dock begränsade, så teamet lämnar ibland över patienter till sjukhuskyrkan. Där de kan få delta i en grupp, eller så erbjuds de stödsamtal.

Dubbel kontakt

Pastorn och präst 1 tycker inte att det uppstår någon konflikt när patienter har kontakt med både sjukhuskyrkan och en sjukhuskurator. Vissa frågor kanske till och med kan upplevas passa bättre hos den ena professionen än den andra. Det finns dem som vänder sig till både sjukhuskyrkan och till en kurator, vilket de anser vara positivt.

Vi sysslar med lite samma sak. Att vi är ett komplement, jobbar som en grupp. Jag tror att det är så de flesta ser det, som ett team, tillsammans med kuratorerna. Där professionerna kompletterar varandra. För patientens bästa (Pastorn).

Det var en kvinna som var alldeles ensam i livet med två små barn. Sjukhusprästen var också involverad. Hon hade ingen, och vi kände att vi inte kunde lämna henne. Hon behövde ha någon som stöd (Kuratorn).

Kuratoren beskriver att de (kurator och sjukhuskyrka) inte kunde lämna den ensamma mamman vid utskrivning från sjukhuset. De tillhör två olika organisationer och har olika handlingsutrymmen, men detta möjliggjorde också att sjukhuskyrkan kunde besöka kvinnan i hemmet efteråt (Karlsson, 2006; Öquist, 2003).

Pastorn uttalade att professionerna samarbetade och att de fungerade som komplement gentemot varandra. De bådas insatser gav ett holistiskt synsätt (Öquist, 2003). Här tycker jag att de visar ett tydligt exempel på när de har ett systemteoretiskt perspektiv angående patientens bästa. De såg sitt arbete i termer som helhet. De talar om gemensamma egenskaper där de båda samtidigt kunde komplettera varandra och fungera som en helhet.

På samma arena

Präst 1 berättar att det finns ett visst samarbete professionerna emellan vilket gör att professionerna kompletterar varandra. Men det finns de kuratorer på sjukhuset som sjukhuskyrkan aldrig har haft samarbete med.

Präst 2 förklarar att sjukhuskyrkan försöker hålla kontakt med personalen. På vissa avdelningar går de runt och hälsar på både patienter och personal. Sjukhuskyrkan hälsar på alla, givetvis även dem med annan religion eller kultur. Oftast blir det bra gensvar. Präst 2 konstaterar dock att det skiljer sig från avdelningarna kring hur önskad och välkommen man är. Det finns de avdelningar sjukhuskyrkan inte kan besöka på detta sätt. Besöken på avdelningarna styrs mycket av hur personalen där vill ha det. Präst 2 tror att ett samarbete som inte fungerar kan bero på många olika saker. Till exempel personkemi, eller att de ideologiska förklaringarna inte stämmer överens. Att ett samarbete inte fungerar professionerna emellan beror oftast på att kuratorerna är pressade och tyngda, de orkar inte menar präst 2. Präst 2 har föreslagit samarbete med flera kuratorer, där de tillsammans skulle kunna förbättra vården, men det faller platt för dem, det ryms inte i tjänsten, det finns inte tid.

Vissa avdelningar är vi väldigt välkomna på men det finns de avdelningar vi aldrig ens skulle drömma om att närma oss på om vi inte skulle bli inringda, ibland fungerar inte samarbetet (Präst 2).

Dock verkar inte uppfattningen om samverkan vara självklar. *Kuratorn* berättar om nedlåtande kommentarer denne hört från sina kollegor när sjukhuskyrkan har satt upp affischer eller informerat om att de erbjuder stödsamtal, ett exempel är;

Samtal är speciellt för kuratorer och psykologer, varför skulle kyrkan erbjuda samtal till patienter (Kuratorn)?

Forinder och Olsson (2014) beskriver kuratorernas samtal så här; ”samtal - kuratorns främsta arbetsverktyg”. Samtal är med andra ord något som professionen själva identifierar sig med, kuratorerna kan i samtalet vara ett verktyg för förändring (fungera som katalysator), medmänniska (containing function) eller medskapare (stötta patienten till externalisering) (Cullberg, 2003; Forinder & Olsson, 2014; White, 2000). De samtal som kuratorerna för i sitt arbete är dels samtal i grupp, stödjande och bearbetande samtal, existentiella samtal samt att lyssna till berättelser (Forinder & Olsson, 2014). Trots detta berättar präst 2 att ” [...] Det finns ingen annan som har tid, eller ork att eller vill lyssna på den här berättelsen. Det gör vi som sjukhuskyrka”. Präst 2 menar här att kuratorerna inte hinner med att lyssna till patienternas berättelser. Kuratorn nämner följande kring existentiella samtal, det blir som att man viftar bort de andliga frågorna, de får inte finnas där. Kuratorn fortsätter med att berätta att denne önskade att frågorna fått finnas där och kunnat få ventileras på ett existentiellt och andligt plan.

Kuratorn vill inte spekulera i om denne tror att det beror på fientlighet mot sjukhuskyrkan eller inte. Alla är inte intresserade av att samverka menar kuratorn. Det är heller inte många som har ett samarbete med sjukhuskyrkan eller som har erfarenhet av ett samarbete.

Jag skulle snarare säga icke samarbete! Jag tror inte det är så många andra kuratorer som samarbetar med sjukhuskyrkan, men jag vet inte (Kuratorn).

Callahan (2015) menar att den andliga vården inte ryms hos alla professioner. Precis som patienterna har olika behov och föreställningar kring de olika professionerna, har professionerna också dessa gentemot varandra. Jag tänker att ur ett systemteoretiskt perspektiv kan svaghet hos en profession kompenseras av en annan, vilket skulle vara till fördel för alla inblandade. En svaghet eller ointresse hos en profession kan kompenseras av en annan. Detta samarbete skulle till och med kunna ses som en välbehövlig skyddsfaktor, vilket också Callahan (2015) påpekar. Hon ser vikten av ett samarbete mellan professioner för att bästa möjliga vård ska kunna ges. Särskilt utifrån att *Präst 2* tror att det finns en viss rädsla

från båda sidor och att det kanske är därför samarbetet med kuratorerna fungerar sådär. På vissa avdelningar funkar det och på andra inte.

9. Sammanfattning

Teoretiskt finns flera beröringspunkter mellan sjukhuskyrkan och sjukhuskuratorn (Cullberg, 1974). I praktiken framkommer väsentliga skillnader utifrån vad informanterna berättar. Det främsta skiljeområdet är deras olika handlingsutrymmen, dels i fråga om tillgänglighet men även i deras olika möjligheter att vara flexibel i sitt arbete.

Gällande professionernas handlingsutrymme, kan jag se att sjukhuskyrkans och sjukhuskuratorernas organisatoriska arbetssätt är ett resultat av hur de har möjlighet att arbeta. Sannolikt påverkar detta även samspelet mellan personerna inom de båda organisationerna. Så om exempelvis professionerna inom sjukhuskyrkan eller sjukhuskuratorerna har bristande engagemang för samverkan kan det vara organisationen som behöver ses över. Därför menar jag att om sjukhuskyrkan och sjukhuskuratorerna ska arbeta utifrån ett systemteoretiskt perspektiv, ska organisationerna vara öppna för yttre förändringar och ta tillvara på varje ansats från professionerna till positivt förändringsarbete.

I sjukhuskuratorns arbete får i vissa fall patienternas existentiella frågor och ämnen inte den plats de behöver, kanske väljer professionen då att försöka få patienten att lämna de existentiella och religiösa frågorna eftersom de inte kan förklaras på ett rationellt sätt. De existentiella frågorna får då inte finnas till, de blir obesvarade och inte reflekterade över.

Det har tydlig framkommit att kompetensutveckling i ämnet ”religionens betydelse för patienten” saknas hos kuratorer (Blom, 1996; Croxton, Jayaratne, Mattison, 2000; Forsman, 2012). Utifrån perspektivet systemteori, är frågan är om detta faktum borde stärka eller försvaga samarbetet mellan organisationerna. Jag anser att det kan vara både och. Om organisationerna har behov av varandras kompetens borde det stärka samarbetet. Samtidigt minskar förståelsen för varandras områden varpå gapet dem emellan ökar. Att sedan fortbildningen i sig alltid är en tillgång för både kurator och patient, är en annan fråga.

Uppsatsen inleds med tre frågeställningar, dessa tre frågeställningar har besvarats under de olika tematiska områdena samt underrubrikerna. Frågeställningarna är:

1. Hur ser arbetsfördelningen ut mellan sjukhuskyrkan och sjukhuskuratorerna?
2. Är det skillnad på sjukhuskuratorernas och sjukhuskyrkans handlingsutrymme?
3. Hur ser relationen ut mellan sjukhuskyrkan och sjukhuskuratorerna?

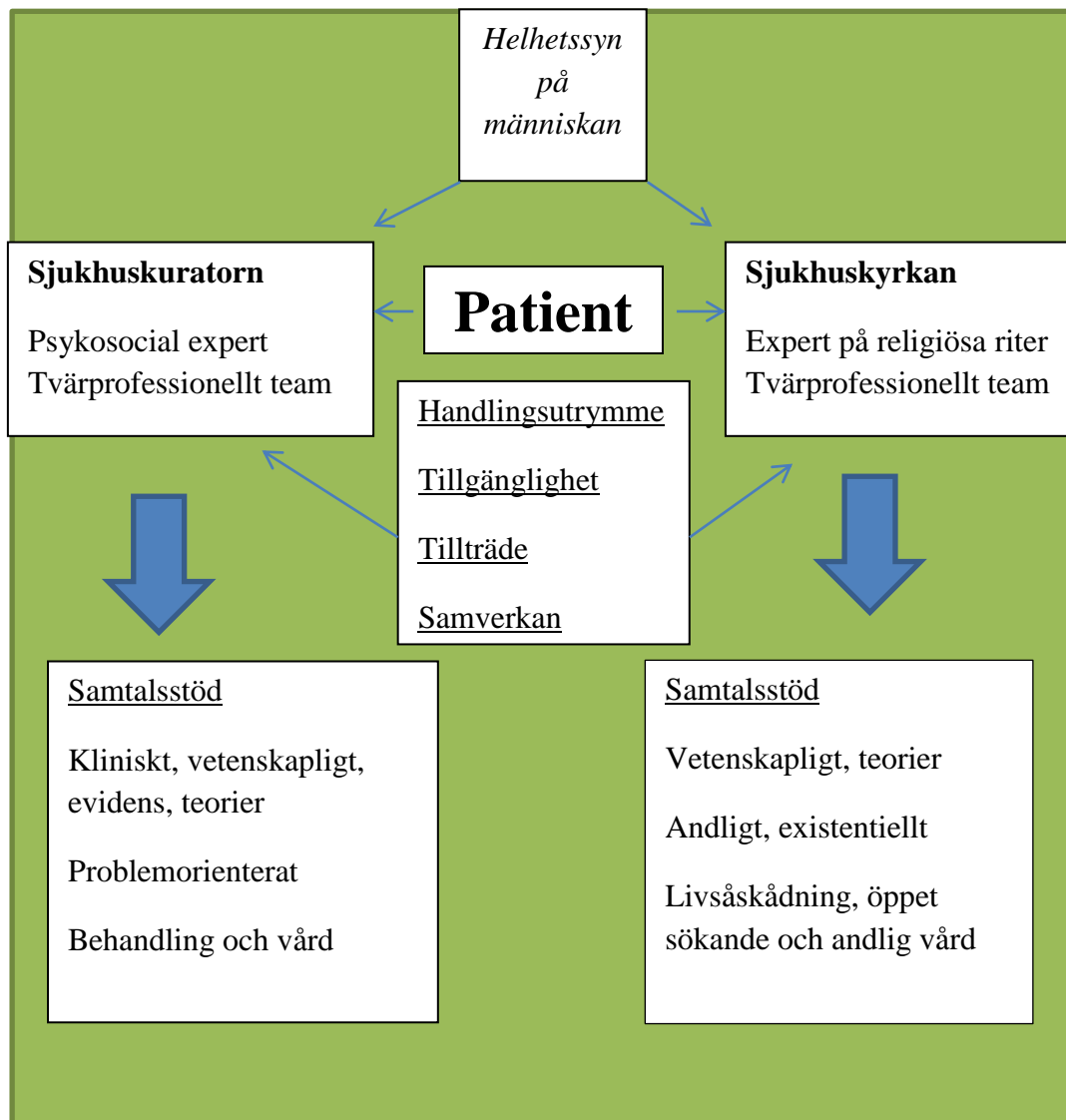
Sammantaget kan frågeställningarna besvaras med att arbetsfördelningen till viss del är otydlig. Professionerna erbjuder delvis liknande tjänster till dem som söker sig till dem. Patienternas val av profession styrs av resurser, tid, tillgänglighet. Ibland är valet dock noga övervägt. Dock kvarstår en generell fördelning dem emellan beträffande patienternas andliga behov och icke andliga behov.

Sjukhuskuratorerna och sjukhuskyrkan har olika handlingsutrymmen som styrs av respektive organisation. Sjukhuskyrkan kompletterar kuratorerna i deras arbete i existentiella spörsmål, men också i fråga om professionernas olika tillgänglighet.

Relationen och samarbetet mellan de olika organisationerna ser olika ut. Tidigare forskning och informanternas svar visar dock på att ett samarbete är viktigt för fältet, dels för professionerna själva, men inte minst för de människor som söker sig till dem.

Bilden nedan illustrerar professionernas expertis, arbetssätt och förhållanden dem emellan. Det som förenar eller som skiljer professionerna åt, kan vara patienten och dennes önskemål, men inte att förglömma professionernas handlingsutrymme, tillgängligheten/tillträdet och samverkan. Illustrationen har vuxit fram ur ett systemteoretiskt perspektiv och visar att sjukhuskyrkans och sjukhuskuratorernas insatser är delvis olika men tillsammans bistår de patienten på ett mer komplett sätt utifrån att den gemensamma helheten är större än deras separata delar.

Sjukhuset



10. Slutdiskussion

För många kan religion och själavård vara ett ämne som är belagt med tabu. Det är inte ett ämne som av tradition inkluderas i kuratorernas område, därför finns även tveksamheter att tala om religion och tro i deras verksamhet. Den frågeställningen skulle kunna utvecklas vidare i en kommande undersökning.

Det vore också intressant att studera i vilka situationer spänningar uppstår mellan professionerna när de gränsar varandras områden. Hur ser de på gränser, revir och eventuell konkurrens?

Något behöver göras för att underlätta kuratorernas möjlighet att mer naturligt närma sig religion och existentiella frågor. Kuratorn som intervjuades var tydligt frustrerad kring de existentiella och religiösa trosfrågorna som denne kom i kontakt med i sitt arbete. Kanske borde en liten del av socionomprogrammet innehålla teologi? Vårt mångkulturella samhälle visar ytterligare behov av kunskap i ämnet.

Vid intervjutillfället tydde mycket på att kuratorer i stort önskar ha ett tydligare samarbete med sjukhuskyrkan. Hindret för detta sades vara tid och resurser. Jag kan inte bortse från min spontana fråga om det största hindret för samarbete verkligen är tid, eller om det faktiskt är organisationen? Rimligen borde det finnas ett intresse från båda parter med ett tvärprofessionellt samarbete.

En studie som styrker min egen slutsats av själavårdarnas (sjukhuskyrkans) betydelse är en utvärdering av kuratorsverksamheten vid Skelleftehamns vårdcentral utförd av Blom, 1996. Blom skriver att kuratorn är utbildad för att bedriva socialt arbete (Blom, 1996). Precis som Blom fann jag i min undersökning att kuratorn ska arbeta problemlösande, för att kunna möjliggöra en identifiering av problemet samt behandling för patienten. Men samtidigt är det inte bara denna typ av identifierbar problematik som kuratorn på ett sjukhus möter. Kuratorn möter också patienter som har olösta konflikter, förlorat sin livsmening eller har annan existentiell brist. Här kan sjukhuskyrkans kompetens komma in, men att enbart säga att sjukhuskyrkan är ett komplement till det arbete som kuratorerna bedriver tycker jag låter blygsamt. Utifrån ett systemiskt synsätt skulle jag vilja påstå att båda professionerna bedriver ett arbete som dels påverkar varandra men också är gynnsamt kompletterande.

I vad som betraktas som en grundbok för socionomstuderande (Socialt arbete: en grundbok skriven av Meeuwisse, Sunesson, Swärd) beskrivs kyrkans diakonala arbete en enda gång. Där utmålas arbetet dessutom som en positiv motbild till det professionella sociala arbetet som socialtjänsten bedriver (Jeppsson Grassman, 2001). Än en gång kan systemteorin kopplas till detta. De normer och de regler som utgör ett system verkar begränsande och för att förändra ett system kräver mycket tid och mycket arbete. Det är svårt, för att inte säga omöjligt att förändra vissa system (Öquist, 2003). Med tanke på systemteorin faller det sig nu tydligt för mig varför verkligheten ser ut som den gör. Att låta två olika system som är djupt rotade möta varandra, och samarbeta är svårt. Det finns inte riktigt plats för ett handlingsutrymme, systemen är snäva, det är svårt att hitta kontaktytor. Det kan till och med handla om makt och strukturer från båda parter.

Välfärdssamhället och det mångkulturella samhället utvecklas snabbt. Fler människor med olika behov ska mötas av professionerna. Många människor känner en stark förankring till religionen som i regel förknippas med ovillkorlig kärlek och omsorg, medan andra föredrar en mer neutral samtalskontakt utan andliga inslag. Min slutsats är att det kommer att finnas ett ännu större behov av sjukhuskyrkor och sjukhuskuratorer över tid, därför borde det rimligtvis finnas en vinst i att samarbeta med varandra i vissa utvalda områden.

11. Referenslista

Adrian, Samuel (1986) *Själavård*. Uppsala: Pro Veritate

Akademikerförbundet SSR (2016) Kurator inom hälso- och sjukvård
(<https://akademssr.se/profession/socionom/kurator> Hämtat: 2016-04-01)

Arlebrink, Jan (2012) *Existentiella frågor: inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur

Ashby, William Ross (1969) *Design for a brain*. London: Chapman & Hall

Aspers, Patrik (2007) *Etnografiska metoder, att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber AB

Bengtsson, Charlotte, Hjorth Malin, Sandberg, Helena, Thelander, Åsa (1998) *Möten på fältet, kvalitativ metod i teori och praktik*. Lund: Serviceenheten, Sociologiska institutionen

Benkel, Inger, Johansson, Britt-Marie, Lundin, Annika, de Neergaard, Gerd, Öhrling, Charlotte (2009) *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Berger, Peter (1969) *The Sacred Canopy: elements of a sociological theory of religion*. Garden City, New York: Doubleday.

Bergquist, Lars (1996) Swedenborgs galenskap. I Cullberg, Johan, Johannisson, Karin, Wikström, Owe (red): *Mänskliga gränsområden, om extas, psykos och galenskap*. Stockholm: Natur och Kultur

Blom, Björn (1996) *Kurator i primärvård utvärdering av kuratorsverksamheten vid Skelleftehamns vårdcentral*. Umeå: Univ. Intuitionen för socialt arbete

Blom, Björn & Morén, Stefan (2006) Förklarande kunskapsbildning – i teori och praktik. I Blom, Björn, Morén, Stefan, Nygren, Lennart (red): *Kunskap i socialt arbete: om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur och kultur

Bouman, Jan C. (1964) Den existentiella psykologien. (Några av dess mest framträdande grunddrag). Nr. 2 *Föreningen för Existentiell Psykologi och Psykoterapi*. Stockholm

Bouman, Jan C. (1978) *Din själ, din kropp, din existens*. Göteborg: Zinderman

Broqvist, Mari, Bucht, Helena, Erlandsson, Sofia, Hall, Birgitta, Johansson, Ingrid, Fränkel, Titti, Tinnert, Agneta (2013) *Kuratorer prioriterar tillämpning av den nationella modellen för öppna prioriteringar*. Linköping: Prioteringscentrum

Callahan, Ann M. (2015) Key Concepts in Spiritual Care for Hospice Social Workers: How an Interdisciplinary Perspective Can Inform Spiritual Competence. *Social Work & Christianity*, Vol. 42, No. 1 (2015), 43-62 Journal of the North American Association of Christians in Social Work

Cullberg, Johan (1974) *Det psykiska traumat – om kristeori och krispsykoterapi*. Stockholm:

Cullberg, Johan (1980) *Kris och utveckling, en psykoanalytisk och socialpsykiatrisk studie*. Stockholm: Natur och Kultur

Cullberg, Johan (1984) *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur och kultur

Cullberg, Johan (2003) *Kris och utveckling, en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*. Stockholm: Natur och Kultur

Croxton, Tom, Jayaratne, Srinika, Mattison Debra (2000) Social workers' Religiosity and its impact on religious practice behaviors *Advances in social work*, vol. 1, NO. 1, Spring 2000 Indiana University School of Social Work Program

Dellgran, Peter & Höjer, Staffan (2006) Kunskapsbildning som praktik och politik – om socialt arbete som forskningsämne. I Blom, Björn. Morén, Stefan. Nygren, Lennart, (red): *Kunskap i socialt arbete: om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur och kultur

Ekedahl, Marie Anne (2001) *Hur orkar man i det svåraste?* Uppsala: Teologiska institutionen, Univ.

Eliasson – Lappalainen, Rosmari, Jacobsson, Katarina, Meeuwisse, Anna, Swärd, Hans (2008) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och Kultur

Engel, Charlotte (2006) *Svenska kyrkans sociala arbete – för vem och varför?* Stockholm: Ersta Sköndal högskola

Feigenberg, Loma (1971) *Döden i sjukvården*. SFPH:s monografiserie nr 3

Forinder, Ulla, Olsson, Mariann (2014) Teorier och metoder i kuratorsarbetet. I Blom, Björn, Lalos, Ann, Morén, Stefan, Olsson, Mariann (red): *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Forsman, Monika (2012) *Samtal i vardagsarbetet*. Stockholm: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg
- Gåfvells, Catharina (2014) Socialt arbete i medicinsk kontext. I Blom, Björn, Lalos, Ann, Morén, Stefan, Olsson, M (red): *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gärdenfors, Peter (2006) *Den meningssökande människan*. Stockholm: Natur & Kultur
- Hjalmarsson, Elisabeth (2009) *Nya möjligheter: Svenska kyrkans roll i 2000-talets Sverige*. Uppsala: Svenska kyrkan
- Jeppsson Grassman, Eva (2001) *Socialt arbete i församlingens hägn*. Stockholm: Verbum
- Johansson, Mats (2004) *Empatisk förståelse, från inlevelse till osjälviskhet*. Lund: Filosofiska institutionen, Lunds universitet
- Johansson, Christin (2006) Från social fixare till psykosocial expert. I: Esbjörnsson, Berit & Johansson, Annelie (red) *Från social fixare till psykosocial expert, kuratorer berättar*. Stockholm: Akademikerförbundet
- Johansson, Roine (2006) Nyinstitutionell organisationsteori – från sociologi i USA till socialt arbete i Sverige. I: Blom, Björn, Grape, Owe, Johansson, Roine (red) *Organisation och omvärld, nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur
- Johnsson, Eva, Laanemets, Leili, Svensson, Kerstin (2016) *Handlingsutrymme, utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & kultur
- Jonsson, Kajsa (2006) Idéspridning och kunskapskultur – exemplet socialt arbete i Sverige. I: Blom, Björn, Grape, Owe, Johansson, Roine (red) *Organisation och omvärld, nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur
- Karlsson, Ingrid (2006) *Att leda i kommunal äldreomsorg, om arbetsledares handlingsutrymme, handlingsfrihet och skilda lojaliteter: exemplet Halland*. Rapportserie i socialt arbete. Nr 7, 2006. Växjö: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö univ.

Kullberg, Karin (2011) *Socionomkarriärer om vägar genom yrkeslivet i en av välfärdsstatens nya professioner*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs univ.

Linde, Stig (2010) *Församlingen i granskningssamhället*. Lund: Socialhögskolan, Lunds univ.

Lundahl, Christin & Öquist, Oscar (2002) *Idén om en helhet, utvärdering på systemteoretisk grund*. Lund: Student Litteratur

Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans (2006) Vad är ett socialt problem? I Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans (red): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.

Nordlund, Karl-Axel (1994) *Existentiella frågor i själavården*. Stockholm: Verbum

Nordlund, Karl-Axel (1995) *Själavård*, Karl-Axel Nordlunds prästmötesavhandling ”Existentiella frågor i själavården”. Härnösand: Härnösands stift

NU-sjukvården (2016) Sjukhuskyrkan (<http://www.nusjukvarden.se/sv/NU-sjukvarden/Ovrig-verksamhet/Sjukhuskyrkan-inom-NU-sjukvarden/Sjukhuskyrkan-NAL1/2-Om-oss/> Hämtat: 2016-02-26)

Okkenhaug, Berit (2004) *Själavård en grundbok*. Örebro: Libris

Samarbetsrådet för andlig vård inom hälso- och sjukvården (2012) *Grunddokument med riktlinjer för andlig vård inom hälso- och sjukvården*. (<http://www.samariterhemmet.se/sites/default/files/Grunddokument%20utskrift%20A4%20120213.pdf> Hämtat: 2017-03-14)

Silfving, Thomas (2007) Döden – en försummad och missförstådd del av livet. I Von Malmberg, Ingvar och Silfving, Thomas (red): *Att levandegöra döden*. Stockholm: Verbum

Sjukhuskyrkan (2016) Sjukhuskyrkor (<http://www.sjukhuskyrkan.se/kontakt/sjukhuskyrkor/> Hämtat: 2016-04-01)

Svenska kyrkan (2016) Statistik (<https://www.svenskakyrkan.se/statistik> Hämtat: 2016-12-12)

Svenska kyrkan (2016) Om själavård (<https://www.svenskakyrkan.se/jourhavandeprast/om-sjalavard> Hämtat: 2016-06-29)

Svenska kyrkan Göteborg (2016) Sjukhuskyrkan (<http://www.sjukhuskyrka.se/goteborg/sahlgrenska/Beskrivning.html> Hämtat: 2016-02-26)

Sverker, G (2001) (https://www.regionorebrolan.se/Files-sv/USO/Kliniker_enheter/Sjukhuskyrkan/Microsoft%20Word%20-%20Den%20andliga%20dimensionen.pdf?epslanguage=sv Hämtat 2016-06-30)

Sjukhuskyrkans samordnare, mailkonversation. 2016-04-01

Socialstyrelsen (2014) *Legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård* den 21 april 2014 (ISBN 978-91-7555-175-3) Stockholm: Socialstyrelsen, 2014

SOU (1993) Frivilligt socialt arbete – kartläggning och kunskapsöversikt

SOU (1997) Staten och trossamfunden

SOU (2007:37) Vård med omsorg – möjligheter och hinder

Svenska kyrkans utredningar (2009:2) *Förändrade arbetsformer*. Uppsala: Svenska kyrkan

Van Deurzen, Emmy (1998) *Det existentiella samtalet*. Stockholm: Natur och Kultur

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Vetenskapsrådet

White, Michael (2000) *Nya vägar inom den systemiska terapin*. Stockholm: Mareld

Öquist, Oscar (2003) *Systemteori i praktiken*. Stockholm: Gothia

12. Bilagor

Informationsbrev

Inget informationsbrev skickades ut, däremot har jag i första kontakten med mina intervjupersoner berättat vad det är för undersökning jag ska utföra och i vilket syfte. Informationen har jag även gett före intervjuerna. Intervjupersonerna har haft möjlighet att ställa frågor om mitt arbete, de deltagande har även fått mina kontaktuppgifter så de kan kontakta mig.

Samtycke

Information om vad det är för undersökning som ska genomföras har givits, även vad materialet ska användas till. Samt att de deltagande närsomhelst kan avsluta sitt deltagande och avvika från studien om de skulle ångra sitt deltagande. Att intervjupersonerna kommer vara anonyma har jag tydligt informerat om. Intervjupersonerna har också fått erbjudandet att läsa igenom det transkriberade materialet, några av de intervjuade har också valt att ta del av det. Vetenskapsrådets riktlinjer har tagits i beaktande och kraven är uppfyllda.

Intervjupersonerna har blivit förvånade men framförallt positiva till att jag gjort denna undersökning och varit väldigt tillmötesgående och behjälpliga. Jag vill rikta ett stort tack till både intervjupersonerna och till fältet som gjort denna uppsats möjlig.

Intervjuguide

Semistrukturerad intervju sjukhuskyrkan

- Vad har du för utbildning?
- Vilka teorier och arbetssätt ligger till grund i ert arbete??

- Jobbar ni med uppsökande verksamhet?
- Hur förmedlas kontakten mellan er och patienten?
- Måste man beställa tid för att få komma hit? Kostar det något?
- Kan ni erbjuda hembesök?
- Vad för slags samtal har ni med patienterna, är det uppföljande samtal eller första kontakter?
- Vad är orsaken/orsakerna till kontakten?
- Vilken eller vilka avdelningar kommer de flesta patienterna ifrån?
- Vilka är era klienter?
- Är det svårt att ha både patienter och deras anhöriga, med tanke på sekretessen?
- Varför tror du att vissa patienter söker sig till sjukhuskyrkan och andra till kuratorn, eller båda?

- Vilket/vilka stöd kan ni erbjuda?
- Finns det någon form av gruppterapi?
- På vilket sätt kan det vara till hjälp att träffa andra patienter i en liknande situation?
- Vilken betydelse har sjukhuskuratorernas verksamhet för den enskilde tror du?
- Vad har du för uppfattning om er betydelse för de som söker sig till er?

- Är patienterna/de anhöriga troende?
- Finns det skillnader mellan kuratorns och sjukhuskyrkans synsätt på patienten, utgör er kristna tro någon skillnad?

Semistrukturerad intervju sjukhuskurator

- Vad har du för utbildning?
- Vilka teorier och arbetssätt ligger till grund i ert arbete?

- Jobbar ni med uppsökande verksamhet?
- Hur förmedlas kontakten mellan er och patienten?
- Måste man beställa tid för att få komma hit? Kostar det något?
- Kan ni erbjuda hembesök?
- Vad för slags samtal har ni med patienterna, är det uppföljande samtal eller första kontakter?
- Vad är orsaken/orsakerna till kontakten?
- Vilka är era klienter?
- Är det svårt att ha både patienter och deras anhöriga, med tanke på sekretessen?
- Varför tror du att vissa patienter söker sig till sjukhuskyrkan och andra till kuratorn, eller båda?

- Vilket/vilka stöd kan ni erbjuda?
- Finns det någon form av gruppterapi?
- På vilket sätt kan det vara till hjälp att träffa andra patienter i en liknande situation?
- Vilken betydelse har sjukhuskyrkans verksamhet för den enskilde tror du?
- Vad har du för uppfattning om er betydelse för de som söker sig till er?

- Är patienterna/de anhöriga troende?
- Finns det skillnader mellan kuratorns och sjukhuskyrkans synsätt på patienten, utgör den kristna tron någon skillnad?