



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Förutsättningar för existentiella samtal

**En kvalitativ studie om kuratorernas upplevelser av samtal med patienter  
om existentiella frågor vid kvinnokliniken.**

Giedre Zideckiene

Magisteruppsats (SAHS05)

VT 2023

Antal ord: 13 594

Handledare: Helena Hansson

# Abstract

Author: Giedre Zideckiene

Title: Prerequisites for existential conversations. A qualitative study on the counselors' experiences of conversations with patients about existential questions at the women's clinic.

Supervisor: Helena Hansson

The aim of the study was to examine how counselors at the women's clinic relate to existential questions in the meeting with patients related to social work in a healthcare setting. The intention was to look closer at what challenges the staff faces, as well as what they find obstacles that stop or make it difficult to talk about existential issues.

This was investigated through semi-structured interviews with seven staff members at the women's clinic in a healthcare setting in Southern Sweden.

The main results show that the staff faces challenges such as a starting where the patient is, the importance of interaction and need for control versus acceptance. There can be 3 different kinds of obstacles that stop or make it difficult to talk about existential issues: obstacles with the counselor himself, obstacles with the organization and obstacles with the patient.

Key Words: social work, counsellor, counselling, existential issues, health care.

# Innehållsförteckning

1.	Inledning .....	5
1.1.	Problemformulering.....	6
1.2.	Syfte och frågeställningar .....	11
2.	Kunskapsläge .....	11
2.1.	Kurators uppdrag .....	12
2.2.	Kurators specifika kompetens - det existentiella samtalets specificitet .....	12
3.	Teoretiskt ramverk .....	18
3.1.	Existentiell teori .....	18
3.2.	Fenomenologi .....	20
3.3.	Klientcentrerad teori .....	21
3.4.	Narrativ teori .....	23
4.	Metod .....	24
4.1.	Kvalitativ metod .....	24
4.2.	Urval .....	25
4.3.	Litteratursökning.....	26
4.4.	Genomförande.....	26
4.5.	Kvalitativ innehållsanalys.....	27
4.6.	Metoddiskussion.....	28
4.7.	Tillförlitlighet.....	29
4.8.	Förförståelse .....	30
4.9.	Forskningsetiska överväganden.....	31
5.	Resultat och analys .....	31
5.1.	Viktiga aspekter i det existentiella samtalet.....	32
5.1.1.	Att börja där patienten är .....	32
5.1.2.	Vikten av samspelet.....	35
5.1.3.	Kontrollbehov kontra acceptans .....	37
5.2.	Förutsättningar och hinder för existentiella samtal .....	38
6.	Slutdiskussion .....	42
7.	Referenslista.....	45

8. Bilaga 1.....	50
9. Bilaga 2.....	52

## 1. Inledning

Kuratorer inom hälso- och sjukvården träffar människor med olika svårigheter, sjukdomar och motgångar. Kvinnokliniken på centralsjukhuset i Kristianstad möter man patienter som befinner sig i krissituationer eller åtminstone står inför svåra livsomställningar. Patienter på kvinnokliniken har reproduktionskriser såsom ambivalenta starka känslor inför eller efter abort, missfall, intrauterin fosterdöd, förlossningsrädsla, barnlöshet och cancersjukdom. De allra flesta patienterna är kvinnor. Ibland kommer familjer också.

Vid reproduktiv ohälsa samverkar olika komplexa faktorer. Ann Lalos (2014) beskriver en förenklad spiralmodell som visar hur olika faktorer påverkar patienten vid abort och infertilitet. Hon beskriver sex faktorer, en av dem är den existentiella. En del patienter söker stödsamtal hos Kvinnoklinikens kuratorer inför eller efter aborter. Aborter väcker inte sällan olika motstridiga känslor och tankar. Tankar som eller om etik, moral, religion, vår syn på livet och döden, vår uppfattning om kärlek och livskvalitet. I abortlagen (1974:595) står det att det är kvinnan som till och med graviditetsvecka 18 bestämmer om hon vill behålla barnet eller inte. Kvinnan kan uppleva en känsla av ensamhet i sitt beslutsfattande om att ta "rätt" beslut. Finns det egentligen ett beslut som rätt eller fel? Lalos (2014) skriver att aborten för många män och kvinnor förknippas med en upplevelse av att ta ansvar.

Vid ofrivillig barnlöshet eller infertilitet väcks många frågor till liv, inte minst de existentiella frågorna som berör personliga drömmar och förväntningar. Patienterna på klinikerna kan även känna att de förlorat kontrollen över den situation som de befinner sig i och hur framtiden kommer att se ut. Många människor uppfattar att det ger mening åt det egna livet 'att få barn' och 'att vara förälder'. Som en följd tvingar barnlöshet människor att söka en ny livsmening.

Patienter med förlossningsrädsla är rädda för att förlora kontroll när de går genom förlossningsprocessen, att deras kropp förändras eller är rädda för outhärdlig smärta. Graviditet och förlossning är inte bara fysiska händelser utan också existentiella händelser som är laddade med en djup och unik betydelse för kvinnan. Förlossningen beskrivs också som en "gränssituation" som kan innebära både styrka och lidande. Kvinnor som fruktar för förlossning befinner sig i en svår existentiell situation där de upplever lidande, ensamhet, saknar garantier

och förståelse. Men upplever även en förlust av kontroll när de måste möta det de fruktar mest: graviditet och förlossning (Wigert et al. 2020).

En annan grupp av patienter är cancerpatienter. Att insjukna i cancer innebär inte bara ett hot om att förlora livet. Det innebär också ett hot om en förlorad kontroll över tillvaron, om förlust av osårbarhet och funktioner (Wettergren 2007).

Alltså vi kan se att existentiella frågor ofta berörs i den reproduktiva ohälsans sammanhang. När livet är som det ska vara eller vi lever det liv som vi vill leva, tänker vi inte så mycket på existentiella frågor. Relevansen av existentiella frågor blir uppenbar när en olycka inträffar, när en kris inträffar eller när man hamnar i en gränssituation. Existentialismen är som stjärnor i himlen som alltid finns, men det är först när mörkret (när livet blir svårt) kommer som den börjar synas.

Alla människor kommer någon gång i livet att drabbas av kriser. Det kan vara en olycka, arbetslöshet, skilsmässa, infertilitet, cancersjukdom, bortgång av anhörig. I existentiellt perspektiv hör kriser till livet. Motgångar kommer förr eller senare. Att lära sig hantera en motgång är en viktig livsuppgift (Jacobsen 2008). Därför är det viktigt att kuratorer som arbetar på Kvinnokliniken har kompetens att hantera existentiella frågor i mötet med patienter.

## 1.1. Problemformulering

Specifikt för socialt arbete inom hälso- och sjukvården är det medicinska sammanhanget och närvaron av sjukdom och död, som ofta väcker existentiella frågor (Socialstyrelsen 2014). Hälso- och sjukvården behöver ta hänsyn till existentiella frågor. ”Vården ska utgå från individens hela situation, så att fysiska såväl som psykologiska, sociala, kulturella och existentiella behov och förväntningar beaktas” (Värdegrund för Hälsö och sjukvården i SLL från 2002, s.18). På Regionala Cancercentrums hemsida finns det ett hälsoskattningsformulär för cancerrehabilitering (2021) och formuläret omfattar frågor om existentiella funderingar. Palliativ omvårdnad och målet med ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) är att lindra obehag och smärta samtidigt som psykologiskt och existentiellt stöd erbjuds (World Health Organisation [WHO] 2020). I Sverige börjar man prata om existentiell hälsa mer och mer. Existentiell hälsa är en grundläggande känsla av trygghet och tillhörighet i världen som dels gör det möjligt för människor att i sin vardag skapa mening med sig

själva och med livet, dels stödjer förmågan att hantera kriser och tillvarons yttersta frågor (Lloyd, 2018). Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) påverkar människans existentiella hälsa hur människan uppfattar sin fysiska, psykiska och sociala hälsa. Världshälsoorganisationen inkluderar den existentiella dimensionen i bedömning av hälsorelaterad livskvalité.

Enligt Socialstyrelsen (2014) var kuratorernas huvudsakliga arbetsuppgifter ett psykosocialt arbete (75 procent), krisstöd (11 procent), social rådgivning och stöd (3 procent) och annat stöd (11 procent). Kuratorerna använde merparten av sin tid, 60 procent, till direkt patientkontakt och 14 procent till samverkan kring patienten. Det psykosociala stödet och behandlingsarbetet består av krishantering och bearbetning av sjukdomsbesked, dödsfall, traumatisk händelse eller liknande. Det kan också vara stöd och behandling under pågående medicinsk behandling eller under pågående rehabilitering. Kuratorn arbetar med olika former av samtalsstöd, beroende på om det handlar om krisstöd, motivation, insikt och bearbetning, stöd eller information (Socialstyrelsen, 2014). Kuratorerna på Kvinnokliniken använder oftast stödsamtal som behandlingsform och huvuddelen av sin arbetstid arbetar de med stödjande samtal. Isaksson et al. (2017) kom fram till samma sak att "...the main part of Swedish oncology social workers clinical function consists of psychosocial counseling and therapy for patients and next of kin, and this confirms previous Swedish studies concerning the role of hospital social workers in general" (Isaksson et al. 2017, s.609).

Vad är ett stödsamtal? Ljunggren skriver i sin bok "Stödsamtal och stödterapi" att ett stödsamtal är när "stödsamtalsledaren använder generella stödjande tekniker med hjälp av sina generiska samtalsfärdigheter utifrån bedömningar här och nu, hela tiden med ett professionellt förhållningssätt som grund (Ljunggren 2017 s.77)." Kuratorer använder stödjande tekniker såsom vårda och skydda alliansen, att ha en genuin relation, stötta och stärka patientens självkänsla och adaptiva jag-funktioner, fokusera på patientens styrkor, fokusera på här och nu, ge hopp, uppmuntra och berömma, var pedagogiska, normalisera, benämna och ändra perspektiv. I kuratorers generiska samtalsfärdigheter ingår: empati, självreflektion, lyhördhet, härbärgerande, nyfikenhet, aktivt lyssnande, allians, uppmärksamhet, acceptans, respekt, reflekterande, utforskande, öppet frågeställande, bekräftelse och spegling. Kuratorer behöver ha ett professionellt förhållningssätt som grund hela tiden. Professionellt förhållningssätt innebär att kuratorn har professionell autonomi och självständigt tänkande, är medveten om sin kompetens och sina

begränsningar, är neutral, opartisk, behandlar alla lika, har sekretess, respektera klientens integritet, autonomi och självbestämmande (Ljunggren 2017).

När människan drabbas av en kris, förlust eller allvarlig sjukdom, är det ofta som behovet att prata, resonera om existentiella frågor uppstår. Dessa kan bland annat vara: Hur ska jag förhålla mig till livet just nu? Vad är meningen med att jag har drabbats av detta just nu? Vad är meningen med livet, när jag förlorat mitt barn? Vad ska jag välja: att göra abort eller behålla och ge ett liv till barnet? Ingen annan kan svara på frågorna utan det är patienten själv som behöver hitta svar inom sig själv. Dessa frågor är viktiga att svara på för att våga och orka gå vidare i livet eller försonas med livets villkor. Den här typen av frågeställningar tillhör ett existentiellt samtal. Vad är ett existentiellt samtal? Professor Peter Strang (2013) citerade James Bugental "När krisen blir så kraftig att vi inte längre förmår skydda oss från tankar på döden, meningslösheten, skulden och den existentiella ensamheten – då handlar det primärt om en existentiell kris." I det existentiella samtalet berörs frågor om livet och död, dödsångest; frågor som handlar om meningen; funderingar om friheten och ansvar, skuld och hopp; tankar och känslor om relationer och ensamhet (existentiell ensamhet). Tidigare var människor mer troende och kunde hitta svar på svåra frågor i religionen eller i traditioner. Nutidens människor har sällan någon förankring till religionen som kan hjälpa att svara på svåra livsfrågor. En enskild människa behöver hitta sitt eget svar på existentiella frågor. Det kan vara svårt att hitta svar inom sig, det kan vara svårt att i sin omgivning hitta människor som kan och vill prata om existentiella frågor. Patienter vill och har ett stort behov av att prata om existentiella tankar, känslor och funderingar. Lisa Sand (2008) skriver i sin doktorsavhandling "Existential challenges and coping in palliative cancer care" att det finns ett stort behov både för patienter och närstående av att få tala om existentiella frågor, men det är svårt för omvårdnadspersonalen. Dödshotet blottlägger personalens upplevelser av bland annat existentiell ensamhet, vanmakt, maktlöshet och hjälplöshet. Isakssons et al. (2017) undersökning visade att patienter ville träffa kuratorer för att de hade behov av att reflektera över psykologiska existentiella frågor, mer praktiska vardagsfrågor och relationsfrågor (i fallande ordning). Resultaten från Lilliehorns et al. (2019) undersökning visade att patienterna bad om vägledning i sociallagstiftningsfrågor, ett "ankare" i en akut kris, att kuratorn var som en "container" av förtvivlan i olika faser av sjukdomsbanan och vägledning i strävan att "fortsätta som tidigare" eller att hitta det "nya normala".



Vad är viktigt i existentiella samtal? Att skapa en relation. Existentiell teori betonar vikten av relationen mellan patienten och hjälparen, att etablera en jag - du relationen (Semb 2018).

Relationen är grunden, utan relationen kan det vara svårt att möta patienternas behov och hjälpa dem. För att kuratorn ska kunna vara ett ”ankare” i en akut kris, och vara ”container” till alla känslor och vägleda, behöver en relation skapas. Relationen har potential att erbjuda patienterna en "säker tillflyktsort" att fästa vid när de är ansträngda (Lilliehorn et al. 2019). Lundvall et al. (2019) kom fram att unga kvinnor har en längtan efter att dela sina existentiella frågor med en pålitlig person, men samtidigt är de rädda för att avslöja sina existentiella frågor för att inte riskera att bli avvisade av andra. I mötet med andra människor är den levda erfarenheten, upplevelsen viktig för dialogen. I vården innebär det att patientens upplevelse ofta är lika viktig som medicinska fakta och att personalen hela tiden har att utgå från dem båda (Semb 2018).

Enligt den existentiella teorin är den viktigaste kvalifikationen hos en person som stöttar andra i en krissituation förmågan att vara närvarande. Det betyder inte endast närvarande i en fysisk bemärkelse utan också ett psykiskt närvarande på ett icke-krävande sätt. En sådan närvaro har ofta en stor lindrande och stärkande effekt (Jacobsen 2008). Att vara närvarande i ett existentiellt samtal är väsentligt och att vara helt fokuserad på den människa man har framför sig. Ett aktivt lyssnande innefattar olika nivåer: kognitiv, intellektuell, emotionell, känslomässig, kroppslig.

”Ett vanligt existentiellt samtal är att lyssna till livsberättelser som sammanfattar en människas liv” (Sand & Strang 2013, s.227). Varje människa är en unik berättelse som hen vill berätta. Kuratorn försöker hitta patientens subjektiva beskrivning över sin livssituation och om sitt liv. Kuratorn är inte en expert som tolkar eller förstår mer än patienten själv. Kuratorn är den som strävar efter att förstå. ”Denna förståelse av patienten blir en gemensam aktivitet som uppstår i mötet, med målet att hjälpa patienten att förstå sig själv” (Semb 2018, s.284). Andra egenskaper som är viktiga i det existentiella samtalet är att ställa öppna frågor, spegla, att vara lyhörd, ha empati, självreflektion, våga ”stanna kvar” – härbärgera det outhärdliga, bekräfta/validera, normalisera, vara öppen, ödmjuk inför patientens egen upplevelse, ett nyfiket utforskande, att ha god självkänedom, att ha professionell hållning i patientmötet (Sand & Strang 2013; Falk 2005; Kaiser & Semb 2018; Arlebrink 2012).

Vi kan se att det finns många likheter mellan stödsamtal och existentiella samtal, men det finns skillnader också. De existentiella samtalen är inte alltid lätta. En anledning är att det ofta inte finns

några svar på de frågor patienten ställer (Arlebrink 2012). Existentiella samtal kräver tid för att den hjälpsökande ska ges möjlighet för att hitta sitt eget svar och inte utgå från vad hjälparen tycker och tänker. Hjälparen "...har inte mer makt än den andre över de existensvillkor som kallas död, liv, förlust och skuld" (Falk 2005, s.18).

Yalom (1980) är känd som existentiell terapeut. Han identifierade fyra grundläggande existentiella fakta: död, frihet, ensamhet och meningslöshet. Existentiella givna uppgifter är fakta som inte kan "lösas" som problem, utan som följer med människor under deras liv (t.ex. död och ansvar). Sådana "givna" samtidigt som de ibland är störande, utmanande och provocerande, är grundläggande för vad det innebär att leva ett mänskligt liv (Yalom 1980). Hjälparen kan inte svara på frågorna: varför händer detta mig? Vad är meningen med livet, när jag har förlorat barnet? Vad ska jag välja: göra abort eller behålla och ge ett liv till barnet? Hjälparen kan endast hjälpa med sin närvaro, tid, uppmärksamhet och kontakten mellan dem, samt att "hjälpa" hitta ett eget svar till hjälpsökande.

Detta är den största utmaningen för de professionella eftersom existentiella frågor berör var och en av oss. Det finns inga undantag. Hen är bara en medmänniska som behöver möta samma existentiella frågor som patienten, kuratorn är "i samma båt" som patienten. Att vara "i samma båt" kan påverka de professionella på olika sätt. Det är en viktig fråga. Hur hanterar de professionella de existentiella frågorna i mötet med patienter? Forskningen visar att en del professionella påverkas på ett positivt sätt såsom att de uppskattar och omvärderar sina liv och inte längre klagat över trivialiteter (Strang et al. 2014). I annan vetenskaplig studie uttryckte deltagarna sitt behov att identifiera sina livsprioriteringar och mål, reflektera över sitt liv och söka efter meningen med lidande och död (Chan et al. 2016). Andra professionella påverkas på ett negativt sätt såsom att mötet med upplevelser av existentiell ensamhet väcker lätt maktlöshet och känslor av misslyckande hos palliativ personal (Sand 2008). Heidenreich et al. (2021) studie visar att terapeuter i träning "...feel helpless and insufficient when confronted not with "problems" that they can help to solve, but with "facts" that are existential aspects of life and that cannot be solved but just be confronted in a more or less useful way "(Heidenreich et al. 2021, s.226). Lundvall et al. (2019) studie visar att det är utmanande för vårdpersonal att inse sina egna gränser och inte vara rädda för att erkänna sina brister i samtalet. Utan självreflektion finns risken att tycka synd om patienten eller göra problemet till sitt eget.

Yalom (1980) anser att den existentiella attityden skulle kunna integreras i olika terapier, samtalsmetoder och detta skulle inkluderas i stödsamtal. Denna attityd handlar centralt om en medvetenhet om de grundläggande aspekterna av att leva och en känsla av att terapeuten i många avseenden finns "i samma båt" som patienten (Yalom 1980).

Om det finns tid, utrymme att reflektera över viktiga och svåra existentiella frågor, kan det vara som förebyggande mot möjliga olika komplikationer såsom t.ex. fördröjd sorg, meningslöshet som kan leda till depression. Samtal där existentiella problem uppmärksammas kan vara viktiga för att förebygga psykisk ohälsa i framtiden (Lundvall et al. 2019).

Eftersom hälso- och sjukvården behöver ta hänsyn till patienters existentiella behov och frågor, och att patienterna har ett behov av att prata om sina existentiella frågor är det mycket viktigt att kuratorer som arbetar inom hälso- och sjukvården kan svara på dessa behov. På grund av de existentiella frågornas relevans och omfattning för socialt arbete inom hälso- och sjukvården vill jag utforska hur kuratorer på kvinnokliniken förhåller sig till existentiella frågor i mötet med patienter.

## 1.2. Syfte och frågeställningar

Mitt syfte med studien är att undersöka hur kuratorer på kvinnokliniken förhåller sig till existentiella frågor i mötet med patienter.

För att uppfylla studiens syfte avser jag att undersöka och besvara följande frågeställningar:

1. Vilka förutsättningar behövs för att kuratorer ska kunna samtala med patienter om existentiella frågor?
2. Finns det hinder som stoppar eller försvårar möjligheter att prata om existentiella frågor?

## 2. Kunskapsläge

I avsnittet nedan redogör jag för relevant kunskap och tidigare forskning från vetenskapliga artiklar, doktorsavhandlingar, böcker om kurators uppdrag, det utmärkande med ett existentiellt samtal.

## 2.1. Kuratorns uppdrag

Isaksson et al. (2017) kom fram till att huvuddelen av kuratorernas kliniska funktion inom den svenska hälso-och sjukvården rörande onkologi består av psykosociala stödsamtal och terapi för patienter och anhöriga. Patienterna ville träffa kuratorerna för att de hade behov av att reflektera över psykologiska existentiella frågor, mer praktiska vardagsfrågor och relationsfrågor (i fallande ordning). Resultaten från Lilliehorns et al. (2019) undersökning visade att patienterna bad om vägledning i sociallagstiftningsfrågor, ett "ankare" i en akut kris, att kuratorn var som en "container" av förtvivlan i olika faser av sjukdomsbanan och vägledning i strävan att "fortsätta som tidigare" eller att hitta det "nya normala". För att kuratorn ska kunna vara ett "ankare" i en akut kris, vara "container" till alla känslor och vägleda, behöver en relation skapas. Relationen har potential att erbjuda patienterna en "säker tillflyktsort" att fästa vid när det är ansträngt.

Lilliehorn et al. (2021) fokuserade på för- och nackdelar med kuratorernas kliniska arbete inom hälso-och sjukvården rörande onkologi. En intressant slutsats i denna studie är att konfrontation med lidande, orättvisa och död upplevdes som betungande genom att framkalla känslor av hopplöshet och hjälplöshet, men paradoxalt nog också givande genom att väcka existentiella reflektioner från kuratorernas egen sida. Att dela med sig och ge något värdefullt till den som lider kan alltså vara kopplat till att ta emot tacksamhet men också att främja sin egen personliga utveckling. Det är viktigt att kuratorer inom hälso- och sjukvården reflekterar över orsaker till olika insatser och källor till deras motivation till vård. Professionellt stöd är därför viktigt genom olika typer av handledning, individuellt eller i grupp.

## 2.2. Kuratorns specifika kompetens - det existentiella samtalets specificitet

Som det har nämnts tidigare har stödsamtal och existentiella samtal många likheter men det finns också skillnader. Studierna nedan presenterar det som utmärker det existentiella samtalet.

Hill (2017) intervjuade 212 terapeuter från olika inriktningar i USA som har arbetat med meningen i livet i psykoterapi. Terapeuterna uppskattade att en tredjedel av deras klienter kämpade med

existentiella frågor som meningen med livet. Hill (2017) drog slutsatsen att terapeuterna i stort sett, förutom de humanistiska och existentiella terapeuterna, kände sig odugliga att arbeta med sina klienters sökande efter en mening. Dessa terapeuter hade inte bara känslan av att de inte hade varit utbildade för jobbet utan de hade också upplevelsen att deras klienters existentiella frågor framkallade ett personligt sökande efter en mening från deras sida. Terapeuterna som var äldre, hade mer erfarenhet och ansåg att de hade mer mening i sina egna liv och bedömde sig själva som mer kompetenta. Kompetensen i att arbeta med en mening i livet verkar alltså vara relaterad till mognad och att ha en känsla av att ens liv är meningsfullt, kanske på grund av att de djupt reflekterar över meningens frågor i sina egna liv.

Heidenreich et al. (2021) presenterade paneldiskussionens resultat från den 9-e världskongressen för kognitiv och beteendeterapier. Världskongressens tema var "KBT vid vägskäl" och paneldiskussionens tema var "KBT:s möten med existentiella frågor" samt vilka utmaningar KBT terapeuter under utbildning hade i detta möte.

Vilka utmaningar har KBT terapeuter under utbildning att prata med patienter om existentiella frågor? Heidenreich et al. (2021) kom i sin studie fram till att när terapeuter under utbildning konfronteras med "verkliga patienter" blir de ofta förvirrade på grund av de många problem som deras patienter måste ta itu med och som de vill få hjälp för. Speciellt intressant blir det när de träffar patienter som inte har "enkla" symtom eller störningar som kan kategoriseras enligt systemen för DSM-5 eller ICD-10 men som är kopplade till existentiella frågor såsom meningen med livet, död och döende, skuld, ansvar, isolering och frihet. Det som händer ganska ofta under handledningen är att terapeuterna i träning känner sig hjälplösa och otillräckliga när de inte konfronteras med "problem" som de kan hjälpa till att lösa, men med "fakta" som är existentiella aspekter av livet och som inte går att lösa utan bara konfronteras på ett mer eller mindre användbart sätt. Existentiella frågor är "vardagslivsfrågor" och därför ställs varje människa förr eller senare inför existentiella frågor (Heidenreich et al. 2021).

Heidenreich et al. (2021) frågade sig vad som behövs för att terapeuterna ska kunna hantera, möta existentiella frågor i mötet med patienter. Naturligtvis kommer dessa frågor inte alltid in i det terapeutiska rummet utan terapeuterna måste ändå alltid vara beredda att ta itu med (eller välkomna) sådana frågor. Därför behöver de inte vara rädda för alla frågor som kan uppstå i de närvarande existentiella omständigheterna som patienter kan uppvisa, och särskilt inte vara rädda

för att inte ha alla svar (om några) på de frågor som patienter kan kämpa med. Terapeuterna under utbildning behöver förbereda sig inför att de förr eller senare kommer att möta patienter som brottas med existentiella aspekter av livet som inte är en "psykisk störning" men kan behöva terapeutiskt stöd ändå. Det är viktigt att bjuda in terapeuterna att konfrontera sina egna existentiella frågor och reflektera över deras betydelse för sina egna liv. En terapeutisk relation till patienten är viktig med alla patienter, men speciellt till patienter med existentiella problem. Patienter är inte i första hand symtombärare utan människor som hanterar sina liv i alla deras ljusa och mörka sidor (Heidenreich et al. 2021).

Heidenreich et al. (2021) lyfte fram att när kuratorer pratar om existentiella frågor är det viktigt att inte glömma själva samtalsprocessen, hur och på vilket sätt vi pratar med patienten. Den metoden kallas fenomenologi. Fenomenologi är läran om det som visar sig, framträder och det är alltid subjekt som upplever, erfar, uppfattar. Hur visar sig fenomenet för mig? Fenomenologisk metod handlar om vikten att "vara med" på ett ovanligt utmanande och öppet sätt. Ibland vill terapeuter och patienter undvika dessa ämnen för att "utvecklingen" automatiskt överför både terapeuten och patienten till relativt osäkra grunder där det inte finns några enkla lösningar eller manuella tekniker. Mer relevant är förmågan att hålla sig stilla med den erfarenheten och inte hastigt föreslå en specificerad teknik som på något sätt ska hjälpa terapeuten att "ta tag i" och "hantera" existentiella problem. Det kan vara mycket enklare att "följa manualen". Tillvaron överstiger alltid vad som kan formuleras. Terapeuterna under utbildning fick göra existentiella-fenomenologiska övningar. Första övningen var att "bara lyssna" och lyssna på sig själva när de försökte lyssna på en annan. Den andra övningen var att terapeuterna kunde ställa frågor som underlättade klientens beskrivning av sina känslor. Terapeuterna kunde inte koppla känslor till kognitioner eller ge en problemlösning. Feedback under många år har avslöjat ett brett utbud av erfarenheter. Deltagarna tyckte att upplevelsen av att "bara lyssna" och "anpassa sig till kroppsliga känslor" är ångestframkallande, befriande, uppiggande, irriterande, informativ, terapeutisk och ett slöseri med tiden (Heidenreich et al. 2021).

Lundvall et al. (2019) gjorde en kvalitativ studie med personalen som arbetar inom primärvården om deras levda erfarenheter av samtal med unga vuxna som har existentiella frågor. Resultaten visade att sökningen efter innersta tankar krävde att man var närvarande. *Ett genuint lyssnande och närvaro* är avgörande för att bygga ett förtroende. Det är viktigt att personalen tar smärta,

huvudvärk eller utslag på allvar, låter unga människor prata och att de kroppsliga symtomen sedan genom samtalet avtar och existentiella bekymmer dyker upp. Samtidigt som personalen har makt som innebär att de kan vara öppna för att lyssna så kan de stänga av möjligheten för ett öppet, förtroendefullt samtal där existentiella frågor kan uttryckas. Sedan visade resultaten även att personalen upplevde *osäkerhet om det oförutsägbara*. För att vara öppen för det uttalade behöver hälso- och sjukvårdspersonalen kunna vara lugn och lyssna på historien till den utvecklas. Personalen behöver ha tålamod att stanna kvar i samtalet oavsett vad som uppstår. Känslor av otrygghet dyker upp när personalen ställs inför situationer där de kanske inte vet hur man ska hantera problemet. Vidare visade resultaten att *hälso- och sjukvårdspersonalens egna existentiella frågor om livet, döden och meningen med livet kan uppstå i dessa samtal*. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver ha självkänedom för att inte låta sina känslor styra samtalet. Utan självreflektion finns risken att tycka synd om den unge vuxna personen eller göra problemet till sitt eget. Personalen behöver utmana sig själva att hålla sig förankrade för att hålla ett sunt avstånd i samtalet och samtidigt säkerställa den närhet som krävs för att föra samtalet vidare. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver stöd för att orka hålla ut. Studiedeltagarna noterade att handledning och samtal med andra kollegor är viktiga typer av stöd. Dessa ger möjlighet att reflektera tillsammans för att öka självkänedom (Lundvall et al. 2019).

Strang et al. (2014) undersökte sjuksköterskornas reflektioner kring existentiella frågor i sin kommunikation med patienter nära döden. Denna kvalitativa studie visade att de viktigaste faktorerna i samtal med patienter nära döden var att *våga vara närvarande och bekräfta, att ha tid och inte försöka "lösa" alla existentiella problem*. Resultaten visade också att de flesta av de existentiella samtalen med patienterna gällde frågor om död och liv, sjukdomens mening, lidande, rädsla, förtvivlan och realistiskt och orealistiskt hopp, relationer med familjen och andra, ensamhet. Att *öppna upp samtal* var enligt de flesta sjuksköterskorna deras ansvar och underlätta samtal mellan patienter och anhöriga. För att göra det behövde sjuksköterskan skapa förtroende och vara öppen, tillgänglig och flexibel. Det var viktigt att följa patientens känslomässiga tillstånd och att inte tvinga fram ett samtal eller undvika det. Att *vara närvarande och tillmötesgående* var enligt sjuksköterskorna en genuin närvaro av största vikt under ett samtal av existentiell karaktär. Uttrycken som att "bara vara där", "inte överge patienten" och "fokusera på patienten" var väsentliga. Att vara tillmötesgående betyder att inte ingripa för snabbt, att presentera lösningar på varje problem eller påtvinga med goda råd. När en patient led av dödsångest var lösningen inte i

första hand att ge mer ångestdämpande medicin utan att våga stanna. Denna typ av en aktiv närvaro och stöd kräver fokus och engagemang. *Att vara känslig och bekräftande.* Sjuksköterskorna menade att när patienterna fick möjligheten att sätta ord på sina rädslor och frågor kunde samtalet hjälpa patienterna att hitta sina egna svar. En viktig aspekt var att bekräfta patientens känslor och erkänna patientens uppfattningar med hjälp av ord och tystnad (Strang et al. 2014).

Siebrecht (2022) påpekade i sin artikel att patienternas existentiella frågor kan vara överväldigande och framkalla ett existentiell sökande hos terapeuter och kuratorer. Den dominerande kulturen i det västerländska samhället är präglad av vanan att ingripa och att förändra situationer när problem uppstår. Ett annorlunda förhållningssätt behövs när det gäller existentiella frågor. Det är upplevelsen av empati som läker och inte en eller annan smart tolkning, handling eller intervention. Förmågan att vara närvarande, att resonera och att känna empati för klientens existentiella oro och att kommunicera har nyligen kallats existentiell empati. Existentiell empati öppnar möjligheten för klienten att uppleva och utforska sina existentiella problem i en trygg terapeutisk relation. Genom existentiell empati hjälper terapeuten klienten att vara med sina mest intima bekymmer som samtidigt är mänsklighetens djupaste kamp. Terapeuten hjälper klienten att stanna vid denna oro, att känna den helt och att hitta ord eller andra symboler som uttrycker hur klienten upplever sina existentiella kamper här-och-nu. När terapeuter eller kuratorer existentiellt empatiskt lyssnar och inte försöker undvika eller ”lösa” problemet, händer något i patientens värld. De hjälper patienten att uppleva/erfara sitt mänskliga tillstånd på ett annat sätt, även om mänskligt tillstånd som sådant inte har förändrats. Terapeuter och kuratorer behöver träna på detta sätt. Självrapporterade erfarenheter av praktikanter i slutet av deras existentiella psykoterapiutbildning visar att de känner sig mer bekväma med empati med sin klients existentiella lidande, samtidigt som de redan har blivit grundligt tränade i empati tidigare.

Siebrecht (2022) frågade sig vad som kan hjälpa terapeuter och kuratorer att stanna kvar och vara närvarande i det svåra existentiella samtalet? Att förstå vad som händer och med vilka existentiella teman klienten kämpar med kan vara det första steget för att inte gå helt vilse. Att utforska sina egna existentiella angelägenheter är förmodligen ett av det bästa sättet att grunda existentiell öppenhet mot den andre. Vi behöver vara grundade och förankrade i själva tillvaron. Att känna sig tillräckligt och säkert förankrad i livet kan vara en förutsättning för att möta patientens existentiella frågor. Existentiell nöd är ofta förknippad med olika former av frånkoppling, till exempel en förlust



av en mening, av relationer, av världs- och verklighetsantaganden. En odling av en djupare koppling till de fysiska, sociala, personliga och andliga dimensionerna av livet kan hjälpa till att hålla sig jordad. Kontakt med kollegor och att dela deras existentiella upplevelser efter terapiesessioner är till hjälp för att återknyta kontakten med sig själv och för att förstå dessa upplevelser. Det är inte endast kunskap om våra existentiella frågor utan också självkännedom och självreflektion kring ens egna existentiella frågor som är avgörande för att främja existentiell empati. Det skulle inte enbart hjälpa patienterna ta itu med deras existentiella frågor utan också hjälpa terapeuter att uppleva sitt arbete som meningsfullt och vårdande för själen.

Lisa Sand och Peter Strang (2013) gjorde seminarieriet ”Existentiella samtal i palliativ vård” med personal i palliativ vård och i demensvård. Seminarierna utvärderades och visade att deltagarna efter avslutad utbildning upplevde sig tryggare i samtal om existentiella frågor med både patienter och närstående. De tyckte dessutom att de fått en ökad förståelse för sina egna känslor och reaktioner.

Chan et al. (2016) undersökte socialarbetarnas existentiella och emotionella utmaningar samt copingstrategier. De arbetade inom palliativ vård. Den största existentiella utmaningen var en splittring av grundläggande antaganden om liv och död. Det innebär medvetenhet eller konfrontation om livets och dödens natur, avvikelser från gamla sina tankar om livet och döden och reaktioner av nöd och förvirring. Deltagarna fann att återuppbyggnad av antaganden om liv och död var en viktig existentiell copingstrategi. Deltagarna uttryckte sitt behov att identifiera sina livsprioriteringar och mål, reflektera över sitt liv och söka efter meningen med lidande och döden. Att leva ett meningsfullt liv är strävan för deltagarna att leva varje dag till fullo genom att minimera ånger, öka livets meningsfullhet, att vara uppmärksam på nuet, uppfylla ansvar och vara tacksam för vad de har.

De studier som beskrivits ovan utforskade det existentiella samtalet i psykoterapi och olika verksamheter i sjukvården. Jag har inte hittat någon studie som utforskade existentiella samtal med hälso- och sjukvårdskurator eller hälso- och sjukvårdskurator på kvinnokliniken. Som nämnts tidigare behöver hälso- och sjukvården ta hänsyn till patienters existentiella behov och frågor samt om patienter har ett behov av att prata om sina existentiella frågor. Det är viktigt att kuratorer som arbetar inom hälso- och sjukvården kan svara på dessa behov, och därför är det viktigt att undersöka om det finns förutsättningar eller hinder för kuratorer att svara på hälso- och

sjukvårdens och patienters behov. På grund av de existentiella frågornas relevans och omfattning för socialt arbete inom hälso- och sjukvården, anser jag att det finns en kunskapslucka inom detta område och vill därför undersöka mer utförligt hur kuratorer på kvinnokliniken förhåller sig till existentiella frågor i mötet med patienter.

### 3. Teoretiskt ramverk

I detta avsnitt presenteras en vald teoretisk ansats som grundar sig i existentiell teori, fenomenologi, klientcentrerad och narrativ teori i syfte att skapa en ökad förståelse kring studiens empiri. Alla teorier jag använder flätar samman och kompletterar varandra. Teorierna betonar erkännandet av mänsklig unicitet och utvidgningen av gränserna för ens subjektiva verklighet.

Som det nämnts tidigare använder kuratorerna på Kvinnokliniken oftast stödsamtal som behandlingsform och huvuddelen av deras arbetstid arbetar de med stödjande samtal. För att kunna utföra ett bra behandlingsarbete, bland annat att samtala med patienter om existentiella frågor, behöver kuratorerna ha kännedom om och kunna använda alla de olika teoribildningarna i sitt arbete.

I analysen av intervjumaterialet framgår att kuratorerna använder dessa teorier i sitt arbete även om de inte direkt namnger dem. Jag vill betona att dessa teorier är viktiga att ha kännedom om för att kunna samtala med patienter om existentiella frågor. Dessa teorier hjälper kuratorerna att föra samtal om existentiella frågor och att känna sig bekväma inför dessa samtal.

#### 3.1. Existentiell teori

Modern existentialism föddes under och efter andra världskriget. I huvuddelen av den filosofiska litteraturen om existentialism återkommer fyra teman: 1. betonar individuell frihet och mänsklig unikheter. 2. betonar det oundvikliga lidandet i ett mänskligt liv 3. betonar vikten av att vara här och nu som det mest genuina sättet att upptäcka sin identitet och vad livet handlar om. 4. känslan av engagemang som strävar efter att ha ett liv av både disciplin och spontanitet, av kontemplation och handling, av egolöshet och en framväxande omsorg om andra (Krill 2017). Soren Kierkegaard, Friedrich Nietzsche, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Paul Tillich är kända existentialister som har haft och fortfarande har inflyttande med sina tankar. Viktor Frankl utvecklade logoterapi som

är baserad på existentialism. Irvin Yalom är känd som existentiell terapeut. Han identifierade fyra grundläggande existentiella givener: döden, friheten, ensamheten och meningslösheten (Krill 2017).

### *Terapeutisk relation*

Enligt existentialisterna är det viktigaste första steget i samtalet ”att börja där patienten är”. Det är viktigt att förstå patientens unika världsbild. Den unika världsbilden består av de upplevelser, erfarenheter vi har haft med våra föräldrar och andra viktiga personer och de förväntningar vi har på dem. Det ingår också föreställningar om sig själv, både positiva och negativa bedömningar, och antaganden om sig själv och hur dessa påverkar hur man möter sina egna behov och hanterar sina frustrationer av behovstillfredsställelse (ibid.) Ett berömt talesätt av Kierkegaard kan citeras här: ”Om jag lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där. Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra” (Semb 2018, s. 304).

Inom alla terapeutiska möten är det viktigt att skapa en god terapeutisk relation till patienten, men det är särskilt viktigt i humanistisk och existentiell terapi. Relationen mellan terapeut och patient anses av de flesta existentialisterna vara den väsentliga ingrediensen i förändring. Carl Roger som anses vara grundare av klientcentrerad teori säger att terapeuten genom bekräftande och att vara lyhörd skapar en atmosfär av tillväxt (Rowe 2017). Existentialisterna ser inte på patienten som en person med många problem, komplex, försvar och dysfunktionellt beteende det vill säga egenskaper som behöver ”korrigeras”. Existentialisterna har inga recept för hur en patient ska leva. Existentialisterna har följande värden: människan har förmågan att välja fritt; varje människa har ett unikt perspektiv på livet och andra människor behöver respektera och värdera detta. Man behöver en öppen interaktion med sin omgivning för att förstå sig och andra bättre. Lidande är en oundviklig del av människans liv. Existentialisterna tror att människan kan utvecklas, lära känna sig själv bättre och bättre. Existentialisterna tror också att alla människor har förmågan att förändra sina liv (Krill 2017).

### *Förändringsprocessen*

Om du vill veta vem du är, titta på dina handlingar, ditt beteende och dina val. Existentialism är en filosofi med rötter i en personlig erfarenhet. Kierkegaards slogan "Subjektiviteten är sanningen" (Krill 2017, s. 178) säger om personens sätt att rota identitet i en personlig upplevelse - ens aktiv och unik reaktion i en situation. Det finns två komponenter som är nödvändiga i förändringsprocessen: den rationella och den upplevelsemässiga. De båda är viktiga för existentialisterna. Några exempel av aktiviteter som främjar självförståelse och känslframkallande upplevelser: (ibid.)

1. Terapeutens *inställning* till patienten kan vara som en validering av en annan viktig person som patienten aldrig har upplevt tidigare.
2. Terapeutens *empatiska färdigheter* kan hjälpa patienten att känna sig mer förstådd, sedd, bekräftad än i verkligheten med andra människor.
3. Terapeutens *öppenhet* om sig själv ger en inbjudan till patienten till den dialogiska upplevelsen. Det kan också erbjuda en upplevelse av en auktoritetsperson som är mänsklig och jämställd.
4. Teknikerna som är utformade för att *öka medvetenheten här och nu* är främst inriktade på den upplevelsemässiga komponenten av förändring.
5. *Hemuppgifter* för patienten att utföra utanför terapisessionerna ger nya beteendepoplevelser (ibid.)

### 3.2. Fenomenologi

För att förstå och behärska existentiella samtal räcker det inte med att kunna existentiella "ämnen". Det är viktigt att veta hur man leder ett existentiellt samtal. Fenomenologin hjälper oss att förstå "hur" samtalet leds. Termen fenomenologi kommer delvis från det grekiska ordet "phainomenon". "Phainomenon" betyder det som visar sig. Fenomenologi är läran om det som visar sig, framträder och det är alltid subjekt som upplever, erfar, uppfattar. Världen, som vi upplever den, är en fenomenal värld. Fenomenologins credo är att gå tillbaka till sakerna själva och hur fenomenet visar sig för mig (Spinelli 1989).

Som människor försöker vi förstå våra erfarenheter. De objekt som vi uppfattar (inklusive människor vi interagerar med, liksom vi själva) existerar på det sätt som de existerar, genom den mening som var och en av oss ger dem. Edmund Husserl utvecklade en fenomenologisk metod som hjälper att hitta kunskap om "sakerna själva" (Sander 1999). En fenomenologisk undersökning av något fenomen, t.ex. "rädslan att föda" skulle kunna involvera följande (Spinelli 1989):

1. Den fenomenologiska reduktionen. I första steget uppmantras terapeuten att *identifiera och bortse från förutfattade meningar, personliga fördomar eller teoretiskt baserade åsikter* angående arten av de fenomen som undersöks inklusive alla idéer om orsaksfaktorer. "Att vara öppen" på vår omedelbara upplevelse så att våra efterföljande tolkningar av den kan visa sig vara mer adekvata. I vissa avseenden är detta steg nära ett medvetet tillstånd av "att vara med vad som uppstår i medvetenhet när det presenterar sig själv". Det går inte att bortse från alla sina förutfattade meningar, men vi kan försöka göra vårt bästa (Spinelli 1989).

2. Beskrivningsregeln. Detta steg kan sammanfattas som "*beskriv, inte förklara.*" Vi uppmanas nu att inte sätta en annan typ av begränsning på vår erfarenhet genom att omedelbart försöka förklara eller förstå den i termer av de teorier eller hypoteser vi än tenderar mot. Patienten uppmanas att försöka beskriva upplevelsen. Hur upplevs det "att vara rädd för att föda"? Vad innebär det? Hur upplevs detta kroppsligt? osv. Återigen bör dessa beskrivningar vara så mycket fria från "förklarande hypoteser" som möjligt (ibid.)

3. Regeln om horisontalisering eller utjämningsregel. Denna regel uppmanar oss att betrakta alla upplevelser som meningsfulla och viktiga. Fenomenologierna uppmanar oss att behandla varje bit av en initial erfarenhet som om vi har fått uppgiften att lägga ihop något gigantiskt pussel utan förkunskaper om den bild det färdiga pusslet visar (Spinelli 1989).

### 3.3. Klientcentrerad teori

Carl Roger är grundaren av den klientcentrerade teorin som utformades på 1940-talet (Rowe 2017). Carl Rogers teori var influerad av existentialism, humanism och fenomenologi. Rogers humanism är relaterad till hans tro att människor i grunden vill självutvecklas, är framåtriktade och intresserade av att uppfylla sin grundläggande potential. Han antar att den grundläggande mänskliga naturen är positiv.

Fenomenologin handlar om individens uppfattningar när det gäller att bestämma verkligheten. Enligt Carl Rogers kan kunskap om dessa verklighetsuppfattningar hjälpa att förklara ett mänskligt beteende (Rowe 2017). En objektiv verklighet är mindre viktig än vår uppfattning av verkligheten, som är den huvudsakliga bestämningsfaktorn för vårt beteende.

#### *Nyckelbegrepp i klientcentrerad teori/terapi:*

1. Alla individer existerar i en ständigt föränderlig erfarenhetsvärld där de är i centrum.
2. Individer reagerar på sitt fenomenala fält (allt som individen upplever) när de upplever och uppfattar det. Denna uppfattning är en verklighet för individen. Individer kommer att reagera på verkligheten som de uppfattar den, snarare än som den kan uppfattas av andra.
3. Beteende är i grunden individens målinriktade försök att tillfredsställa sina behov som de upplevs och uppfattas inom sitt fenomenala område.
4. Den bästa utsiktspunkten för att förstå ett beteende är från individens interna referensram. Detta inkluderar: förnimmelser, uppfattningar, minnen. En empatisk förmåga hjälper de professionella att förstå patientens interna referensram (Rowe 2017).

#### *Terapeutens/socialarbetarens roll*

Carl Rogers skriver om de kärnvillkor som är nödvändiga och tillräckliga för ett positivt resultat i terapin:

1. Terapeuten är genuin och kongruent i relationen.
2. Terapeuten upplever en ovillkorlig positiv hänsyn till patienten.
3. Terapeuten upplever en empatisk förståelse för klientens interna referensram.
4. Patienten uppfattar ovanstående tre förhållanden åtminstone i en minimal grad (Rowe 2017).

### 3.4. Narrativ teori

Narrativ teori utvecklades under slutet av 1980-talet och blev framträdande på 1990-talet, särskilt inom familjeterapi och socialt arbete med individer, familjer och samhällen (Kelley & Smith 2017).

Målet med en narrativ behandling i socialarbetarnas arbete är att patienter först ska förstå och bredda och förändra sina berättelser och de ska sedan hjälpa patienter att bedöma och utmana de socio-/kulturella/politiska källor som har påverkat dem. Detta arbete kan innebära att hjälpa patienten att utmana den problemmättade dominerande berättelsen som den enda sanningen, och att hitta andra aspekter av hans liv som också kan vara sanna. Upptäckten av fler verkligheter och fler sanningar kan befria patienten från att se fler alternativ och vägar ut ur en återvändsgränd (Kelley & Smith 2017).

Narrativ teori består av två stadier: dekonstruktion och återuppbyggnad.

I dekonstruktionsstadiet lyssnar terapeuten på hur klienten beskriver sin relation till problemet och hjälper klienten att utveckla en "karta" över de olika sätt som problemberättelsen har haft inflytande på klientens upplevelse. Klienten utmanas att ifrågasätta vissa sanningar som accepterats av familjen och den större kulturen som har påverkat hans åsikter och hållit tillbaka dem. Externalisering av problemet är en nyckelidé i narrativ terapi. Syftet med denna externalisering är att skilja personen från problemet. När klienten kan separeras från problemet blir det mer hanterbart och problemet och inte personen blir målet för förändring (ibid.)

I återuppbyggnadsstadiet hittas andra sanningar som också är sanna. Det kan röra sig om sanningar som varit bortträngda för att de inte passade in i det dominerande temat.

Denna undertryckta kunskap tas fram genom att noggrant lyssna efter "unika resultat" eller "gnistrande händelser" när klienten berättar om sina historier. Patienten upptäcker i sig själv "nya egenskaper" som var undertryckta i sig själv, oanvända i livet. I återuppbyggnadsstadiet får klienten hjälp med att rekonstruera sina åsikter om verkligheten och inte genom att ersätta dem med en annan berättelse, utan genom att bredda och berika berättelsen genom att inkludera tidigare okända perspektiv. Det sista steget under återuppbyggnadsstadiet är "spridning av nyheterna". Problem och problemhistorier är inte bara "privata" utan existerar inom sociala och relationella

sammanhang. Efter att ha hittat alternativa synpunkter på sig själv och andra är det viktigt för människor att meddela andra om sina förändringar, att förstärka sin berättelse om en ny identitet (Kelley & Smith 2017).

### *Terapeutens/socialarbetarens roll*

Narrativ terapi betonar respekt, individualisering och ett kollegialt, klientcentrerat förhållningssätt. *Socialarbetarens roll är att lyssna, undra och ställa reflekterande frågor.* Reflekterande frågor hjälper klienten att på annat sätt se på en situation, analysera för alternativa betydelser och hitta andra aspekter i sitt liv, ofta med styrkor och coping som kan ha gått förlorade i överfokuseringen på problem. Frågor hjälper klienten att identifiera två distinkta "landskap" för sina berättelser: 1. handlingens landskap (vad har hänt, vem var där, var saker och ting verkar vara just nu). 2. identitetslandskapet (vad situationen säger om klienten, vilka betydelser kan antas, hur det stämmer överens med klientens föredragna åsikter eller avsikter) (ibid.)

Det är viktigt att patienten känner sig sedd, lyssnad, bekräftad, att terapeuten tror på patientens berättelse, är empatisk. Empatin är viktig för att utveckla förtroende, men också för att hjälpa terapeuten att förstå klientens verklighet mer fullständigt (Kelley & Smith 2017).

## 4. Metod

I detta avsnitt redogör jag för vald metod och tillvägagångssätt för studiens genomförande. Jag framför mitt urval, min arbetsprocess, bearbetning av material samt metodens förtjänster och begränsningar. Avslutningsvis presenterar jag mina forskningsetiska överväganden.

### 4.1. Kvalitativ metod

Uppsatsen baseras på en empirisk kvalitativ undersökning som utförts genom semistrukturerade intervjuer. Materialet har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Syftet med uppsatsen har varit att få fram kuratorernas erfarenheter, tankar och uppfattningar om samtal med patienter om existentiella frågor på kvinnokliniken. Metoden har alltså valts då den kan antas vara mest lämpad utifrån studien och dess problemformulering. Kvalitativ metod hjälper att visa verklighetens komplexitet och nyansrikedom (Alvehus 2023). Det existentiella samtalet är komplext och fullt av paradoxer, därför är det relevant att välja kvalitativ metod i den här studien.



Jag har valt den semistrukturerade intervjun som kvalitativ metod. En semistrukturerad intervju kan beskrivas som en flexibel intervjuprocess med inslag av vissa specifika teman där respondenterna har stor frihet i utformningen av sina svar. De förutbestämda teman eller frågor som finns behöver inte gås igenom i en särskild ordning även om detta vanligen är fallet. Likaså finns utrymme för tillägg av frågor om intervjuaren vill koppla till något som kommit upp under intervjun som varit av intresse eller dylikt (Bryman 2018). Intervjuaren måste vara mer aktiv i sitt lyssnande och i att arbeta med följdfrågor. Intervjuaren kommer med sina frågor att påverka intervjuans inriktning och påverka vad som sägs med sin blotta närvaro. Det är viktigt att vara uppmärksam på processen i intervjun (Alvehus 2023). I informationsbrevet (bilaga 1) har jag presenterat mina forskningsfrågor och förfrågan om att delta i studien. I intervjuguiden (bilaga 2) har jag skrivit öppna frågor som jag skulle vilja prata med kvinnoklinikens kuratorer i Region Skåne om. Motivet bakom valet av den semistrukturerade intervjun är antagandet att respondenternas åsikter och resonemang på ett bättre sätt kan identifieras och komma fram genom ett mer öppet och mindre styrt sammanhang, jämfört med en kvantitativ ansats i form av exempelvis enkäter.

## 4.2. Urval

Jag har intervjuat kuratorer som är yrkesverksamma på kvinnokliniken inom Region Skåne. Inledningsvis skickades informationsbrev ut med förfrågan om att delta i studien till alla kvinnoklinikens kuratorer och deras verksamhetschefer inom Region Skåne. Jag intervjuade alla kuratorer som svarade på min förfrågan och ville delta i studien. Urvalet bestod av sju kuratorer verksamma inom kvinnovården. Alla är kvinnor. Samtliga är anställda och verksamma som kuratorer. Alla respondenterna har socionomexamen. Sex av sju respondenter har vidare utbildning. En av sju har socialpedagogutbildning, två av sju har psykodynamisk steg 1 utbildning, två av sju har KBT steg 1 utbildning – samtidigt en av de är Leg. psykodynamisk terapeut. En av sju respondenterna har familjeterapi steg 1 utbildning. I genomsnitt har respondenterna 16 verksamma år inom hälso- och sjukvården där det totala intervallet sträcker sig mellan 5 och 36 yrkesverksamma år. Genomsnittsrespondentens ålder är 53,7 år, intervallet sträcker sig från 42 till 66 år. Urvalet har varit målinriktat. Jag gjorde mitt urval utifrån en önskan om att intervju personer som är relevanta för mina frågeställningar (Bryman 2018).

### 4.3. Litteratursökning

Vid sökning av material till mitt avsnitt "Kunskapsläge" har jag sökt vetenskapliga artiklar både nationellt och internationellt. Jag sökte efter artiklar via LUBsearch (Lund University Libraries) som är en söktjänst tillgänglig via Lunds Universitet bestående av tre olika ingångar vilka är: Discovery, Databases A-Z och ePublications som alla innehåller olika typer av resurser som exempelvis vetenskapliga tidskrifter, databaser och e-böcker. De svenska sökord jag använt är "socialt arbete", "hälso- och sjukvårdskurator", "existentiella frågor", "stödsamtal", "hälso- och sjukvård" i olika konstellationer. Engelska sökord har varit "social work", "counsellor", "counselling", "existential issues", "health care".

Jag har använt mig av LUBcat (Lunds Universitets bibliotekskatalog) och LUP (Lunds Universitets Publikationer). Vid sökning har artiklarna varit peer reviewed, vilket innebär att forskningen är kvalitetsgranskad och förväntas hålla en viss standard. Artiklarna har varit max. 10 år gamla. Ytterligare använd metod i sökningsprocessen av kunskapsläget har varit att se till referenser i redan funnen litteratur. Jag har i regel gått till originalkällan i aktuell litteratur i syfte att undvika eventuellt feltolkade sekundärkällor (Bryman 2018).

### 4.4. Genomförande

Samtliga intervjuer har genomförts, transkriberats och bearbetats. Sex av sju intervjuer genomfördes på respektive respondents arbetsplats. En av intervjuerna har genomförts via videosamtal genom programmet Zoom. Intervjuerna varade mellan 50 och 60minuter. Samtalen har spelats in via mobil eller dator för möjlighet till transkribering. Fördelen med att spela in samtalet är att det går att citera och återge intervjun ord för ord (Bryman 2018). Nackdelen med transkribering är att det är en tidskrävande process. De citat som slutligen plockats ut har omformulerats från talspråk där verbala uttryck som "eh", "liksom" har redigerats bort för att göra citatet lättare att förstå. Vissa citat har kommit att kortas ner men markerats med symbolen [...] på de ställen delar av citat plockats bort eller kortats ner.

## 4.5. Kvalitativ innehållsanalys

För att analysera min data, jag har använt en kvalitativ tematisk analys. Bryman (2018) föreslår fem steg vid tematisk analys. Nedan följer en sammanfattning av Brymans steg, kopplad till mitt eget konkreta tillvägagångssätt vid analys av intervjudata.

1. *Läs igenom det material som ska analyseras.* Jag har skrivit ut i pappersform alla intervjuer för att få en bättre överblick av materialet. Jag började med att läsa igenom intervjumaterialet flertalet gånger för att bekanta mig med innehållet. Jag har låtit processen ta sin tid och har vridit och vänt på materialet för att fånga in kärnan i det som sagts samt för att återge min empiri så rättsenligt som möjligt. Bearbetning av materialet har varit en levande process genom hela uppsatsskrivandet som har tagit nya vägar och former under tidens gång.

2. *Inled kodningen av materialet.* Kodningen innebär för mig att anteckna olika teman. På ett separat blad skrev jag ner nyckelord som respondenterna under intervjuerna sagt vilket jag anser var till stor hjälp inför analysen. Nyckelord kunde nämnas ordagrant, till exempel "viktigt att vara öppen". Men även nyckelord kunnat sagt indirekt, till exempel "försöker hjälpa patienten att se olika sidor och saker och ting". I detta exempel skrev jag ner nyckelord "utvidga den subjektiva verkligheten". Teorier och tidigare forskning var en mycket viktig referenspunkt vid val av nyckelord.

Efter att ha listat alla nyckelord följdes detta av en beräkning av hur många gånger samma nyckelord användes av andra respondenter. På så sätt klarnade huvudteman och underteman. Slutligen letades det efter likheter och skillnader i intervjuerna och det framgick en hög grad av samstämmighet bland respondenterna gällande teman/underteman. Teman och underteman illustrerades med urklipp av citat. Respondenterna benämns som respondent 1, 2, 3, 4, 5, 6 och 7 och varje utvalt citat kommer följas av "respondentsiffra".

3. *Utveckla koder till teman.* I det tredje steget sökte efter gemensamma element i koderna (teman).

4. *Bedöm dessa koder och teman av högre ordning.* I detta steg bedömde jag vilka teman som var viktigast. Det var viktigt att temana var kopplade till forskningsfrågorna. Sedan letade jag

efter underteman. Alvehus (2023) skriver att urvalet av material kommer att vara påverkat av frågeställningar och syfte. Det finns en risk att materialet reduceras för hårt, att motsägelser och paradoxer försvinner. Men samtidigt skriver Bryman (2018) att man måste göra sig kvitt en stor del av de innehållsrika data man samlat in. Jag försökte att missa inte de paradoxerna och markerade dem.

4a. *Sätt namn på teman och deras eventuella delteman.* Teoretiskt ramverk och tidigare forskning hjälpte mig att välja vilka teman och delteman som är viktiga och relevanta för analysen. Att sätta namn är inte en lätt uppgift, när namnen skulle fånga stora delar av data och ge goda insikter i materialet. Namnen kan ses som begrepp (Bryman 2018).

5. *Undersök tänkbara kopplingar och samband mellan begrepp och/eller hur begreppen varierar i termer av fallens egenskaper.* I detta steg försökte jag hitta nätverk av teman och underteman för att få en bild av sambanden.

6. *Notera insikterna från föregående steg för att få fram en narrativ om data.* Bryman (2018) skriver att de teman som framkommit inte är intressanta eller viktiga av egen kraft, utan man måste visa att de är intressanta och viktiga. Detta försökte jag göra i analysen, samtidigt kopplade jag mina teman till forskningsfrågorna och till de teorier och den tidigare forskning som har samband med forskningens fokus.

6. *Säkerställ att man kan försvara sina teman.* Det finns samband mellan olika teman som jag fått fram. Teman är kopplade till teorier samt forskningslitteraturen som jag lutar mig mot.

## 4.6. Metoddiskussion

Kvalitativ forskning blir ibland kritiserad utifrån att resultatet i för stor utsträckning bygger på det som forskaren uppfattar som viktigt att belysa och lyfta fram under processen. Det blir på så sätt väldigt svårt att replikera en kvalitativ undersökning då forskarens intressen kommer ha en inverkan på processen för datainsamlingen. Det insamlade materialet kan även komma att tolkas utifrån både medvetna och omedvetna faktorer som kan leda till en subjektivitet hos forskaren som i sin tur präglar det insamlade materialet.

Kvalitativ forskning är även svår att generalisera till följd av ett ofta litet och begränsat urval som är kopplat till en viss organisation eller miljö. Ett litet urval där respondenterna valts ut genom ett målstyrt urval kan inte kvalificera som representativa för en generalisering (Bryman 2018). I denna studie har sju kuratorer inom hälso- och sjukvården, verksamma inom somatisk vård och i huvudsak kvinnovård, intervjuats. Även om intervjuer ofta kan kännas autentiska och ibland blir närmast terapeutiska, behöver inte det innebära att de är uttryck för något som kommer till motsvarande uttryck i andra sammanhang (Alvehus 2023). Urvalet kan inte anses vara representativt för alla hälso- och sjukvårdskuratorer.

Hälso- och sjukvårdskuratorer som inte var intresserade av existentiella frågor kan ha bestämt sig för att inte delta i studien. Detsamma kan antas gälla kuratorer som känner sig inte bekväma med att prata om existentiella frågor. Det kan antas att de omedvetet eller medvetet valde bort att delta i studien.

#### 4.7. Tillförlitlighet

I syfte att kvalitetssäkra studien är det viktigt att reflektera kring studiens tillförlitlighet. Guba och Lincoln betonade att det finns mer än en beskrivning av den sociala verkligheten, därför behövs alternativa kriterier för bedömning av kvalitativa undersökningar, i jämförelse med kvantitativa. Tillförlitlighet kan delas upp i fyra delkriterier vilka är trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och möjlighet att styrka och konfirmera. Trovärdighet betyder intern validitet. Det är viktigt att säkerställa att den information som insamlats har uppfattats av forskaren på rätt sätt genom att validera det med respondenterna (Bryman 2018). Detta är något jag försökt göra i varje intervju genom att spegla, sammanfatta det respondenten sagt för att undvika eventuella missförstånd eller feltolkning. Kriteriet gällande överförbarhet handlar om studiens resultat kan överföras och få ett liknande resultat i en annan tid och kontext. Jag har strävat efter att undersöka ett djup snarare än en bredd, och har därför försökt återge den sociala verkligheten så detaljerat och innehållsrik som möjligt. Intervjufrågorna var med öppna frågor som hjälpte respondenterna att svara detaljerade, djupare. Pålitlighet handlar om att forskaren ska redogöra för samtliga faser av sin forskningsprocess för kollegor eller andra som kan bedöma kvaliteten på de val som gjorts. I mitt fall har min studie och process presenterats och diskuterats med min uppsatshandledare. Ett sista delkriterium är möjlighet att styrka och konfirmera som motsvarar

objektivitet. Jag har haft goda avsikter i arbetet med studien och förstår att det inte går att uppnå fullständig objektivitet på grund av den egna förförståelsen, erfarenheter samt medvetna och undermedvetna mekanismer. Jag har dock strävat efter objektivitet, öppenhet och transparens i återgivandet av empirin (Bryman 2018).

#### 4.8. Förförståelse

Jag genomfört min verksamhetsförlagda utbildning på en kvinnomottagning vid ett sjukhus i södra Sverige. Jag som hälso- och sjukvårdskuratorsstudent har haft förförståelse i början av min praktik att hälso- och sjukvårdskuratorer har många praktiska uppgifter att hjälpa patienterna med praktiska frågor. Jag har sedan följt min handledare i det dagliga arbetet som hälso- och sjukvårdskurator och har sett att arbetstiden i stor utsträckning består av stödsamtal. Jag har sett att kuratorn har ett stort handlingsutrymme och att det inte finns några ramar för hur många gånger en kurator kan träffa sina patienter.

Mitt intresse har varit att analysera både samtalets innehåll och process. Efter varje samtal som jag satt bredvid min handledare, och under samtalen jag fått hålla själv har jag visat på nyfikenhet. Jag blev även förvånad över samtalets djup och gränslöshet. Dessa samtal har gett mig möjligheter att utvecklas som samtalsledare, som person och i min blivande professionella roll som hälso- och sjukvårdskurator.

Det finns många olika faktorer som påverkar samtalet och samspelet mellan kuratorn och patienten. Jag hade inte så mycket förförståelse kring vilka utmaningar har kuratorer att prata om existentiella frågor. Jag var nyfiken och skulle vilja förstå mer om patienters existentiella frågor och hur man hanterar dessa frågor som hälso- och sjukvårdskurator.

Kvalitativ forskning är tolkande forskning. Tolkningen är starkt avhängig forskarens person och bakgrund. Tolkning i kvalitativ forskning bidrar till en mer generell förståelse av ett fenomen. Tolkningen blir därmed direkt knuten till teori och val av problem. Dessa sätter upp ramar inom vilket tolkningen kommer att röra sig och det innebär också att tolkningens kvalitet kommer att ha något att utvärderas mot (Alvehus 2023). Jag är medveten om att mina kunskaper, erfarenheter och förförståelse kommer påverka studien på olika sätt, framför allt i tolknings- och bearbetningsprocessen av det insamlade materialet.

## 4.9. Forskningsetiska överväganden

Jag har under forskningsprocessen gjort ett antal forskningsetiska överväganden och särskilt beaktat Vetenskapsrådets (2017) fyra forskningsetiska principer vilka är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Vad gäller samtyckeskravet har respondenterna fått information om studiens syfte, att deltagandet är frivilligt med rätten att när som helst avstå eller avbryta sin medverkan samt hur och när resultatet planeras vara färdigställt och publiceras. Samtliga kuratorsrespondenter har i studien aidentifierats för anonymitet och haft rätten att själv bestämma på vilka villkor som de deltar. I studien benämns varje respondent med en siffra som slumpmässigt tilldelats varje intervju. Inför varje intervju har även samtycke inhämtats gällande inspelning, som skett via telefon eller dator. Vidare har information getts till samtliga deltagande respondenter kring att de uppgifter som insamlats kommer hanteras konfidentiellt och kommer att vara otillgängligt för obehöriga. Även det insamlade materialet har behandlats med konfidentialitet. Endast uppsatsförfattaren har haft tillgång till det material som intervjuerna gett. Ljudfilerna har förvarats på intervjuarens personliga, låsta dator fram tills dess att transkriberingen var utförd och har därefter kasserats. Transkriptionen har analyserats och använts i uppsatsen för att sedan kasseras. Nyttjandekravet har beaktats då det insamlade materialet endast använts för målet, nämligen i denna uppsats.

## 5. Resultat och analys

I följande del redovisas resultat och analys från den empiriska studie som genomförts med hjälp av mitt teoretiska ramverk och tidigare forskning. Materialet består av sju semistrukturerade intervjuer med kuratorer som är verksamma inom den somatiska hälso- och sjukvården med inriktning mot kvinnosjukvård. Analysen är uppdelad i 2 huvudteman: 1. Viktiga aspekter i det existentiella samtalet och 2. Förutsättningar och hinder för det existentiella samtalet. Huvudtema 1 har tre underteman: 1. Att börja där patienten är, 2. Samspelets vikt och 3. Kontrollbehov kontra acceptans. Huvudtema 2 belyser vilka förutsättningar som behövs för att kuratorerna ska kunna samtala med patienter om existentiella frågor och vilka hinder som kan försvåra eller förhindra möjligheterna att prata med patienterna om existentiella frågor.

## 5.1. Viktiga aspekter i det existentiella samtalet

### 5.1.1. Att börja där patienten är

Respondenterna uppgav att de kan prata med patienterna om existentiella frågor. De är öppna för dessa frågor, om patienterna är redo för att prata om dem. Det är patienten som med kuratorn tar upp sitt problem eller bekymmer, t.ex. huruvida hen ska avbryta en graviditet eller inte. Detta framgår i svaren nedan från respondent 3 och 7.

*Om det finns en patient som inte är där, då måste det ligga på mitt ansvar att inte föra in något som patienten inte är redo att prata om (Respondent 3).*

*...vi ska följa patienten där patienten är. Det är en väldigt mycket kuratorsroll. Hitta den det är och gå med den i processen... (Respondent 7).*

Enligt existentialisterna är det viktigaste första steget i samtalet att börja där patienten är (Krill 2017). Det är viktigt att förstå patientens unika världsbild. Varje nytt möte är orofyllt. Patienten vet inte vilken kurator hen ska träffa om det är en ung, en äldre, mycket erfaren eller oerfaren. Kommer kuratorn att kunna förstå och hjälpa mig eller inte? Samma funderingar har kuratorn också. Kommer jag att kunna förstå och hjälpa patienten? Det finns alltså många olika personliga fördomar, förväntningar, rädslor och förhoppningar. Kunskap om fenomenologi och den fenomenologiska metoden kan hjälpa kuratorn. I början av mötet och på följande möten uppmuntras kuratorn att identifiera och lägga undan förutfattade meningar, personliga fördomar eller teoretiskt baserade åsikter så mycket som möjligt (Spinelli 1989).

I min studie genomsyrar den fenomenologiska metoden kuratorernas samtal. Respondenterna ställde sig frågor såsom: Hur visar sig fenomenet? Hur visar sig patientens problematik? Kuratorerna försöker att ha en förutsättningslös syn på patienten. De är öppna, närvarande, nyfikna och respektfulla för patientens inre värld. Närvarans betydelse betonas även i forskning (Lilliehorn et al. 2019; Lundvall et al. 2019; Strang et al. 2014; Siebrecht 2022). Att vara är en upplevelse. Att vara du kan bara här och nu (Fromm 2006). Att vara närvarande betyder att lyssna på olika nivåer: kognitiv, intellektuell, emotionell, känslomässig, kroppslig. Att lyssna på sig själv också: vad händer inom mig när jag lyssnar på patienten? Detsamma skriver Heidenreich et al. (2021) att



upplevelsen av att "bara lyssna" och "anpassa sig till kroppsliga känslor" kan vara ångestframkallande, befriande, uppiggande, irriterande, informativt, terapeutiskt och ett slöseri med tid.

Samtal är patientens berättelse till kuratorn. Empati är nyckeln till patientens fenomenologiska värld (hens subjektiva verklighet). Att känna in patientens värld, att försöka "uppleva" hens värld, att försöka förstå hur patienten uppfattar sin värld, är att "ta på sig patientens glasögon". Carl Rogers betonar att människans beteende beror på hens subjektiva verklighetsuppfattning (Rowe 2017). Ansträngningen att förstå patientens subjektiva verklighet hjälper kuratorn att möta patienten, att börja där patienten är. Kuratorn försöker förstå hur patienten förstår och berättar sin historia, sin upplevda verklighet, som egentligen är en subjektiv verklighet, hens verklighet. Patienten ser ofta enbart en sida av sitt liv, men det finns alltid fler sidor, fler val, fler möjligheter i livet som kuratorn kan vara behjälplig med att utforska. Kuratorn kan hjälpa med att utvidga patientens subjektiva verklighet eller att upptäcka fler verkligheter. Detta framkommer i följande citat från respondent 1 och 2.

*...jag försöker hjälpa patienten att se olika sidor och saker och ting, men det är fortfarande patienten som ska se olika sidor (Respondent 1).*

Patienten utmanas också att ifrågasätta vissa sanningar som accepterats av familjen och den större kulturen som har påverkat hens åsikter (Kelley & Smith 2017). Det görs genom utforskande frågor, t. ex.: om du kommer att välja att göra en abort, hur ska du kunna leva vidare? Vilka tankar, känslor, kroppsreaktioner kommer upp nu? Om du väljer att inte göra abort, vilka tankar kommer då? På detta sätt hjälper kuratorn patienten att utvidga hens verklighet.

Att börja där patienten är kan vara svårt och en flerskiktssuppgift. Som respondenterna uttryckte själva, är det inte en lätt uppgift att börja där patienten är.

*Det är viktigt att vara öppen. Det handlar hela tiden om att möta patienten där hen är och kanske se om det finns ett behov och det är verkligen inte lätt att plocka på som är inte uttalas i ord... (Respondent 1).*

*...att våga lyssna...vi stänger omedvetet av vissa frågor för att vi inte själva kan ta emot det (Respondent 2).*

*...om jag märker att det finns ett frö av sådana funderingar så tycker jag att det är väldigt viktigt att plocka upp det och höra patienten i det...man får ha lite fingertoppskänsla här. Att läsa av patienten lite. (Respondent 7).*

Det finns en risk att kuratorerna inte träffar patienten där hen befinner sig. Kuratorerna kan vara fyrkantiga med detta och om patienten inte uttalar sin problematik tydligt, stannar de där. Risken är att kuratorerna gömmer sig bakom kunskapen om olika teorier, kuratorsrollens ramar under påståendet att det är patienten som ger uppdraget och/eller kuratorn tycker synd om patienten. Vad patienten säger i början kan vara otillräckligt och kanske inte speglar patientens verkliga problem, som man verkligen sökte hjälp för. Detsamma visade resultaten från Lundvalls et al. (2019) kvalitativa studie, nämligen, att det är viktigt att personalen tar en vanlig smärta, huvudvärk eller utslag på allvar. Det är viktigt att kuratorerna låter unga människor prata och sedan avtar de kroppsliga symtomen genom samtalet och existentiella bekymmer dyker upp (Lundvall et al. 2019).

I vissa fall innebär "att börja där patienten är" att de behöver hänvisas vidare till annan hjälp. Olika tillfällen då kuratorn hänvisar vidare lyfts fram i citaten nedan av respondenterna 7, 4 och 2. Om kuratorerna träffar en patient som mår psykiskt dåligt och har mycket psykiska besvär att det kan leda till ett psykiatriskt tillstånd, remitteras sådana patienter till psykiatrin. I ett akut läge kan respondenterna följa med patienten till psykakuten.

*Om en patient uttrycker väldigt allvarliga suicidala tankar som skulle kunna leda till handlingar...då vill jag att vi tillsammans tar kontakt med psykakuten eller psykiatrin (Respondent 7).*

Om patienten har många religiösa frågor och funderingar, kan respondenterna hänvisa till präster eller trossamfund.

*...jag kan inte gå in i en diskussion som handlar om mer religiösa perspektiv (Respondent 4).*

Om en patient hamnar mycket i sitt förflutna och vill analysera sitt liv på ett djupare sätt, så kan respondenterna rekommendera en längre terapi och då behöver patienten vända sig till vårdcentralen.

*Om man märker att en patient har ett stort behov av att prata om tidigare upplevelser då rekommenderar vi ibland patienten att kanske då vända sig till vårdcentralen*

(Respondent 2).

Efter att kuratorn har träffat patienten där hen är, skapas ett möte. Falk (2005, s 20) formulerar detta som att ”mötet skapar en ny insikt och nya idéer...Det är förhållandet, som likt något tredje, vid sidan av dig och mig, har berikat oss båda.” Ett riktigt möte varifrån resan till nästa mål börjar. Då vi kan gå vidare till en annan viktig aspekt i det existentiella samtalet – det är vikten av samspelet.

### 5.1.2. Vikten av samspelet

De flesta av respondenterna betonade vikten att vara neutral i samtalet. Samtidigt underströk de också att det var omöjligt att vara neutral till 100%.

*Jag måste vara neutral...men jag tror att min erfarenhet, mina egna barn, mitt utseende oundvikligt påverkar lite, ...jag kan inte vara helt neutral* (Respondent 2).

*Även om det är patientens uppdrag är det jag som ändå styr med mina frågor... Det är hur man ställer frågor, om man även försöker ställa öppna frågor så är det jag som väljer vilka... Man är inte bara projektionsyta...vi visar upp oss själva också, så klart* (Respondent 5).

*Det är klart att jag aldrig är neutral till 100%. Jag har med mig nån form utav sån grundläggande människosyn och livssyn och den färgar av sig, så klart* (Respondent 7).

*...det hör till min yrkesroll att vara neutral, men inte avstängd* (Respondent 1).

Vad betyder egentligen att vara neutral? Är att vara neutral likvärdigt med att vara professionell? Det kan finnas en risk att kuratorn ”gömmer” sig bakom en mask av neutralitet/professionalitet, bakom yrkesrollens ramar och på så sätt medvetet eller omedvetet stänger av samtalet. Den motsatta risken är att kuratorn är för empatisk, tappar sig själv och låter sina känslor styra samtalet. Carl Roger betonar i sin klientcentrerade teori vikten av empati (Rowe 2017). Empatin hjälper att förstå patientens subjektiva verklighet. Men att känna för mycket empati kan leda till en emotionell stress. Det är viktigt att lära sig att kunna stå emot andras negativa känslor och behålla sin känsla

av att vara lugn, vänlig och trygg. Det är avgörande för att kuratorerna ska kunna vägleda personen i svåra situationer. Kuratorerna behöver öva sig att bilda en empatisk vägg: att vara mer medvetet närvarande, skapa en stark positiv känsla inom sig, visa empati och på så sätt skydda sig själv. Annars kan det bidra till att kuratorerna hamnar i försvar och reagerar med att ta över eller undviker samtalet (Hilmarsson 2018). Respondenterna inser denna paradox: försöket att vara neutral samtidigt som de inser att det är omöjligt att vara helt neutral.

I samtalet använder kuratorerna sig själva som ett verktyg. Kuratorerna är människor som med sin ålder, språk, bakgrund, kultur, åsikter, värderingar, erfarenhet som påverkar sättet att leda ett samtal. Kuratorerna kan välja att utforska en fråga mer än andra frågor. Det kan vara rätt och det kan vara fel också. Varför och hur kuratorn ”fångar upp” någonting i det som patienten uttrycker och ställer frågan – ”är det här du skulle vilja prata om detta mer?” Det kan vara omedvetet, men också medvetet att undvika svåra, obekväma frågor. Kuratorn kan hamna i en försvarsposition och börja ge råd, byta ämne, tar över eller undviker samtalet. Introspektion, självkännedom är en viktig egenskap i kuratorernas arbete. Lundvall et al. (2019) påpekade att personalen behöver utmana sig själva att hålla sig förankrade för att hålla ett sunt avstånd i samtalet och samtidigt säkerställa den närhet som krävs för att föra samtalet vidare.

Även narrativ teori betonar svårigheten att vara neutral eftersom vi som individer inte är skilda från samhället, sociala normer, regler, kultur och familj (Kelley & Smith 2017). Det finns alltid ett samspel mellan kuratorn och patienten. Alla utmaningar som kan uppstå i mötet med patienten handlar om ett mänskligt samspel. ”Hur öppen, närvarande, lyssnande kan jag vara som kurator? Hur förberedd är patienten inför detta möte, hur mycket kommer hen att kunna öppna upp och dela med sig av?” Det kan vara olika för varje patient. ”Hur mycket påverkas jag av patientens berättelse, hur mycket påverkar jag patienten genom mitt kroppsspråk, omedvetna?” Kuratorn är ingen robot, hen är en människa med sin egen historia. Därför är det nödvändigt att kuratorn har en bra självkännedom och en bra handledning för att så mycket som möjligt minska påverkan till patienten. Utan självreflektion finns det en risk att tycka synd om patienten eller göra problemet till sitt eget. Samspelet gör att både patienten och kuratorn kan och påverkar varandra med sina tankar, känslor, kroppsspråk, i synnerhet med existentiella frågor. Siebrecht (2022) lyfte fram att patienternas existentiella frågor kan vara överväldigande och framkalla en

existentiell sökande hos terapeuter och kuratorer. Andra studier bekräftade detsamma (Lundvall et al, 2019; Hill, 2017; Heidenreich et al. 2021).

### 5.1.3. Kontrollbehov kontra acceptans

De flesta av respondenterna nämnde ett återkommande tema i sina samtal med patienter, nämligen kontrollbehov. Exempel på detta kan ses i citaten från respondenterna 3, 7 och 1 nedan.

*...många kvinnor som vi möter har stora kontrollbehov...kontrollförlusten...ångest påminns, sömnlöshet...man kan behöva träffa någon som förstår människans existensliv...mina egna krav, samhällets krav och livets förutsättningar (Respondent 3).*

*...jag måste kanske hitta förhållningssätt och acceptans kring det tragiska som har hänt, det är bara att det tar tid... Vi har denna naiva föreställning. Det enda du kan kontrollera är hur du hanterar det som händer (Respondent 7).*

*Visst vet vi att livet inte är som vi planerar fast vi då och då kanske inte vill ta det till oss eller riktigt acceptera det (Respondent 1).*

Människor vill ha trygghet i sina liv, människor vill kontrollera sina liv. De försöker organisera livet till någonting tryggt, genom att låtsas att tillvaron är konkret, trygg och pålitlig. Människor handlar som om verkligheten vore handgriplig och kontrollerbar. Människor betar sig som om människor vore konstanta, stabila och oföränderliga. Om det skulle vara så, skulle det inte finnas plats för ångest och knappast för livet självt (Deurzen Van Emmy 1998). Det finns begränsningar i livet som vi inte kan undvika. till exempel vid ofrivillig barnlöshet eller cancersjukdom kan kvinnor uppleva att deras framtida drömmar och förväntningar kännas hotade och att de förlorat kontrollen över sin situation och sin framtid (Lalos 2014). Krisen skakar tillvarons trygghet, människan märker att hen inte har så mycket kontroll över sitt liv. Därför är det viktigt att ta reda på vad patienter kan förändra, acceptera vad de inte kan ändra och inse skillnaden.

Ångest och osäkerhet kan uppstå under själva samtalsprocessen. Kuratorerna kan ha kontrollbehov i själva samtalet. Kuratorerna vill känna trygghet i samtalet, på något sätt känner de sig att de kan ”hantera” samtalet, hjälpa patienten att ”lösa” problemet. Forskning visar att kuratorn/terapeuten inte kan kontrollera det existentiella samtalet, det går inte att hantera, eller

”lösa” de existentiella frågarna. Kuratorerna behöver lära sig att acceptera livets oförutsägbarhet, lära sig att stanna i det okända, reflektera över egna existentiella funderingar (Heidenreich et al. 2021; Lundvall et al. 2019; Strang et al. 2014; Siebrecht 2022).

## 5.2. Förutsättningar och hinder för existentiella samtal

Resultaten visade 3 olika typer av hinder som stoppar eller försvårar möjligheten att prata om existentiella frågor: hinder hos organisationen, hinder hos patienten och hinder hos kuratorn själv.

Resultaten från den empiriska studien visade att det inte fanns hinder från organisationens sida. Ingen av de 7 respondenterna nämnde något organisatoriskt hinder som hindrade dem att prata om existentiella frågor med patienterna. Samtidigt uppgav respondenterna att cheferna inte var särskilt involverade i deras arbete. Cheferna var dessutom oftast inte kuratorer, utan hade annan utbildnings- och yrkesbakgrund. Kuratorerna upplevde att de har frihet, men samtidigt lite stöd.

*Min åsikt är att jag har haft många chefer, de räknar bara med att vi gör vårt jobb (Respondent 2).*

*Jag tror att de inte riktigt vet vad vi gör, vi försöker berätta. Och inte att de är dumma utan för att de håller på med annat, de är i en annan värld...vi är väldigt fria i sin roll (Respondent 5).*

*Det kan ses som negativt, på arbetsplats har vi rätt stort handlingsutrymme och ganska liten kontroll vad vi gör under samtal...Jag tror inte att min chef har väldigt mycket tankar kring det...min chef är sjukgymnast, lite stöd och mycket frihet (Respondent 6).*

Den friheten kan tolkas som möjligheter för ett förutsättningslöst fokus på patienterna och ett större handlingsutrymme. Men samtidigt kan detta tolkas som utanförskap och risk för utbytbarhet med till exempel sjukhuspräster och sjuksköterskor som också kan samtala med patienterna. Hälso- och sjukvårdskuratorerna är de enda samhällsvetarna inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Att vara den enda yrkesgruppen som har en social kunskapsbas att utgå från kan förstärka utanförskapskänslan. Att ha en chef som också är kurator och alltså har det

sociala perspektivet skulle kanske hjälpa kuratorerna att känna sig mer synliga, hörbara, uppskattade i sitt arbete. Kuratorerna behöver känna och höra att de är viktiga, behövs i sitt arbete.

Respondenterna hade olika tankar om hinder hos patienten. Patienterna intervjuades inte, det är endast respondenternas tankar. Exempel på detta kan ses i citaten från respondenterna 3, 6 och 7 nedan.

*...patienten är inte redo att prata eller vill inte (Respondent 3).*

*Även om vi öppna upp oss till samtal så det kan vara hos patienter olika hinder (Respondent 6).*

*Vissa om de lever i en destruktiv relation så blev nästan tankekontroll till sist att de vågar knappt tänker självständigt alls (Respondent 7).*

Som det nämndes tidigare är det viktigt att kuratorn aldrig glömmer att börja där patienten är.

Respondenterna uppgav att de är bekväma att prata med patienterna om existentiella frågor. Samtidigt finns alltid någon slags hinder hos sig själv.

*Hinder kan alltid överkomna, kan lyftas bort, man kan lära sig någonting utav dem. För de finns hela tiden...eller jag märker inte dem (Respondent 5).*

*...om man har egna rädslor (Respondent 2).*

*Hinder kan vara om jag själv känner inte bekvämt att prata om de frågorna (Respondent 3).*

Forskning har visat att professionella i psykoterapi och olika verksamheter i sjukvården kan möta olika hinder att prata om existentiella frågor med patienter. Hinder uppstår om de professionella inte har resonerat och reflekterat över egna existentiella frågor (Heidenreich et al. 2021; Lundvall et al. 2019; Siebrecht 2022), inte har haft erfarenhet av att prata om existentiella frågor med patienterna (Hill 2017), inte har haft erfarenhet av att leda ett existentiellt-fenomenologiskt samtal (Heidenreich et al. 2021).

Min studies resultat visade att intresse, reflektion över egna existentiella frågor, erfarenhet av arbete, självkännedom och handledning är *förutsättningar* för att kuratorerna ska kunna samtala

med patienter om existentiella frågor. Vad gäller *intresse* för existentiella frågor uttryckte respondenterna sig så här:

*...existentiella frågor har alltid legat mig varm on hjärtat (Respondent 3).*

*Jag tycker att det är kul, intressant, får veta väldigt mycket om både om andra människors bakgrund, tankar och vad som är viktigt för olika människor i livet...det är en läggning vad man tycker är intressant (Respondent 5).*

*Jag har ett stort intresse för de här samtalen om existentiella frågor (Respondent 6).*

Intresse för existentiella frågor hjälper kuratorn att vara mer öppen närvarande i samtal med patienten. Även forskning betonade att utforska sina egna existentiella frågor är ett av de bästa sätten att grunda existentiell öppenhet mot den andre (Hill 2017; Siebrecht 2022). Deurzen (1998, s 65) formulerar detta som att ”Att tillsammans med klienter gå in i en existentiell undersökning betyder att man tillsammans med dem tänker igenom alla de frågor som är viktiga för dem”.

*Självkänedom* är en annan viktig del i kuratorns arbete som hjälper att känna sig bekvämt i samtal om existentiella frågor.

*Att lära känna mig själv i de existentiella frågorna...vi två människor som möts och där använder jag mig som verktyg, har inget annat verktyg (Respondent 3).*

*Du kan aldrig möta människor som funderar och reflekterar kring väldigt svåra och stora saker om du aldrig reflekterar och funderar kring dem själv (Respondent 7).*

Självkänedom är en viktig färdighet i kuratorns arbete, därför att en kurator använder sig själv som ett verktyg. För att förstå sina inre hinder att prata om existentiella frågor är det viktigt att ha bra självkänedom. Självkänedom hjälper att förstå sina hinder, begränsningar och sina starka sidor också. Det finns inga gränser för att man skulle vara färdig med sin självkänedom. Människan kan utveckla sin självkänedom hela tiden: att förstå sitt beteende, tankar, känslor, sitt beteende gentemot andra människor osv. Varje ny person, patient avslöjar någon del av oss som vi kanske inte känner ännu. Hinder hos oss finns hela tiden, bara att vi inte lägger märke till alla och kanske är det omöjligt att förstå dem alla. Det finns inga gränser för självutveckling och självkänedom.



Samtliga respondenter har *handledning* i sitt arbete, vilket de uttrycker att de uppskattar. Handledningen ses som ett viktigt inslag för att utveckla självkänedom.

*Handledning är väldigt viktigt. Att gå egen terapi tror jag att det är väldigt viktigt om man ska hjälpa människor (Respondent 3).*

*Handledning är en väldigt viktig sak för där får du höra själv, hur du funderat, hur du tänkt...man får verkligen vända och vrida på det...handledningen är nödvändig i vårt arbete, tycker jag (Respondent 2).*

*Vi har haft handledning i många år. Handledningen hjälper mig att kunna möta, att kunna hjälpa patienten på bästa sätt (Respondent 4).*

*Erfarenhet* av kurators arbete hjälper respondenterna att känna sig mer bekväma i samtal om existentiella frågor. Som jag har nämnt i metod delen har respondenterna en lång erfarenhet av att arbeta som hälso- och sjukvårdskuratorer.

*Ju mer man har jobbat, ju mer blir man bekväm i sin yrkesroll (Respondent 3).*

*Jag har jobbat mycket, i psykiatrin har jag mött många personer som har funderat på allvar att de inte vill leva längre. Jag har erfarenhet från psykiatrin, mitt eget liv (Respondent 7).*

*...erfarenheten under åren har gjort att man inte känner sig rädd för vissa saker...jag har blivit mer tydlig med mina frågor att leda människor att prata både om livet och döden...jag ser på det mer naturligt, att det inte är något som är skrämmande (Respondent 2).*

*Jag kan se att mina samtal blivit mer och mer utforskande ju mer bekväm jag har blivit. Det kan säkert hänga ihop. Patienter lägger märke till om kuratorn inte känner sig bekväm. Jag tror att det är svårt att låtsas (Respondent 6).*

## 6. Slutdiskussion

Människan är en komplex varelse. Det finns ingen gräns för vidareutveckling. Det går heller inte att förstå människan fullt ut. För att kunna förstå människan är det viktigt att vara nyfiken, att intressera sig för människans inre värld, både för sin egen och för de andras. Kuratorerna kan hjälpa patienten förstå sig själv bättre, kan spegla hens inre värld, tankar, känslor, kroppsspråk och utvidga den subjektiva verkligheten. Självkänedom är ett måste för kuratorn.Handledning hjälper kuratorerna att förbli professionella i sitt arbete.

Kuratorerna visade i sina intervjusvar att de är intresserade av människor, nyfikna på människans inre värld, nyfikna på sin egen inre värld, och har god självkänedom. Kuratorerna i sitt arbete använder kunskap av narrativ teori, klientcentrerad teori, existentiell teori och fenomenologi. De teorierna är invävda i deras arbete. Dessa teorier är kuratorernas tysta kunskap. Min studie bidrar till att kuratorerna fick artikulera kunskapen om existentiella frågor hos den här yrkeskategorin. Det framkommer i kuratorernas intervjusvar att det finns möjligheter och utrymme för patienter att ta upp svåra existentiella frågor med kuratorerna. En sak som kan ha påverkat resultaten är att jag enbart träffat några erfarna kuratorer. När jag letade efter respondenter som kunde delta i min studie, var det svårt att hitta kuratorer som ville delta i studien. Jag fick några svar från kuratorer som var ganska nya i sin yrkesroll, att de inte ville delta pga. att de inte hade tillräckligt med erfarenhet. Det verkade som att existentiella frågor ”tillhör” de erfarna kuratorerna. Men det borde inte vara så. Som en av respondenterna har sagt: *existentiella frågor behöver tillmätas betydelse, både för oss som kuratorer, behandlare som möter människor och för de människor som vi möter* (Respondent 7).

Min studie ger en bild av kuratorernas erfarenheter av att samtala om existentiella frågor vid kvinnokliniken. Studien bidrar även med kunskap om vilka förutsättningar som behövs för att kunna samtala om existentiella frågor med patienterna i socialt arbete inom hälso- och sjukvården. Min studie bidrar till kunskap om vilka aspekter som är viktiga i det existentiella samtalet i socialt arbete inom hälso- och sjukvården. Undersökningen bidrar till kunskap om att existentiellt samtal har likheter med stödsamtal samtidigt att det finns skillnader mellan de och vad de är.

Resultat visade att börja där patienten är kan vara svårt och en flerskiktssuppgift. För att börja där patienten verkligen är behöver kuratorerna kunskapen, erfarenhet och självkänedom.

En annan viktig aspekt som resultat visade var att de flesta av respondenterna betonade vikten att vara neutral i samtalet. Samtidigt underströk de också att det var omöjligt att vara neutral till 100%.

Ytterligare en aspekt som kom fram ur studiens resultat var kontrollbehov. Människor vill kontrollera livet. Alla vill ha kontroll över sitt liv, speciellt i västerländska länder, men när människan förlorar sin kontroll då inser att de har egentligen lite kontroll över sitt liv. Falk (2005) påpekade att osäkerheten om världen, livet och döden och den existentiella delen av ångesten består. Denna existentiella ångest är inte en sjukdom och det finns inte någon behandling som hjälper mot den. Den kan inte heller tröstas bort. Den existentiella ångesten är tvärtom en form av hälsa: den är ett tecken på att man har upptäckt hur osäkert och okontrollerbart livet egentligen är (Falk 2005).

Krill (2017) menade att det existentiella tillvägagångssättet uppfyller två stora behov hos ett modernt socialt arbete. För det första är det enda sociala arbetssättet som betonar värdefrågor relaterade till klientens problem. Med den ökningen av alienation och anonymitet kan socialt arbete kräva metoder för att svara på värdefrågor. För det andra, betoningen på de mänskliga ingredienserna i den terapeutiska relationen, tillsammans med en "ateoretisk" förståelse av klienten som person, resulterar i ett återställande av humanitär hjälp. Självmedvetna arbetare kan uppskatta alla klienter som mer lika dem själva och mindre som objekt för diagnostisk kategorisering och manipulation (Krill 2017).

Det skulle vara intressant, användbart och viktigt för framtidens forskning att göra en undersökning med nybörjarkuratorer för att se hur de förhåller sig till existentiella samtal med patienter och vilka utmaningar de har.

För att nyutbildade kuratorer ska känna sig mer bekväma med att leda samtal om existentiella frågor, behövs mer utbildning och träning inom det existentiellt-fenomenologiska förhållningssättet. Föreläsningar om existentiella teman skulle vara hjälpsamma för kuratorer. Träning inom det existentiellt-fenomenologiska förhållningssättet skulle hjälpa dem att känna sig mer bekväma med själva processen att leda det existentiella samtalet. Reflektionsgrupper för

kuratorerna skulle vara hjälpsamt för att kunna reflektera över egna existentiella frågor.

Forskning visar att reflektion över egna existentiella frågor lättare hjälper de professionella att lyssna aktivt samt vara närvarande med patienter som har existentiella frågor.

Reflektionsgrupper över existentiella frågor skulle också vara bra för patienterna, i synnerhet för patienter med cancer och som har haft intrauterin fosterdöd (som har förlorat barn i magen) som har många existentiella tankar.

## 7. Referenslista

Abortlag (1974:595). [https://www.jpinfo.net.se/JP-Sjukvardsnet/Rattskallor/Lagar-och-regler/gallande-lagar-och-regler/Halso--och-sjukvardsomraden/Graviditet-och-modravard/Abort-och-fodelsekontroll/Lagar-och-forordningar/d\\_1420-strongabortlag-1974\\_595strong?search=abortlag%201974:595](https://www.jpinfo.net.se/JP-Sjukvardsnet/Rattskallor/Lagar-och-regler/gallande-lagar-och-regler/Halso--och-sjukvardsomraden/Graviditet-och-modravard/Abort-och-fodelsekontroll/Lagar-och-forordningar/d_1420-strongabortlag-1974_595strong?search=abortlag%201974:595). Hämtat: 2021-10-14

Alvehus, J. (2023). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. Liber AB.

Arlebrink, J. (2012). *Existentiella frågor - inom vård och omsorg*. Studentlitteratur.

Björklund, L. (2016). *Modet att ingenting göra*. Libris.

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber.

Chan, W. C., Fong, A., Wong, K. L. Y., Tse, D. M. W., Lau, K. S. & Chan, L. N. (2016). Impact of Death Work on Self: Existential and Emotional Challenges and Coping of Palliative Care Professionals. *Health & Social Work*, (41)1, s. 33–41.

Danemark, B. (2005). *Samverkan – himmel eller helvete?* Gleerups Utbildning AB.

Deurzen, V. E. (1998). *Det existentiella samtalet*. Natur & Kultur.

Falk, B. (2005). *Att vara där du är: samtal med människor i kris*. Verbum.

Frankl, V. (2006). *Livet måste ha mening*. Natur & Kultur.

Frankl, V. (1990). *Psykiatern och Själen. Logoterapins och existensanalysens grunder*. Natur & Kultur.

Fromm, E. (2006). *Att ha eller att vara?* Natur & Kultur.

Heidenreich, Th., Noyon, A., Worrell, M. & Menzies, R. (2021). Existential Approaches and Cognitive Behavior Therapy: Challenges and Potential. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14, s. 209–234.

Hill C.E. (2017). Therapists' perspectives about working with meaning in life in psychotherapy: A survey. *Counselling Psychology Quarterly*, 30(4), s. 373–391.

Hilmarsson, H. T. (2018). *Empati: nyckeln till samarbete i professionella samtal*. Studentlitteratur.

Hälsoskattning (2021). [halsoskattning\\_v3.pdf \(cancercentrum.se\)](#). Hämtat: 2023-01-09.

Isaksson, J., Lilliehorn, S. & Salander, P. (2017). A nationwide study of Swedish oncology social workers: Characteristics, clinical functions, and perceived barriers to optimal functioning. *Social Work in Health Care*, 56(7), s. 600-614.

Jacobsen, B. (2008). *Existensens psykologi*. Natur & Kultur.

Kaiser, N. & Semb, O. (2018). Samtalsmetodik. I: Kaiser, N. & Lundberg, M. (red.) *Psykologi för vårdprofessioner*. Natur & Kultur.

Kelley, P. & Smith, M. (2017). Narrative Theory and Social Work Treatment. I: Turner, F. J. *Social work treatment*. Oxford University Press.

Krill, D. (2017). Existential Social Work. I: Turner, F. J. *Social work treatment*. Oxford University Press.

Lalos, A. (2014). Socialt arbete och reproduktiv hälsa. I: Blom, B.(red.), Lalos, A.(red.), Morén, S. (red.) & Olsson, M. (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. Natur & Kultur.

Lilliehorn, S., Isaksson, J. & Salander, P. (2019). What does an oncology social worker deal with in patient consultations? - An empirical study. *Social Work in Health Care*, 58(5), s. 494–508.

Lilliehorn, S., Isaksson, J. & Salander, P. (2021). Two sides of the same coin – Oncology social workers' experiences of their working life and its pros and cons. *Nordic Social Work Research*, DOI: 10.1080/2156857X.2021.1958907.

Ljunggren, I. (2017). *Stödsamtal och stödterapi*. Studentlitteratur.

Lundvall, M., Lindberg, E., Hörberg, U., Carlsson, G. & Palmé, L. (2019). Lost in an unknown terrain: a phenomenological contribution to the understanding of existential concerns as

experienced by young women in Sweden. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14, s. 1-11.

Lundvall, M., Lindberg, E., Hörberg, U., Palmer, L. & Carlsson, G. (2019). Healthcare professionals' lived experiences of conversations with young adults expressing existential concerns. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, s. 136–143.

Rowe, W. S. (2017). Client-Centered Theory and the Person-Centered Approach: Values Based, Evidence-Supported. I: Turner, F. J. *Social work treatment*. Oxford University Press.

Sand, L. & Strang, P. (2013). *När döden utmanar livet: om existentiell kris och coping i palliativ vård*. Natur & Kultur.

Sand, L. (2008). *Existential challenges and coping in palliative cancer care*. Akademisk avhandling. Karolinska Institutet.

Semb, O. (2018). Existentiell psykologi – mening och frihet. I: Kaiser, N. & Lundberg, M. (red.) *Psykologi för vårdprofessioner*. Natur & Kultur.

Siebrecht, V. (2022). Existential Empathy: The Challenge of 'Being' in Therapy and Counseling. *Religions* 13(752): s. 1-11.

Spinelli, E. (1989). *The Interpreted world: an introduction to phenomenological psychology*. Newbury Park, SAGE Publications.



Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M. & Melin-Johansson, Ch. (2014). Communication about existential issues with patients close to death—nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23, s. 562–568.

Strang, S. & Strang, P. (2002). Questions posed to hospital chaplains by palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine*, (5)6, s. 857–864.

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningsed*. Vetenskapsrådet.

Wigert, H., Nilsson, Ch., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M. & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15, s. 1-17.

Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

## 8. Bilaga 1

**Vi vill fråga dig som jobbar som kurator inom Region Skåne på kvinnokliniken om du kan tänka dig att delta i en studie som tittar på förhållningssättet kring patienters eventuella existentiella frågeställningar. Nedan följer en beskrivning av vad det innebär att delta i studien**

*Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.*

### **Vad innebär det att delta?**

Kuratorer inom hälso- och sjukvården träffar människor med olika svårigheter, sjukdomar, motgångar. Existentiella frågor berörs ofta i det reproduktiva ohälsans sammanhanget. När livet är som den ska vara eller vi lever livet som vi vill lever, vi tänker inte så mycket om existentiella frågor. Relevansen av existentiella frågor blir uppenbar när en olycka inträffar, när en kris inträffar, när man hamnar i en gränssituation. Det är viktigt att kuratorer som jobbar på kvinnokliniken har kompetens att hantera existentiella frågor i mötet med patienter.

Det vill säga syftet med studien är att undersöka hur kuratorer på kvinnokliniken förhåller sig till existentiella frågor i mötet med patienter. Känner ni sig som kuratorer själva bekväma att prata om existentiella frågor? Finns hinder som stoppar eller försvårar möjligheter att prata om existentiella frågor? Hur märker kuratorer patientens behov att prata om existentiella frågor? Finns behov/möjligheter att vidare utbilda sig inom existentiella frågor? Finns behov/möjligheter att samverka med sjukhuspräst angående existentiella frågor?

### **Metod**

Studien är en empirisk kvalitativ undersökning som utförs genom semistrukturerade intervjuer.

Intervjun tar ca 45–60 minuter.

Resultatet av arbetet kommer att presenteras i form av en magisteruppsats och presentationen sker på Campus Helsingborg, Lunds universitet samt på min praktikplats.

## **Hantering av data och konfidentialitet**

Deltagandet är anonymt. Det insamlade materialet kommer att analyseras och redovisas utan att en enskild individ kan identifieras. Endast uppsatsförfattaren och hennes handledare kommer ha tillgång till det material som intervjuerna ger. Ljudfilerna kommer att förvaras på uppsatsförfattarens personliga telefon tills att transkriberingen är gjort. Sedan filerna ska kastas bort. Transkriptionen kommer att analyseras och användas i uppsatsen och sedan kastas bort också.

***Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.***

*Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.*

Helsingborg 09 mars 2022

Student

Giedre Zideckiene

[giedre.zideckiene.1706@student.lu.se](mailto:giedre.zideckiene.1706@student.lu.se)

Handledare

Helena Hansson

[Helena.hansson@soch.lu.se](mailto:Helena.hansson@soch.lu.se)

## 9. Bilaga 2

### Intervjuguide

#### Bakgrund och arbetssituation:

- Ålder, kön
- Civilstånd
- Grundutbildning, vidare utbildning
- Hur länge har du jobbat som hälso- och sjukvårdskurator?
- Hur länge har du jobbat på din nuvarande arbetsplats?

#### Frågor:

1. I vilket sammanhang berörs det oftare existentiella frågor?  
Vad det kan beror på?
2. Berörs det ofta existentiella frågor i samtal?  
Ja? På vilket sätt? Nej? Varför? Vad det kan beror på?
3. Det finns mycket diskussioner kring frågan om kuratorsarbets ramarna i mötet med patienten. Vad har du för tankar om det ”ingår” i kuratorsrollen att prata med patienten om existentiella frågor? Om ja, På vilket sätt? Nej? Vad det kan beror på?
4. Om du märker att patienten vill prata om existentiella frågor, men själv vill inte/kan inte prata vad gör du då? Remitterar till annan vård, hänvisar till sjukhuspräst?
5. Vad har du för tankar kring att prata med patienter om existentiella frågor?  
Viktigt att prata? Varför? Inte viktigt att prata? Varför?
6. Känner du dig bekvämt att prata med patienter om existentiella frågor?  
Ja? På vilket sätt? Nej? Varför?
7. Vad hjälper/skulle hjälpa dig att känna dig bekvämt att prata om existentiella frågor?  
Vidare utbildning? Samverkan med präst?Handledning?
8. Vad har du för tankar om det finns hinder som stoppar eller försvårar möjligheter att prata om existentiella frågor? Om ja, vilka hinder?

9. Vad du har för tankar hur psykisk ohälsa kan relatera till existentiella frågor?
10. Vad har du för tankar om samverkan med sjukhuspräst kring existentiella frågor?
11. Vad har du för tankar kring existentiella frågor? (Vilken betydelse för dig har existentiella frågor?)
12. Tänker du att dina egna funderingar om livsmening, döden, ensamhet, frihet, val påverkar ditt sätt att prata med patienter om dessa frågor? På vilket sätt i så fall?
13. Vad har din organisation/chef för tankar kring att kuratorer prata/eller prata inte med patienter om existentiella frågor?