



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Mindfulness i primärvården

Kuratorers inställningar och erfarenheter

Lina Svensson

Examensarbete för hälso- och sjukvårdskuratorsexamen  
SAHS05 VT24  
Handledare: Sara Hultqvist

# Abstract

Author: Lina Svensson

Title: Mindfulness in primary care: Counselors' attitudes and experiences

Supervisor: Sara Hultqvist

Assessor: Lotta Jägervi

The purpose of this study was to understand healthcare counselors' experiences with and attitudes toward working with mindfulness in primary care. Counselors who currently or previously worked with mindfulness shared their perspectives through semi-structured individual interviews. The study reached several main conclusions. Counselors applied mindfulness to a wider range of target groups than suggested by National policy guidelines. However, mindfulness was not viewed as an universal solution, but required careful assessment, adaptation and ensurement of patients' receptiveness. While some counselors believed that mindfulness was not suitable for work-related problems, one counselor noted its effectiveness in empowering patients to establish boundaries in the workplace. Counselors unanimously agreed that patients who were considered to have high levels of anxiety and experiential avoidant tendencies faced the greatest challenges in using mindfulness, yet were paradoxically considered to need it the most. The counselors believed that mindfulness supports being present with one's experiences rather than avoiding them and therefore serves as a way to self-regulate and emotionally regulate. By applying Lazarus and Folkman's coping theory, mindfulness can also be considered as emotion-focused coping. Counselors emphasized that mindfulness should stretch beyond counseling contact in order to maintain the positive changes. It can therefore be considered as the counselors viewing mindfulness as a self-care practice.

Nyckelord: mindfulness, primary care, healthcare counselors, emotion regulation, coping

# Innehållsförteckning

Problemformulering.....	1
<i>Syfte</i> .....	3
<i>Frågeställningar</i> .....	3
Mindfulness ursprung och kliniska användning .....	4
Tidigare forskning .....	5
<i>Kuratorers och instruktörers användande av mindfulness</i> .....	5
<i>Mindfulness olika användningsområden</i> .....	5
Emotionsreglering och empowerment.....	5
Undvikandebeteenden och affekttolerans .....	6
Arbetsrelaterade problem.....	7
<i>Ett kontroversiellt forskningsfält</i> .....	8
Teori.....	10
<i>Val av teori</i> .....	10
<i>Copingteori</i> .....	10
Tillvägagångssätt och metodologiska överväganden .....	12
<i>Litteratursökning</i> .....	12
<i>Min förförståelse</i> .....	12
<i>Bias</i> .....	12
<i>Val av metod</i> .....	12
<i>Intervjuguide</i> .....	13
<i>Urvalsprocess</i> .....	14
<i>Intervjuerna</i> .....	15
<i>Bearbetning av intervjuerna</i> .....	16
<i>Begreppsligt och teoretiskt arbete</i> .....	17
<i>Tillförlitlighet</i> .....	17
<i>Etiska överväganden</i> .....	19
Resultat och analys .....	21
<i>Mindfulness passar inte i den akuta fasen</i> .....	21
<i>Patienters motstånd till mindfulness</i> .....	24
<i>Ångest och upplevelsemässigt undvikande</i> .....	27
<i>Mindfulness vid problem på arbetet</i> .....	31
<i>Mindfulness som egenvård</i> .....	35
Avslutande diskussion .....	39
<i>Vad är kuratorers erfarenheter av att använda mindfulness?</i> .....	39
<i>Vad är kuratorers inställningar till att använda mindfulness?</i> .....	40
Referenslista .....	42
Bilagor .....	46
<i>Bilaga 1 – Informationsbrev</i> .....	46
<i>Bilaga 2 – Intervjuguide</i> .....	47

# Problemformulering

Av Sveriges befolkning drabbas nästan en tredjedel av depression någon gång under sin livstid (Socialstyrelsen 2021). Ungefär en fjärdedel av befolkningen drabbas av ångestsyndrom. Sjukdomarna innebär ett stort lidande och obehandlad sjukdom riskerar att leda till nedsatt funktionsförmåga, men kan även leda till suicid. I Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom skriver Socialstyrelsen (2021) att fler och fler får vård och behandling för depression och ångestsyndrom och att förskrivningen av antidepressiva läkemedel har ökat, samtidigt som vårdköerna växer. Majoriteten av vuxna som söker vård för depressions- eller ångestsymtom vänder sig till primärvården för hjälp, som tillhandahåller första linjens sjukvård för vuxna med psykisk ohälsa (ibid.).

Socialstyrelsen (2021) ger centrala rekommendationer för vilken vård och behandling som bör prioriteras för olika tillstånd och diagnoser. I Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom innebär de flesta rekommendationerna läkemedel och psykologisk behandling. Dessutom ger Socialstyrelsen även vissa rekommendationer om mindfulness. Vid recidiverande (återkommande) depression bör hälso- och sjukvården erbjuda mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT). Därtill finns vissa övriga rekommendationer, såsom att MBKT rekommenderas vid depression, dystymi, social fobi och specifik fobi hos vuxna. Utöver MBKT rekommenderas även mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) vid behandling av generaliserat ångestsyndrom (GAD) hos vuxna. Socialstyrelsen rekommenderar också MBSR för barn och ungdomar som tillägg till annan behandling vid lindrig till svår egentlig depression, generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi.

Trots att Socialstyrelsen (2021) ger rekommendationer om mindfulness genom de Nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom, så är mindfulness inte ett förstahandsval vid behandling. Detta beror på att det finns svagare vetenskapligt stöd för mindfulness än t.ex. läkemedel och mer beforskade samtalsbehandlingar. I rekommendationerna för mindfulness som behandling vid de olika depressions- och ångestdiagnoserna betonas att det vetenskapliga underlaget är begränsat eller otillräckligt, samt att det pågår och förväntas ytterligare studier inom mindfulness.

När jag själv utbildade mig till mindfulnessinstruktör fick jag ta del av en randomiserad kontrollerad studie (RCT), där forskarnas slutsats var att mindfulness är mer kostnadseffektivt och lika effektivt som kognitiv beteendeterapi (KBT) vid depression, ångest, stress och anpassningsstörningar (Sundquist et al. 2015). I studien utbildades vårdpersonal till mindfulnessinstruktörer på totalt 16 vårdcentraler i Skåne, som tillsammans behandlade totalt 214 patienter mellan 20–64 år under ett 8-veckorsprogram. Programmet baserades på MBSR och MBKT. Genom resultaten av självskattningsformulären PHQ, HADS och MADRS-S för ångest och depression fann forskarna att både mindfulnessgruppens och KBT-gruppens mående förbättrades signifikant av behandling. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan gruppen som fick KBT och den som övade mindfulness.

När Region Skåne 2018 beslutade att avsätta 3 miljoner för att utbilda mindfulnessinstruktörer och erbjuda mindfulness som behandling på vårdcentralerna så möttes det av både lovord och kritik (Krey 2018). Satsningen ansågs av vissa vara efterlängtd och som en utökning av förutsättningar för vården att hantera den psykiska ohälsan. Andra uppfattade det som ett ogenomtänkt beslut utan evidens bakom metoden (ibid.). I Region Skånes utskick till vårdcentralerna om beslutet om mindfulness menade regionen att de ska följa Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Region Skåne 2018). Regionen betonade att instruktörsutbildning krävs för att leda patientgrupper i mindfulness och att utbildningen bör ha inriktning MBSR eller MBKT. Beslut om vilken personal som skulle utbildas överläts till vårdcentralerna själva, som också skulle svara för att personalen har kompetens och legitimation där det behövs för att tillhandahålla en god och säker vård.

I en debattartikel kommenterades fyra företrädare för Beteendeterapeutiska föreningen Region Skånes beslut och påpekade att politikerna inte har forskningsläget med sig (Bergman Nordgren et al. 2018). Debattörerna framförde också kritik mot studien om mindfulness på Region Skånes vårdcentraler genomförd av Sundquist et al. (2015) som enligt debattörerna har legat till grund för regionens beslut att införa mindfulness på vårdcentralerna. Kritiken bestod i att studien uppvisade brister gällande andel av deltagarna som fick KBT, längden på KBT-behandlingen och att KBT-behandlarnas kompetens, manualer och metoder inte redovisades. Därtill skriver debattörerna att det inte gjordes någon ytterligare uppföljning efter de åtta veckorna och ifrågasätter därför behandlingens kvarvarande effekter (Bergman Nordgren et al. 2018). Året efter debattartikeln publicerade Sundquist et al. (2019) en studie om långtidseffekter av mindfulness, där deltagarnas mående skattades på nytt 12 månader

efter avslutad behandling. Forskarna fann en signifikant förbättring i psykiskt mående för såväl gruppen som fick mindfulness och kontrollgruppen som fick KBT. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Även om forskarna såg att de långvariga positiva effekterna höll i sig efter uppföljning, så reserverade de sig för att resultaten likväl kan bero på att patienternas psykiska hälsa har förbättrats av andra skäl än behandling.

Mindfulness är ett aktuellt ämne som engagerar och väcker såväl vetenskaplig som politisk debatt. Dess existens inom den skånska primärvården bestäms av politiska beslut, som både hyllas och kritiseras. Vårdcentralerna ges möjlighet att utforma insatsen och hälso- och sjukvårdspersonalen är ansvariga för att verkställa regionens beslut. En röst som saknas i samtalet om mindfulness är kuratorerna på Skånes vårdcentraler, som utifrån sin psykosociala ställning kan inneha uppdraget att erbjuda mindfulness. Hur ställer sig primärvårdskuratorerna själva till mindfulness och vad är deras erfarenheter av att använda det i patientarbete?

Jag som utbildad mindfulnessinstruktör, socionom och studerande hälso- och sjukvårdskurator har en personligt präglad inställning till mindfulness. Denna studie ämnar emellertid vetenskapligt undersöka hur primärvårdskuratorer själva ställer sig till mindfulness och hur de arbetar med det. Studien görs med utgångspunkten att mindfulness är omtvistat inom forskning och att kuratorers röster saknas i debatten om mindfulness varande eller icke-varande i regionen. Min förhoppning är att studien ska bidra med en koppling mellan forskningsfältet och det kliniska arbetet för en hälso- och sjukvårdskurator. Därtill vill jag främja den professionella diskussionen i primärvården om hur och när mindfulness används.

## Syfte

Syftet är att förstå hälso- och sjukvårdskuratorers inställningar till och erfarenheter av att arbeta med mindfulness inom primärvården.

## Frågeställningar

Vad är kuratorers erfarenheter av att använda mindfulness?

Vad är kuratorers inställningar till att använda mindfulness?

## Mindfulness ursprung och kliniska användning

Mindfulness är ett flerdimensionellt och kontextbundet begrepp som definieras olika av olika individer och i olika kulturer (Grossman 2008; Malinowski 2008). I Svenska Akademiens ordböcker (2015) definieras mindfulness både som en meditationsteknik och en förmåga att vara närvarande i nuet. Mindfulness härstammar från buddhistisk skrift och meditationspraktik, där ordet "sati" används istället för mindfulness (Bodhi 2011; Chiesa 2012; Lim 2022). Att praktisera sati innebär inom buddhismen att förändra sinnets mentala tillstånd, till en klar och tydlig sinneshärvaro, präglad av koncentration och insikt (Lim 2022).

De senaste 50 åren har mindfulness blivit ett begrepp även i västvärlden, genom forskning om mindfulness påverkan på kropp och sinne. Särskilt neurovetenskapen har intresserat sig för hur mindfulness kan förändra vår biologi, genom att förändra hjärnstrukturen och förändra vårt emotionella tillstånd, genom att göra oss lugnare i sinnet och mer avslappnade i kroppen (Davidson 2008; Goleman och Davidson 2017). Läkaren Jon Kabat-Zinn anses vara den förgrundsfigur som på 70-talet introducerade mindfulness för den västerländska hälso- och sjukvården och i det psykoterapeutiska sammanhanget, genom att utveckla mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) för sina somatiskt kroniskt sjuka patienter (Kabat-Zinn 2003; Lim 2022). Efter detta har mindfulness inspirerat flera andra behandlingsprogram, såsom mindfulnessbaserad kognitiv beteendeterapi (MBKT) och acceptance and commitment therapy (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson 1999; Segal, Williams & Teasdale 2002). Enligt Jon Kabat-Zinn (2003) definieras mindfulness som att vara medvetet närvarande, med avsikt i nuet, och icke-dömande uppleva ögonblick för ögonblick. Följande kvaliteter eller attityder praktiseras och utvecklas genom mindfulness enligt Jon Kabat-Zinn: icke-dömande, tålamod, nybörjarsinne, tillit, icke-strävan, acceptans och släppa taget (MBSR training 2024).

I takt med att mindfulness har fått en mer sekulär framtoning så har det också blivit trendigt och åtkomligt för gemene man. Mindfulness återfinns t.ex. både i skolan och affärsvärlden för ökad prestation och tillgängliggörs genom appar för att passa in i vardagen (Lim 2022).

## Tidigare forskning

### Kuratorers och instruktörers användande av mindfulness

Enligt Andermo, Crane och Niemi (2021) föregås mindfulnessinterventioner i hälso- och sjukvården av en bedömning av patientens hälsostatus, motivation och förväntningar. Den största framgångsfaktorn för effekten av mindfulness anses vara patientens eget engagemang. Detta menar även McCabe och Days (2021), som i intervjuer med kuratorer har fastställt att patientens engagemang är en stark indikator för utfallet för mindfulness. Hur väl patienten integrerar mindfulness i sitt liv bortom den kliniska sfären avgör hur ihållande effekterna blir, såsom förändrade tankemönster och symtomreduktion för depression och ångest. Mindfulness anses således inte vara någon ”quick fix” för problem, utan kräver att patienten gör ett inre arbete. I de fall patienter upplever svårigheter att vara närvarande, så behöver övningarna anpassas till patientens förutsättningar. Målet är att patienten ska internalisera mindfulness och använda det för att stå ut med sina upplevelser och självreglera (reglera sina känslor, tankar och handlingar) när de blir överväldigade, istället för att falla in i gamla mönster.

### Mindfulness olika användningsområden

#### *Emotionsreglering och empowerment*

Skaparen av en modell om emotionsreglering, James Gross, och kollega anser att mindfulness kan kopplas till emotionsreglering, på ett biopsykologiskt sätt (Goldin & Gross 2010). I en studie om mindfulness vid social ångest fann forskarna att patienters upplevelser av negativa känslor minskade genom MBSR. Därtill minskade aktiviteten i hjärnans rädslocenter amygdala, samtidigt som de fann ökad aktivitet i de hjärnregioner som styr uppmärksamhet. Goldin och Gross (2019) anser att en sådan minskad känslomässig reaktivitet tyder på en ökad emotionsreglering. De menar att detta innebär att MBSR kan leda till färre kliniska symtom och färre undvikandebeteenden, då undvikande annars kan vara ett sätt för patienter att hantera sin sociala ångest (ibid.). Slutsatsen om att mindfulness kan ge ökad emotionsreglering styrks av Gawande et al. (2023) som har studerat mindfulness för patienter med depression, ångest och stressrelaterad ohälsa. I en randomiserad kontrollerad studie om mindfulness och compassion (medkänsla) ökade behandlingen patienternas förmåga till introceptiv medvetenhet (medvetenhet om kroppens signaler), självmedkänsla, självförmåga (tillit till den egna förmågan) och även emotionsreglering. Likt Kabat-Zinn, Lipworth och Burneys (1985) forskning om mindfulness vid kronisk somatisk sjukdom, anses självreglering och främst emotionsreglering vara en central förmåga att utveckla för patienter som lever med



kronisk psykisk sjukdom (Gawande et al. 2023). Genom att ha fått verktyg att hantera sin psykiska ohälsa och ökat sin emotionsreglering, anser Gawande et al. (2023) att patienterna ökar sina förutsättningar att utveckla ett självledarskap. Detta ligger till grund för slutsatsen att mindfulness inom vården inte endast bidrar till ökad emotionsreglering, utan även kan betraktas som en intervention präglad av empowerment för patienter med ångest, depression och stressrelaterad ohälsa (ibid.).

Även Salvesen et al. (2023) och Wästlund, Salvesen och Stige (2024) ser samband mellan mindfulness och empowerment. Efter en avslutad mindfulness- och compassionintervention som traumabehandling i grupp minskade patienternas symtom för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), complex posttraumatiskt stressyndrom (CPTSD) och dissociativa symtom (Salvesen et al. 2023). Likt slutsatsen av Gawande et al. (2023) att mindfulness kan betraktas som empowerment, uppgav patienterna i studien av Wästlund, Salvesen och Stige (2024) att de efter avslutad behandling kände sig mer empowered (stärkta), genom att ha fått tillgång till nya verktyg genom mindfulness och compassion. Patienterna rapporterade även obehagliga upplevelser under behandlingen, som dock inte kvarstod efter behandling. Wästlund, Salvesen och Stige (2024) och Salvesen et al. (2023) gör därtill slutsatsen att det “kostar” mentalt och känslomässigt att delta i en traumafokuserad mindfulness- och compassiongrupp och att patienter behöver förberedas på att “göra jobbet”, samtidigt som att de behöver ingjutas hopp.

#### *Undvikandebeteenden och affektolerans*

Goldin och Gross (2010) slutsatser om att mindfulness ger minskat undvikande stöds av grundaren av acceptance and commitment therapy (ACT), Steven Hayes, med kollegor. Till skillnad från Goldin och Gross (2010) menar Hayes et al. (2013) däremot att målet inte nödvändigtvis är emotionsreglering, utan känslomässig flexibilitet. Hayes et al. (2013) anser att acceptans- och mindfulnessprocesser kan bidra till att skapa en slags “psykologisk flexibilitet” - ett mer medvetet, närvarande och flexibelt förhållningssätt till psykologiska upplevelser. Att däremot göra motstånd, distrahera sig, undvika och försöka förändra sina egna upplevelser, innebär ett upplevelsemässigt undvikande och skapar psykologisk rigiditet (ibid.). Undvikande kan därigenom förstås som ett kognitivt och beteendemässigt symtom på att inte kunna hantera överväldigande och påfrestande upplevelser, på annat sätt än att hålla sig borta från dem och annat som påminner om dem. Detta ger emellertid konsekvensen att den negativa uppfattningen vidmakthålls. Ett sätt att öva på närvaro i upplevelser utan att

döma är att inta ett observerande perspektiv på sig själv (att se sig själv utifrån) med en teknik som kallas defusion. Genom närvaro kan individen bryta invanda undvikandemönster och istället agera utifrån sina värderingar (ibid.).

En annan slutsats av Hayes et al. (2013) är att upplevelsemässigt undvikande korrelerar med låg affekttolerans, det vill säga en låg förmåga att uthärda starka känslor. I likhet med detta anser O'Bryan et al. (2018) att patienters affekttolerans påverkas positivt av mindfulness, däribland intolerans för osäkerhet och känslomässig stress. O'Bryan et al. (2018) menar att mindfulnessförmågor som medvetenhet, icke-dömande och mindre reaktivitet (benägenhet att reagera på stimuli) korrelerar med högre tolerans för påfrestningar, stress och osäkerhet. Därför anser de att mindfulnessförmågor kan hjälpa patienter att öka sin affekttolerans och därmed acceptera sina tankar om kroppens signaler (ibid.).

Att mindfulness minskar undvikandebeteenden och reaktivitet, styrks också av Moesch (2023) och Moesch, Ivarsson och Johnson (2020). Forskarna lyfter hur mindfulnessinterventioner har visat sig öka acceptans och välbefinnande, samt minska reaktivitet. De menar att detta bidrar till att patienter kan välja bort kortsiktiga undvikandebeteenden och i större utsträckning göra meningsfulla val i linje med sina värderingar, trots att det kan medföra obehag (Moesch 2023; Moesch, Ivarsson och Johnson 2020). Moesch (2023) framhåller även åsikten att mindfulnessinterventioner bör utföras av personer med gedigen erfarenhet av psykologiska stödsamtal, samt god kunskap om kontexten för interventionen, dvs patientens bakgrund, situation och problem.

### *Arbetsrelaterade problem*

Enligt Walach et al. (2007) innebär mindfulness vid stressrelaterad ohälsa i arbetet att individer ges strategier för stresshantering, men även insikter och verktyg som ökar det kritiska förhållningssättet och uppmärksamheten på problem i omgivningen. Även Mellner, Osika och Niemi (2022) gör denna slutsats och menar att mindfulness kan öka kapaciteten att hantera utmanande arbetsvillkor och organisatoriska förändringar. Andersson (2017) problematiserar däremot att individuella lösningar ges för psykisk ohälsa som är orsakad av strukturella problem. I Anderssons (2017) avhandling framkommer det att kuratorer hjälper sina patienter att byta arbetsplats eller hitta ett lämpligt förhållningssätt till arbetet vid arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Om patientens arbetsrelaterade psykiska ohälsa därtill anses bero på patientens personbundna egenskaper, såsom prestationsbaserad självkänsla, så anser

kuratorerna att personen också behöver sänka sin ambitionsnivå och lära sig att sätta gränser. Andersson (2017) kritiserar detta och menar att det vore lämpligare att diskutera möjliga åtgärder på arbetsplatsen. Hon anser att kuratorerna individualiserar organisatoriska problem, vilket även kuratorerna själva medger i avhandlingen.

Anderssons (2017) problematiserande kring ansvarsförskjutningen från struktur till individ stöds av Debaene (2009), som varnar för att mindfulness kan skuldbelägga individer. Han anser att mindfulness förvisso kan vara väldigt användbart i vissa sammanhang, men att det fokuserar på ens inre liv och därför inte har några kopplingar till riktiga sociala omständigheter. Han ställer sig frågan om det inte snarare är fel på situationen än individen om en situation är så pass påfrestande att mindfulness behövs för att hårda ut.

### Ett kontroversiellt forskningsfält

Demarzo et al. (2015) anser att även om antalet randomiserade kontrollerade studier (RCT) om mindfulness fortfarande är få, ter sig mindfulnessinterventioner lovande för att förbättra patienters psykiska hälsa och livskvalitet. Enligt deras metaanalys av RCT-studier om mindfulness i primärvården visades måttliga förbättringar av hälsan överlag jämfört med kontrollgrupperna, men gav särskilt god effekt på psykisk hälsa och livskvalitet. Hedman-Lagerlöf, Hedman-Lagerlöf och Öst (2018) har i sin metaanalys nått en annan slutsats. De ger kritik mot de metaanalyser om mindfulnessbaserade interventioner som har publicerats det senaste decenniet, däribland den av Demarzo et al. (2015). Hedman-Lagerlöf, Hedman-Lagerlöf och Öst (2018) hävdar att metaanalyserna inte är tillräckligt heltäckande och uttömmande för att kunna generalisera att mindfulness förbättrar den psykiska hälsan. Forskarna skriver att mindfulness endast är bevisat effektivt för återfall vid depression och att forskning inte har visat att mindfulness fungerar som enda behandling i den akuta fasen för vanliga psykiska tillstånd.

Problematiken som Hedman-Lagerlöf, Hedman-Lagerlöf och Öst (2018) lyfter rörande forskning om mindfulness utvecklas av Galante et al. (2021). De konstaterar att heterogeniteten hos randomiserade kontrollerade studier om mindfulness försvårar generalisering av resultaten. De menar att mindfulness har effekt på symptom för vissa psykiska åkommor, men interventionernas effektivitet är kontextbunden. Det behövs därför vidare forskning för att förstå vilka interventioner som fungerar bäst utifrån bl.a. typ av

samhälle, samhällsgrupp, kultur och socialt sammanhang. Forskarna anser att framtida forskning behöver vara tvärprofessionell och inkludera samhällsvetenskapliga forskare som kan bidra med förståelse för det komplexa samspelet mellan mindfulnessbaserade interventioner och kontext. På så sätt kan framtida mindfulnessinterventioner anpassas till olika grupper och sammanhang.

# Teori

## Val av teori

Efter hand som teman har växt fram under bearbetningen av empirin så har coping framstått som ett användbart ramverk för att utforska kuratorers inställningar till och erfarenheter av mindfulness. Teorin har fördjupat förståelsen för patienters sätt att hantera stress, starka känslor och påfrestande situationer, samt hur mindfulness kan förstås som coping.

## Copingteori

Coping är de interaktiva kognitiva och beteendemässiga ansträngningarna som används för att hantera ett specifikt yttre eller inre krav, som uppfattas överstiga ens kapacitet (Lazarus & Folkman 1984). Coping kan delas in i två funktioner: problemfokuserad coping och emotionsfokuserad coping (Lazarus & Folkman 1987). *Problemfokuserad coping* innebär att förändra problem i omgivningen, såsom att samla och utvärdera information, finna alternativa lösningar, planera, söka praktisk hjälp utifrån eller att aktivt ta itu med problemet (Lazarus & Folkman 1984). *Emotionsfokuserad coping* innebär att förändra den känslomässiga responsen, genom att söka socialt stöd från andra, föra en positiv inre dialog med sig själv, vända sig till religion, använda humor eller tolerera och acceptera situationen (ibid.). Problemfokuserad coping används främst när situationen bedöms kunna förändras, medan emotionsfokuserad coping främst används när individen behöver acceptera situationen (Lazarus & Folkman 1987). Ibland kan samma copingstrategi både fungera problemlösande och hantera känslorna som uppkommer. Lazarus och Folkman (1987) problematiserar även det västerländska coping-idealet att försöka behärska miljön, där lyckad coping likställs med att agera effektivt för att eliminera problemet. De framhåller att det finns orsaker till stress i livet som inte kan bemästras, såsom; oundvikliga förluster, åldrande, sjukdomar, naturkatastrofer och även svåra psykiska sjukdomar. Detta anser de ingår i att vara människa. Att använda emotionsfokuserad coping för att acceptera situationer som inte kan förändras, anser de är en lika viktig strategi att ha i sin repertoar som problemfokuserad coping för att hantera omgivningen.

Carver, Scheier och Weintraub (1989) menar att det finns en tredje kategori, *dysfunktionell coping*, som innebär undvikande i olika former. Lazarus och Folkman (1987) hävdar däremot att ingen strategi i sig själv kan anses vara dysfunktionell, patologisk eller bättre än en annan. Bedömningen av vilken strategi som fungerar beror på kontext och funktion, såsom vem som använder strategin, när strategin används och vad konsekvenserna blir.

Enligt Lazarus och Folkman (1987) sker två processer när en individ ställs inför en situation: den primära processen är att individen tolkar omgivningen och i den sekundära processen sker valet av coping. I *primära tolkningen* bedömer individen huruvida situationen kan påverka dess välbefinnande varpå det uppstår en första känsloreaktion. Om individen gör en primär tolkning att situationen inte bedöms ha någon inverkan på välbefinnandet, tolkas situationen som irrelevant och känsloläget påverkas inte. Om situationen däremot bedöms kunna påverka ens välbefinnande, kategoriseras påverkan på välbefinnandet som en av fyra typer: skada, hot, utmaning eller positiv. Den känslomässiga reaktionen kan således vara allt från ilska, rädsla, stress och ångest till glädje eller förväntan.

Den *sekundära tolkningen* innebär att individen bedömer sina resurser och förmågor att hantera situationen och i så fall vilka copingstrategier som kan fungera (Lazarus & Folkman 1987). Denna sekundära tolkning handlar om individens bedömning av om hen har de färdigheter, strategier och stöd som krävs för att hantera situationen. Detta ligger till grund för vilken copingstrategi individen använder. Som ett resultat av interaktionen mellan den primära tolkningen (tolkning av påverkan på välbefinnandet) och den sekundära tolkningen (tillgänglig coping och behov att använda den) uppstår en ny känsloreaktion hos individen. Känslans intensitet beror på vad och hur mycket som står på spel, samt om individen har tillräckliga resurser för att hantera situationen. Känslan kan t.ex. bli självsäkerhet och lugn om individen upplever sig kunna hantera den, eller hjälplöshet och överväldigande om situationen bedöms överstiga individens kapacitet och resurser.

En individ har ofta har olika copingstrategier (Lazarus & Folkman 1984). Om en individs coping kännetecknas av en hög nivå av *komplexitet*, innebär det att denna har en bredd av copingstrategier som är tillgängliga när som helst för att hantera stress. Om en individs coping kännetecknas av hög *flexibilitet*, varierar personen sina strategier utefter situationen (ibid.). Valet av coping kan också förändra med tid och erfarenheter (Lazarus & Folkman 1987). Forskarna framhåller också vikten av att ha ett systemiskt förhållningssätt i fråga om att analysera tolkningar och coping. De menar att flera system samspelar, nämligen; miljömässiga faktorer, personliga erfarenheter och egenskaper, kortsiktiga konsekvenser (t.ex. känslor under och direkt efter en situation) och långsiktiga konsekvenser för hälsan, välbefinnandet och ens sociala funktion. Genom att förstå en individs subjektiva primära och sekundära tolkningar av situationen, är det lättare att ha förståelse för valet av coping.

# Tillvägagångssätt och metodologiska överväganden

## Litteratursökning

Litteratursökningar har gjorts via LUBsearch och Google Scholar. Sökordet mindfulness har kombinerats med primary care, counselor, counsellor, meta-analysis, review och även swed\* för att finna forskning från Sverige. Samtliga studier är vetenskapligt granskade.

## Min förförståelse

På grund av min utbildning inom mindfulness så har jag haft lättare att förstå och dra slutsatser av kuratorernas beskrivningar än om jag helt saknade kunskap om mindfulness. Emellertid har jag inte haft någon färdig tes som jag har velat bekräfta genom studien. Jag har ämnat undersöka hur kuratorer själva ser på mindfulness och hur deras upplevelser kan fördjupas genom teori samt relateras till tidigare forskning. I de fall som intervjupersonerna berättade något som jag redan kände till, valde jag att inte visa det utan ställde öppna frågor och bad dem utveckla det själva. Detta gjorde jag för att minimera risken att jag felaktigt skulle läsa in något i deras svar utifrån min egen uppfattning och med intentionen att det empiriska materialet ska bära sig självt.

## Bias

Jag hade en föräning om att de kuratorer som valde att delta i intervjun också skulle ha främst positiva inställningar och erfarenheter av mindfulness. Min ambition att föregå detta genom att anpassa informationsbrevet till att önska "såväl mindfulnessförespråkare som mindfulnesskritiker" hade inte effekt (Bilaga 1 – Informationsbrev). Min spekulation är att mindfulnessmotståndare troligtvis inte har intresse nog för att avvara arbetstid eller fritid för att delta i en intervju om mindfulness. Ett sätt att nå dem hade kunnat vara att använda en insamlingsmetod som kan vara mindre tidskrävande för respondenten, såsom en enkät. Att deras röster uteblir från studien är en tydlig brist.

## Val av metod

Kvalitativa studier har tonvikt på ord och innebär en kunskapsteoretisk ståndpunkt att tolka den sociala verkligheten genom deltagarnas svar utifrån teori (Bryman 2011). Eftersom syftet med denna studie var att förstå och tolka kuratorernas erfarenheter och inställningar till mindfulness, valde jag kvalitativ ansats som forskningsstrategi. Syftet med studien är att ta

del av kuratorers subjektiva berättelser, genom att fråga dem om deras egna erfarenheter och inställningar. Studien ämnar varken generalisera brett eller utgöra en absolut beskrivning av verkligheten, utan skildra ett urval av primärvårdskuratorers bild av mindfulness. En återkommande kritik mot kvalitativ forskning är dock att den är alldeles för subjektiv (Bryman 2011). Emellertid innehåller varje studie ett visst mått av subjektivitet i fråga om val av ämne, forskningsfråga och utförande, varför jag anser att det är angeläget att vara transparent med sina val och tolkningar oavsett forskningsansats.

För att fånga kuratorernas egna erfarenheter och inställningar behövde frågeställningarna besvaras med berättelser från kuratorerna själva. Metodvalet föll på att genomföra individuella intervjuer för att få ett djup och fylldhet i svaren. Intervjuer tillåter också forskaren att kunna ställa följdfrågor och förtydliganden, jämfört med att samla in data genom exempelvis litteratur (Bryman 2011). I semistrukturerade intervjuer har forskaren en lista över teman som ska beröras i intervjun, samtidigt som intervjupersonerna har frihet att svara fritt (ibid.). Valet att göra semistrukturerade intervjuer gjordes utifrån syftet att besvara frågeställningarna, men också kunna ställa följdfrågor och ge utrymme för kuratorerna att tala om det som de anser är viktigt i sammanhanget.

## Intervjuguide

Utifrån valet att genomföra semistrukturerade intervjuer skapade jag en intervjuguide med tematisk struktur, med flexibilitet för att intervjupersonernas egna associationer skulle kunna leda intervjun i en viss riktning (Bilaga 2 – Intervjuguide). En intervjuguide kan ses som en minneslista över områden eller frågeställningar att beröra i en intervju (Bryman 2011). Jag tematiserade frågorna utifrån bl.a. fördelar och förtjänster respektive nackdelar och risker med mindfulness, för att ge kuratorerna förutsättningar att delge en bredd av upplevelser under intervjun. Ett annat tema i intervjuguiden var rörde kontextuella faktorer såsom organisatoriska, grupp- och instruktörsfaktorer. I intervjuer med kuratorerna visade sig dessa faktorer anses vara av mindre betydelse än jag hade trott. Svaren bortprioriterades således i rapportens framställning, till förmån för studiens andra resultat som var än mer framträdande. Intervjuguiden avslutades med frågan om kuratorn själv vill lyfta något som är viktigt att berätta om i sammanhanget. Skälet var att öppna upp för ytterligare ståndpunkter och erfarenheter, som inte hade fallit inom ramen för mina frågor.



## Urvalsprocess

I Region Skånes (2018) beslut om att erbjuda mindfulness är det inte specificerat vilken yrkesgrupp som ska utbildas i och tillhandahålla mindfulness. Av den anledningen var det initialt inte givet för mig att intervjua endast kuratorer. Urvalet skulle ha kunnat breddas till att inbegripa vårdcentralers yrkesverksamma i stort och intervjupersoner hade kunnat vara såväl kurator som från någon annan yrkesgrupp. Det slutgiltiga valet att tillfråga endast kuratorer baseras på ett intresse av att förstå mindfulness ur ett psykosocialt perspektiv inom ett annars medicinskt vårdssammanhang. Det är också ett aktivt val att lyfta min egen yrkeskårs röster, som är legitimerade psykosociala experter inom hälso- och sjukvården.

Först ville jag rikta mig enbart till offentligt anställda kuratorer och inte till kuratorer som arbetar på privata vårdcentraler, utifrån Region Skånes beslut 2018 som var en del av min ingång i studien. Jag använde flera olika sätt för att hitta intervjupersoner som var relevanta för min forskningsfråga, vilket Bryman (2011) benämner som ett målinriktat urval.

Inledningsvis undersökte jag om samordnaren för primärvårdskuratorer i Skåne kunde vidarebefordra mitt informationsbrev till sitt nätverk, vilket inte var möjligt. I nästa steg publicerade min praktikhandledare mitt informationsbrev på en intern hemsida för kuratorer i Skåne. Jag skapade inlägg med information om studien på två sidor för kuratorer respektive socionomer på sociala medier. Därtill utforskade jag mitt nätverk av medstudenter och uppsatshandledare, för att få tips om kuratorer som arbetar eller arbetat med mindfulness. Slutligen valde jag att söka efter offentliga vårdcentraler i Skåne via 1177 och genom ett slumpmässigt urval ringa vårdcentraler för att undersöka om de har kuratorer med erfarenhet av mindfulness. Vissa vårdcentraler saknade helt kurator, medan vissa lånade kuratorer från andra vårdcentraler. På så sätt fick jag tips om vilka vårdcentraler som hade kuratorer och kunde ringa dem, som ett snöbollsurval där en möjlig respondent leder till en annan (Bryman 2011).

De två första kuratorerna som svarade att de var intresserade av att delta i studien hade endast erfarenheter från privata vårdcentraler. Jag fick även svar från en psykoterapeut. Eftersom ingen offentligt anställd kurator ännu hade tackat ja, började jag tveka på mitt begränsade urval. På grund av svårigheten att få tag på kuratorer som ville intervjuas, så beslutade jag mig till slut att bredda målgruppen och inkludera de tre som hade visat intresse.

Psykoterapeuten återkom aldrig, men de två kuratorerna som arbetade privat ställde gärna upp. Det tog nästan en månad att få tillräckligt många intervjupersoner, vilket jag inte hade

räknat med i min tidsplan. Till slut intervjuade jag 7 kuratorer. Om jag inledningsvis i urvalsprocessen hade börjat med att ringa till offentliga vårdcentraler, så hade jag kunnat finna fler intervjupersoner i tid. Ett mer specificerat urval som exkluderade kuratorer utanför den offentliga vården hade varit att föredra utifrån ingången i undersökningen. Jag tror emellertid att erfarenheterna från olika verksamheter har inneburit en bredd i upplevelser och åsikter, vilket har utgjort ett fylligt underlag att analysera.

I det slutgiltiga urvalet har alla kuratorerna socionomexamen förutom en som är utbildad undersköterska. Kuratorernas arbetslivserfarenheter som kurator inom hälso- och sjukvården sträcker sig från 6 till 24 år. Fyra kuratorer har grundläggande psykoterapiutbildning (GPU). En av dessa kuratorer har läst psykodynamisk inriktning och utöver detta även Interpersonell terapi (IPT) steg B. Tre kuratorer har läst KBT-inriktning, varav två av dessa därefter har inriktat sig särskilt på ACT. Flera kuratorer har därutöver läst olika kurser på högskola och universitet. Kuratorernas utbildning i mindfulness varierar från ingen utbildning, till 6-dagars utbildning till mindfulnessinstruktör och längre utbildningar såsom steg 1 och steg 2 av MBSR och MBKT. Utöver detta är en kurator utbildad yogalärare och en kurator har gått en mediyogautbildning. Den kurator som saknar specifik utbildning i mindfulness använder mindfulness utifrån sin GPU i KBT och vidare fördjupning i ACT.

Kuratorernas olika utbildningar och erfarenheter av mindfulness anser jag kom till uttryck i hur de resonerade kring mindfulness, i fråga om vilka termer de använde för att tala om mindfulness, om tekniker och om hur de ser på patienternas problematik. Exempelvis är flera av kuratorerna skolade i KBT, vilket kan förklara varför det kognitiva och beteendeteoretiska perspektivet på undvikande förekommer tydligt i empirin. Det hade därför varit intressant att diskursivt jämföra kuratorernas inställningar och erfarenheter med varandra utifrån vilken ingång de har i mindfulness, men det sträcker sig bortom denna studies syfte.

## Intervjuerna

När jag hade funnit mina intervjupersoner så bokades tider in för intervjuer. Alla önskade intervjuas digitalt via Teams och Zoom, förutom en som önskade telefonintervju. Intervjuerna varade i 45–60 minuter. För att kunna transkribera intervjuerna i efterhand spelades de in med diktafon. Variationen i intervjuernas längd berodde till stor del på hur mycket tid som intervjupersonerna kunde avvara, men också på i vilken utsträckning de har utvecklat sina

svar. Enligt Bryman (2011) är det av vikt att den som intervjuar är flexibel gällande bl.a. frågornas ordningsföljd, uppföljning av svar och att reda ut oklarheter. Vid de första intervjuerna upplevde jag vissa svårigheter med att vara helt närvarande i intervjun, samtidigt som jag ställde frågor utifrån intervjuguiden och följde upp med relevanta följdfrågor. Efter varje intervju blev jag mer lugn och bekväm i intervjuarrollen, vilket jag kan härleda både till erfarenheten av att intervju och att jag lärde mig intervjuguiden utantill. Jag upplevde att det var lättare att uppmärksamma intressanta teman i kuratorernas svar och även fråga direkt när det var något som jag inte förstod. Jag kunde också lyssna mer uppmärksamt på kuratorn, utan att fundera på nästa fråga. Min uppfattning är att detta bidrog till en följsamhet i intervjun och att intervjun fördjupades.

### Bearbetning av intervjuerna

Jag valde tematisk analys som tillvägagångssätt för att finna repetitioner, skillnader och likheter i empirin och ordna den i teman som beskriver kuratorernas upplevelser av mindfulness. Bryman (2011) lyfter just tematisk analys som ett av de vanligaste tillvägagångssätten för att analysera kvalitativa data och han har själv beskrivit en generell kodningsprocess som jag valde att följa.

För att få igång mina egna kognitiva processer av materialet valde jag att transkribera samma dag som första intervjun. Därefter läste jag igenom materialet och färgmarkerade meningar och begrepp, som relaterade till frågeställningen. Jag letade också i transkriberingarna efter ord som "för att" och "därför", för att uppmärksamma vilka samband som intervjupersonerna gjorde. Efter hand blev det tydligt vilka begrepp och sammanhang som upprepades och hur olika kuratorerna resonerade och associerade kring frågorna. Jag började skapa teman av meningar och begrepp som liknande varandra i innehåll. Detta blev min första kodning, som efterföljdes av att kritiskt granska dem på nytt och konkretisera dem i en andra kodning. Vissa teman liknade varandra och kunde sammanfattas till ett mer kärnfullt tema. Andra teman föll bort, utifrån att de inte längre framstod som lika betydelsefulla som vid den första kodningen.

Vidare lyfte jag ut citat som jag upplevde fångade temana väl och som levandegjorde framställningen. För att inte fragmentisera kuratorernas berättelse, med risken att kontexten skulle gå förlorad, var jag noga med att utgå från större citat inledningsvis. Vissa citat kunde senare reduceras utan att kärnan gick förlorad, medan jag behöll andra citat längre utifrån att

resonemangen anknöt tydligt till studiens syfte och frågeställning. Jag upplevde också att kontexten i citaten var viktig att behålla, så att läsaren skulle kunna få en uppfattning för i vilket sammanhang som ståndpunkten getts. Bristen med detta är att vissa kuratorer har fått större plats utrymmesmässigt. Därtill kan det vara svårt att avgöra vad i citatet som är av vikt att ta med sig som läsare. Jag har därför gjort en kort inledning till varje citat och därefter följt upp med min tolkning av citatet. Avvägningen av att behålla längre citat anser jag detta till trots är det mest fördelaktiga för studiens syfte och frågeställningar.

## Begreppsligt och teoretiskt arbete

Nästa steg i kodningsprocessen var att skapa några första teoretiska uppslag för de koder som har framkommit och reflektera över hur de relateras till befintlig litteratur. Majoriteten av kvalitativa forskare anser att teori ska genereras induktivt från empirin, medan andra forskare menar att kvalitativ forskning även kan pröva en teori som specificerats innan empirin insamlats (Bryman 2011). I stor del av kvalitativ forskning testas också ofta teorin under studiens gång (ibid.). Även om min förståelse om ämnet bidrog till att jag redan hade ett "personligt" teoretiskt och praktiskt ramverk, så valde jag att inte fundera över teori inför intervjusituationerna utan låta teorin växa fram under bearbetning av materialet. Genom att tematisera empirin efter hand och återkommande fråga mig själv hur intervjupersonernas svar kan förstås, har teorin genererats av min tolkning av intervjupersonernas uppfattningar. När jag började se mönster i empirin framstod coping som ett användbart begrepp att tolka materialet med. Att slutligen välja och applicera copingteori som teoretiskt ramverk för att analysera intervjupersonernas svar, har gett mig en ny förståelse för vad mindfulness är.

## Tillförlitlighet

För att bedöma studiens validitet och reliabilitet används begreppet tillförlitlighet i kvalitativ forskning (Bryman 2011). Begreppet bär fyra underkategorier: trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och möjlighet att styrka och konfirmera (ibid.).

Innebörden i trovärdighet är att utföra studien enligt gällande regler, att de som intervjuas upplever att forskaren uppfattat dem rätt och att forskaren skapar en bild av verkligheten som andra kan känna tilltro till (Bryman 2011). För mig har detta inneburit att stämma av med intervjupersonerna om jag har uppfattat dem rätt och frågat om något svar avvikit från den bild de tidigare gett i intervjun. Detta är också en slags respondentvalidering (ibid.).

Studiens överförbarhet kan bedömas utifrån fylligheten i beskrivningar som gjorts av intervjupersonernas svar, bakgrund och kontext, som vittnar om hur väl resultaten kan överföras till en annan kontext (Bryman 2011). Varje kurator har presenterats med antal år som yrkesverksam kurator, för att ge en bild av deras erfarenhet. Genom att också behålla vissa längre citat presenteras ett djup i intervjupersonernas berättelser, där kuratorns ståndpunkter träder fram bättre i sitt sammanhang än om de hade fragmentiserats.

Hur väl det metodologiska förfarandet redovisas i en studie ger en uppfattning om dess pålitlighet (Bryman 2011). Just bristande tydlighet är en återkommande kritik för kvalitativa studier (ibid.). För att läsaren ska kunna bedöma studiens kvalitet och resultatets pålitlighet har jag beskrivit tillvägagångssättet från start till slut. Jag har också ämnat vara transparent med hur studiens process har sett ut, med såväl brister som förtjänster.

Slutligen innebär kriteriet att styrka och konfirmera att forskaren inte medvetet ska ha påverkat slutsatserna av undersökningen, genom sina egna personliga värderingar eller teoretisk inriktning (Bryman 2011). Det går inte att få en fullständig objektivitet i samhällsvetenskaplig forskning, men forskaren behöver visa att hen har agerat i god tro (ibid.). Jag är medveten om att mitt eget intresse för mindfulness har gett mig en ingång i ämnet som både kan innebära en fördel och nackdel. Jag har haft lättare att förstå intervjupersonernas berättelser än om jag inte hade haft någon kunskap alls om mindfulness. Mina föreställningar om mindfulness har troligtvis begränsat mig och inneburit att jag har missat aspekter som hade framträtt bättre för någon utan förförståelse. Därtill finns risken att läsaren uppfattar min förförståelse som bias. För transparensens skull har jag redovisat min förförståelse tidigt i rapporten.

I informationsbrevet har jag valt att utelämna information om min instruktörsutbildning. Anledningen till detta är intentionen att motverka att de som tackar ja till studien anpassar sina svar utifrån vad de tror att jag vill höra. Detta har inneburit en minskad transparens gentemot intervjupersonerna. Mitt beslut baserades på ett noga övervägande om risker och förtjänster för metodens tillförlitlighet och resulterade i att det skulle kunna påverka empirin alltför mycket att informera om min förförståelse.

## Etiska överväganden

Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002) har legat till grund för följande resonemang om studiens etiska aspekter. I dessa ingår fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (ibid.)

Av informationskravet framgår att forskaren ska informera och tydliggöra för intervjupersoner vad deras medverkan innebär och vilka villkor som gäller. Varje kurator som har tillfrågats om att delta i studien har fått information om studiens syfte, vad deltagande i studien innebär och vilka forskningsetiska principer som jag förhåller mig till. Därtill har jag bifogat informationsbrev till samtliga intervjupersoner för genomläsning inför intervjun.

Gällande samtyckeskravet ska forskaren inhämta samtycke från intervjupersonen att bedriva undersökningen med dennes deltagande. Då samtliga intervjupersoner har rekryterats via telefon eller mail samt intervjuats via telefon eller dator, har det försvårat användandet av samtyckesblankett vid intervjutillfället. Genom att aktivt tacka ja till att intervjuas för studien anser jag att intervjupersonen har lämnat sitt samtycke till att delta. Av informationsbrevet har det även framgått att deltagandet är frivilligt och att den deltagande har rätt att avbryta sitt deltagande i studien när som helst under studiens gång. Detta till trots framhåller jag avsaknad av samtyckesblankett som en brist i studien, då det är svårt att bevisa intervjupersonens samtycke.

Konfidentialitetskravet innebär tystnadsplikt gällande etiskt känsliga uppgifter och att deltagare ska förbli anonyma. Jag har i framställningen av studien uteslutit alla uppgifter om namn, arbetsplats och andra uppgifter av personlig eller etiskt känslig karaktär. Inspelningar, transkriberingar och personuppgifter förvaras därtill oåtkomligt för obehöriga och kommer att raderas efter uppsatsens publicering. Nyttjandekravet tillgodoses därtill genom att insamlade uppgifter om deltagare inte används till annat än studiens ändamål.

Utöver de fyra huvudkraven lyfter Vetenskapsrådet forskningskravet och individskyddskravet. Forskningskravet innebär att forskning för att utveckla och fördjupa tillgänglig kunskap, samt förbättra metoder (ibid.). I relation till detta står individskyddskravet, som anger att individer aldrig får utsättas för skada eller kränkning genom forskningen (ibid.). Även om studiens frågeställningar inte är av känslig karaktär, skulle känslig information kunna komma upp i intervjuerna. Genom att anonymisera deltagarna och inte utlämna information om

arbetsplatsen, anses risken vara liten för att deltagarna ska lida men av studien. Däremot finns det stora vinster i att närmare undersöka kuratorers uppfattningar och erfarenheter. På så sätt kan deras ”tysta kunskap” tas om hand, utvecklas och fördjupas genom teori och analys. Förtjänsterna av studien bedöms därför överstiga risken och sannolikheten för att individer kan skadas.

Kortsiktigt innebär studien att kuratorer ges en plats i debatten om mindfulness varande eller icke-varande inom primärvården, vilket är ett tillskott till befintlig forskning. Det ger också deltagande kuratorer en stund till reflektion, om sina arbetsuppgifter och yrkesutövning. Möjligen kan det leda till en större medvetenhet om varför kuratorn gör det hen gör och inspirera till att ta en plats i samhällsdebatten. Långsiktigt kan studien bidra till att fler får upp ögonen för kuratorers kunskaper och erfarenheter, samt tar tillvara på dessa. Detta kan vara ett steg i ledet till att avmystifiera kuratorns tysta kunskap, göra den talbar och placera den i ljuset av teoretiska ramverk och forskning.

## Resultat och analys

Analysen har delats in i följande teman; mindfulness passar inte i den akuta fasen, patienters motstånd till mindfulness, ångest och upplevelsemässigt undvikande, mindfulness vid problem på arbetet samt mindfulness som egenvård.

### Mindfulness passar inte i den akuta fasen

I likhet med Hedman-Lagerlöf, Hedman-Lagerlöf och Öst (2018) anser flera av kuratorerna att mindfulness inte bör vara den enda behandlingen i den akuta fasen av sjukdom eller kris. I detta avsnitt skildras kuratorernas erfarenheter av och inställningar till mindfulness i den akuta sjukdomsfasen, vid kris och vid suicidalitet. Insatser som främst används i den akuta fasen är kris- eller stödsamtal eller sjukskrivning för att tillgodose grundläggande behov som sömn.

Kurator 1 har arbetat som kurator i sex år. Hon arbetar med mindfulness med i stort sett alla patienter, eftersom det är en del av det psykosociala teamets arbetssätt att använda mindfulness redan vid första bedömningssamtalet. Patienten får i hemuppgift att öva mindfulness dagligen, som "en del av ångesthanteringen, att stanna upp och observera tankar och känslor". Hon menar dock att det finns undantag för när mindfulness används:

Man märker i samtalet om en patient är för dåligt skick för att klara av en sådan uppgift. Klarar de inte av en sådan uppgift att liksom gå ut 20 minuter på lunchen eller göra vissa grejer som vi kanske föreslår i första ledet, då är ju de sämre skick än vad man har trott från början kanske och då behöver man kanske jobba med vissa andra grejer först. Se till att de stannar upp, och sen lägger man till mindfulnessuppgiften där.

På frågan om vad patienten kan behöva först, innan mindfulness, svarar kuratorn:

Jag tänker kanske att man kanske behöver ta ett break för att kunna sova om man har sovit otroligt dåligt i ett par veckor, har minus liksom där. Man behöver kanske en kort sjukskrivning innan vi kan börja jobba med de grejerna för att bara hämta sig.

Kuratorn gör således en bedömning av patientens psykiska och fysiska status, samt funktionsnivå. Detta överensstämmer med studien av Andermo, Crane och Niemi (2021) som visar att mindfulnessinterventioner ofta föregås av bedömning av patientens hälsostatus, men även patientens förväntningar. Kurator 1 ger sin bild av det:



Ibland så kan det ju vara så att vid det här samtalet så märker man direkt att den här patienten mår så dåligt, så att komma med mindfulness blir bara skrattretande för dem. Alltså, det kan man ju tänka. Jag kan bara prata utifrån mig själv, men jag frågar ju ändå: ”Skulle det vara ett steg att ta?” och ”Hur känns det?” liksom. ”Nej, men jag är här för sjukskrivning.” Alltså, då är vi ganska långt ifrån varandra, men man kan ju väva in det i en sjukskrivning också om de klarar av det.

Patienten i citatet ovan skildrar en patient som befinner sig i en akut sjukdomsfas och har sökt sig till hälso- och sjukvården. Utifrån Lazarus och Folkmans (1984) teori om *coping* befinner sig patienten i en stressfylld situation där inre och/eller yttre krav överstiger patientens resurser. Patienten har redan gjort en *primär tolkning* av situationen (t.ex. arbetssituationen) och bedömt att denna är skadlig. Denna första tolkning ger en känslomässig reaktion, t.ex. stress eller oro för hur arbetet påverkar en (Lazarus och Folkman 1987). Därefter har patienten gjort en *sekundär tolkning* av den stressfyllda situationen och bedömt att hen har förmågan att agera för att hantera situationen; inte på egen hand, men genom att söka stöd hos vården (ibid.). Enligt Lazarus och Folkman (1987) ger interaktionen mellan den primära och sekundära tolkningen vidare upphov till en ny känsloreaktion, som både baseras på vilka konsekvenser situationen bedöms kunna ge och vilka möjligheter individen har att hantera dessa. För att hantera upplevd stress och oro, kan patienten antingen förändra problemet/miljön eller förändra sina känslor kring problemet, vilket enligt Lazarus och Folkman (1984) kan betecknas som *problemfokuserad coping* respektive *emotionsfokuserad coping*. Patienten som Kurator 1 talar om i citatet ovan önskar en sjukskrivning, vilket enligt Lazarus och Folkman kan ses som en slags problemfokuserad coping vilket förändrar förutsättningarna och miljön (ibid.). När kuratorn däremot föreslår mindfulness, vilket skulle kunna betraktas som emotionsfokuserad coping, uppfattar patienten detta som ”skrattretande” enligt kuratorn. Kuratorn upplever att de står ”ganska långt ifrån varandra”. Både patientens reaktion och kuratorns uppfattning blir förklarliga genom Lazarus och Folkmans (1984) teori om coping och därigenom förståelsen att de talar om helt olika copingfunktioner för att hantera situationen. En annan tolkning kan vara att de har olika uppfattning om vad problemet är. Patienten kanske anser att arbetssituationen är problemet, medan kuratorn kanske anser att patienten behöver förbättra sina copingstrategier att hantera situationen.

Att ha kommit ur den akuta sjukdomsfasen är genomgående för hur kuratorerna resonerar om vilka patienter de använder mindfulness med. Kurator 7 har arbetat som kurator i 10 år och uppger att hon har ”breddat” inklusionskriterierna för mindfulness utöver Socialstyrelsens

riktlinjer. Hon använder mindfulness även med patienter som har sin första depression och/eller är nyinsjuknade i depression. Emellertid är hon noga med att de ska ha kommit ur “den värsta fasen”. Kurator 3, som har arbetat i sex år, och Kurator 4, som har arbetat i åtta år, lyfter särskilt hur de ser på mindfulness för personer som befinner sig i kris. Kurator 3 uppger:

Patienter med kriser, i pågående kriser är ju... Det funkar inte riktigt, för då måste man tänka på det grundläggande först och främst. Att det funkar. Men sen när de är mer stabila, då kan man börja med det. [...] Efter månader typ, oftast. Men det är också beroende på person och kris. Alltså, det är så olika. Ja, men inte i den akuta fasen, så kan man säga.

En kris kännetecknas av att befinna sig i en svår situation där ens vanliga sätt att hantera svårigheter inte räcker till (1177 2024). I termer av Lazarus och Folkmans (1984) coping kan det förklaras som att en individ står i en stressfylld situation, där en primär tolkning av situationen resulterat i att denna hotar eller skadar individens välbefinnande. I en sekundär tolkning har patienten bedömt att hen inte har tillräckliga strategier att hantera situationen, vilket kan ge en intensiv känsloreaktion av hjälplöshet (ibid.). Den som befinner sig i kris kan därför behöva stöd utifrån för att anpassa sig till de nya kraven i tillvaron. Kurator 3 gör bedömningen att patienter i pågående kriser inte är stabila nog att introduceras för mindfulness och att de behöver fokusera på att tillgodose grundläggande behov först. Detta kan ta månader, men beror på person och kris. När den akuta fasen har genomlevts kan personen börja bearbeta och acceptera det som har hänt som en del av livet, menar hon. Detta kan förstås som den mer “stabila” fasen, som Kurator 3 menar att mindfulness kan introduceras i.

I likhet med Kurator 3 anser Kurator 4 inte heller att det är lämpligt att använda mindfulness vid kris. Medan Kurator 3 betonar fokus på grundläggande behov, lyfter Kurator 4 att patienten behöver bli mött i sin situation genom samtal:

När någon är i kris och liksom tydlig kris, tydlig sorg, starka känslor, alltså då tycker jag att man behöver... Man måste ju få prata om det man känner över, få ut sig eller få bli mött i det man är i just då liksom. Då kan det ju vara väldigt provocerande att säga “Ja, men nu tar vi och andas här.” haha.

Patienten i kris eller sorg känner starka känslor eftersom den befinner sig i en svår situation, som påverkar välbefinnandet och innebär en primär tolkning enligt Lazarus och Folkmans (1984) teori om coping. Som copingstrategi (sekundär tolkning) söker patienten vård hos kuratorn för att få socialt stöd, vilket är en slags emotionsfokuserad coping (ibid.). Enligt copingteorin kan socialt stöd syfta till att få sympati och förståelse, eller prata med någon som kan göra något åt problemet. Kurator 4 framhåller särskilt att hon inte skulle föreslå mindfulnessövningar för patienter med akut suicidrisk, eftersom risken är att patienten "blir helt ensam med sina känslor och tankar och bara förväntas liksom vara med dem". Kuratorn anser dock att det går att inkorporera mindfulness i vården för patienter med viss suicidalitet, om inte i den akuta fasen:

Det är ju också en skala, var att man är i de tankarna eller så. Men jag tänker ändå det här att checka in med sig själv och liksom att se att tankar är bara tankar. Eller liksom inte bara, men att man kan välja lite grann och att det kan skifta. Känslor kan skifta alltså.

Kurator 4 fortsätter:

Och det kan man ju alltid undersöka och vara nyfiken på... Och det kan ju vara väldigt hjälpsamt att få höra eller få prova liksom. Bli påmind om att man kan känna på olika sätt och det är ju så att det kan ändra sig. Och vad är det som kan ändra sig? Alltså är det relationer eller vad kan jag göra för mig själv? Så det är jättespännande.

Den akuta suicidrisken exkluderar således mindfulnessövningar, men för de med suicidrisk på en annan del av "skalan" menar Kurator 4 att det kan vara hjälpsamt att observera hur även suicidtankar och känslor kan skifta. Kuratorn menar att förhållningssättet att se suicidtankar och känslor som tillfälliga, att de kan ändras, är en insikt i sig men blir också en påminnelse att även andra saker kan ändras. På så sätt kan kuratorn och patienten samtala om hur det som ligger bakom suicidtankarna kan ändras, t.ex. om relationer kan förändras eller om patienten kan göra något för sig själv. Mindfulness som alternativt förhållningssätt till tankar och känslor, anses av Kurator 4 således vara ett sätt att arbeta med patienter med viss suicidalitet - om än inte i den akuta fasen.

## Patienters motstånd till mindfulness

I detta avsnitt förklaras varför kuratorerna anser att vissa patienter provoceras av mindfulness och hur kuratorerna förhåller sig till dessa reaktioner. De flesta kuratorerna som har

intervjuats har erfarenheter av att ha mött patienter som har en negativ uppfattning om mindfulness. Hur kuratorerna förklarar patienternas avvisande av mindfulness kretsar främst kring stress, negativa associationer och identitet, men också kring förväntningar på hjälp.

Enligt McCabe och Day (2021) spelar klienten själv en stor roll för huruvida mindfulness blir lyckat att använda eller ej, bl.a. i frågan om engagemang. Både Kurator 3 och Kurator 4 har erfarenheter av att patienternas egen inställning till mindfulness spelar roll för huruvida de kan ta till sig det. Kurator 4 uppger:

Det beror ju ganska mycket på vad man har för eget mindset. Alltså vad man tänker på när man hör ordet. För det kan ju också vara provocerande och stressande och man är inte alls nyfiken liksom. [...] ”Nej, men det där är inget för mig” - då kan man inte prata mer om det, alltså att man har bestämt sig liksom. Utan man får prata på andra sätt om hur man kan må bättre.

De patienter som enligt Kurator 4 blir stressade och provocerade av ordet mindfulness reagerar följaktligen med avvisande på förslag om att testa. Utifrån Lazarus och Folkmans (1987) copingteori uppstår känslomässiga reaktioner och sätt att hantera dessa utifrån samspelet mellan individ och kontext. Flera system samspekar för att bearbeta stimuli (i detta fall förslaget om att testa mindfulness), såsom patientens miljö och personliga erfarenheter (ibid.). I likhet med detta utvecklar Kurator 4 vidare:

Man har ju olika associationer till mindfulness och det kan låta väldigt pretentiöst och man tänker på meditation och så. Att man liksom inte känner i sig själv, identitetsmässigt, att man är en sån person som sysslar med sånt kanske.

Genom att applicera Lazarus och Folkmans (1987) teori om coping på citaten av Kurator 4 kan patienten som exemplifieras ovan anses ha gjort en primär tolkning av förslaget om mindfulness, som utmynnat i en negativ känsloreaktion. Enligt copingteorin vill individer finna en copingstrategi som minskar den uppkomna negativa känslan. Miljö och personliga erfarenheter spelar in i vilken copingstrategi som bör användas, dvs hur den sekundära tolkningen görs (ibid.). Om patienten inte känner igen sig identitetsmässigt i att vara en sådan som sysslar med mindfulness, så som Kuratorn 4 uppger, vill patienten inte delta. Att verbalt avvisa förslaget, som Kurator 4 nämner i sitt första citat, kan därmed ses som patientens copingstrategi. Enligt Lazarus och Folkman (1984) sker val av coping utifrån hur patienten bedömer situationen. Om patienten hade gjort en annan primär tolkning, så hade därmed valet av coping kunnat bli annorlunda.

Kurator 1 uppger att vissa stressade patienter visar med sitt kroppsspråk vad de anser om att erbjudas mindfulness:

Jag vet inte om någon har uttryckt det, fast det har de genom kroppsspråk och så där, om inte genom ord, att: ”Här sätter jag av tid från mitt arbete för att få professionell hjälp och så ska jag hem och öva på att vara stilla liksom. Har de inte lyssnat på mig?”. Så kan det ju vara om man är uppe i stress.

Kuratorn härleder patientens inställning till stress. Om patienten har gjort en primär tolkning av förslaget om mindfulness som negativt, utlöses en negativ känsloreaktion i enlighet med Lazarus och Folkmans (1987) teori om coping. En sådan reaktion kan vara en stressreaktion, i likhet med hur Kurator 1 tolkar patientens reaktion i citatet ovan. Precis som att patienter kan avvisa förslaget om mindfulness verbalt, kan kroppsspråket i citatet ovan vara en copingstrategi för att visa kuratorn vad patienten anser om mindfulness utan att faktiskt verbalisera det. Kurator 1 berättar att hon har ett sätt för att förebygga negativa reaktioner hos patienter:

Det är ju så att det väcker någonting att säga mindfulnessövning och medveten närvaroövning, så vi säger inte alltid det. Utan bara ”Nu ska vi sitta och vara medvetna om det som sker” kanske eller ”Stanna upp och vara i kroppen” och huvudet eller vad det nu är. För det är ju inte så att vi uttrycker nödvändigtvis att ”Vi använder mindfulness här”.

Precis som Kurator 4 så vittnar Kurator 1 om att patienter kan ha negativa associationer till mindfulness, vilket kan skapa motstånd. Istället för att etikettera övningen som ”mindfulness”, beskriver Kurator 1 vad den innebär och föregår på så sätt patienters eventuella negativa associationer. Patienten får då ta ställning till själva övningen. Kurator 1 har ytterligare strategier för att hantera vissa patienters negativa reaktioner på mindfulness:

Man kan också rama in och ge en ökad förståelse till varför vi på vårdcentralen använder oss av ”det flummiga mindfulness” om man nu tycker det. Det är inte så många som tycker det idag, men det händer ju ändå trots allt. [...] Det är inte så att någon har sagt ”Den skiten vill inte jag hålla på med”. Inte efter en förklaring och liksom varför. Jag brukar förklara varför vi ska använda grejer så att då är de villiga att prova i alla fall för det mesta.

Kuratorn uppger ovan att det händer att patienter tycker att mindfulness är ”flummigt”, men att efter en förklaring så brukar de flesta testa. Utifrån Lazarus och Folkmans (1987) teori om

coping kan det förstås som att patienten får möjlighet att göra en ny primär tolkning, som leder till en ny sekundär tolkning, nämligen att patienten väljer att testa.

Kurator 3 lyfter en annan aspekt av inställningar hos de patienter som är negativt inställda till mindfulness:

De här patienterna som liksom motsätter sig det lite, har tänkt att det ska vara en universallösning. Att det ska ta bort typ deras ångest eller deras depression. Och så är det ju inte. Så de har liksom fel inställning redan innan och då funkar det inte. Och då brukar jag inte säga så mycket, utan bara: ”Nej, så är det ibland”.

Citatet skildrar hur kuratorn anser att patienterna har haft en bild av mindfulness som en “quick fix” (McCabe & Day 2021). Det kan förklaras som att kuratorn upplever att patienterna förväntar sig att mindfulness ska förändra själva problemen. Kurator 3 menar att mindfulness inte fungerar så och väljer därför att varken argumentera eller motivera till mindfulness i dessa fall. Kurator 3 exemplifierar vidare:

Om man tänker att till exempel någon annan ska, alltså, att det ska lösas utifrån... Att något måste förändras och alltså att man bara tror att något måste förändras utanför mig själv, då passar det inte. Men om de förstår att det är liksom ett, vad ska man säga, något som en växelverkan mellan det yttre och det inre så, då passar det bättre.

Kuratorn menar att hon behöver försäkra sig om att patienten förstår att mindfulness i sig inte förändrar yttre omständigheter, utan att patienten själv behöver göra en inre förändring. Detta går i linje med forskningen av Wästlund, Salvesen och Stige (2024) och Salvesen et al. (2023) som betonar att patienter behöver vara beredda på att det “kostar” både mentalt och känslomässigt att göra ett inre jobb genom mindfulness. Kurator 3 anser att patienten behöver inse att förändring sker i växelverkan mellan inre och yttre omständigheter. Enligt henne är en förutsättning för att använda mindfulness “att det finns ett intresse att förstå sig själv... inifrån liksom”.

### Ångest och upplevelsemässigt undvikande

Detta avsnitt skildrar kuratorernas erfarenheter av att vissa egenskaper hos patienter verkar påverka hur intresserade de är av att testa mindfulness. Vidare visar det att kuratorerna uppfattar att vissa patienter är i större behov av mindfulness än andra och att de patienter med störst behov också anses ha svårast för att använda mindfulness. Kuratorerna härleder detta

till att vissa patienter upprepat har haft svårt att hantera sina upplevelser och har därmed utvecklat ett undvikande, vilket krockar med närvaron som krävs för mindfulness.

Kurator 2 har arbetat i 8 år. Han resonerar kring hur vissa patienter inte verkar behöva mindfulness, utan har andra strategier för att hantera sina upplevelser:

Jag tror ju att det beror lite på personen man har framför sig så att säga. Vi är ju lite olika skapade allihopa, vi människor, så att säga. Vissa tror jag inte har så mycket användning för mindfulness, alltså. Du vet, vissa är ju mer så här rationella logiska? “Ja, men det är inte konstigt att jag inte mår bra. Det är ju det och det som har hänt”. Du vet, de kan mer hitta en rationell nivå. Då har de inte så mycket användning av mindfulness liksom.

Kuratoren benämner vissa patienter som “rationella” och “logiska”, utifrån att de förstår orsaken bakom sitt lidande och normaliserar för sig själva att deras reaktioner är förståeliga. Sättet som dessa patienter hanterar påfrestningar är att tolka situationen rationellt eller logiskt och acceptera livets påfrestningar. Det kan ses som att patienten bemöter sig själv med acceptans, vilket är en slags emotionsfokuserad copingstrategi (Lazarus och Folkman 1984). Lazarus och Folkman (1987) menar att vissa orsaker till stress i livet inte kan bemästras genom att förändra situationen genom problemfokuserad coping, utan framhåller vikten av att kunna använda sig av emotionsfokuserad coping, såsom acceptans av vad som har hänt och de känslor som uppkommer (ibid.). Kurator 2 ser inte behovet av att hjälpa dessa patienter utveckla andra strategier och förhållningssätt, eftersom han bedömer att de redan hanterar sin situation på ett rationellt sätt.

Kurator 2 exemplifierar vidare fler sätt som patienter förhåller sig till sina upplevelser, t.ex. att skjuta bort och trycka undan sina tankar:

Och vissa kan ju skjuta bort tankar och få det att funka liksom. Sen så klart, de patientgrupper som jag träffar, de har ofta hamnat i att det är svårt och att de har mycket. Och då hamnar vi i det här undvikandet, att trycka undan, att det skapar motstånd.

Genom Lazarus och Folkmans (1984) teori om coping kan även denna hantering av påfrestningar betraktas som patienternas copingstrategier, nämligen att skjuta bort tankar. Carver, Scheier och Weintraub (1989) anser att undvikande och distraktion är *dysfunktionell*

*coping*, som på kort sikt minskar ångest inför det påfrestande som är, har skett eller kommer, men som upprepande kan skapa problem. Kuratorns åsikt skiljer sig från deras, då han menar att vissa patienter får bortskjutande av tankar att fungera. Han framhåller emellertid att de patientgrupper som han träffar har det så ”svårt” och ”mycket” att bortskjutandet leder till att patienterna utvecklar undvikande och motstånd. Kuratorns erfarenhet kan förklaras genom Lazarus och Folkmans (1984) begrepp *komplexitet* och *flexibilitet* i fråga om coping. Om en individ har väldigt få copingstrategier i sin repertoar, så kan den betraktas ha en låg nivå av komplexitet i fråga om coping. Om individen därtill inte varierar den sina copingstrategier, så har den även låg flexibilitet (ibid.). Kuratorns exempel på hur bortskjutande av tankar fungerar för vissa men inte för andra, kan därmed få sin förklaring i att vissa patienter har tillgång till fler copingstrategier än andra och att möjligheten att anpassa strategi till situation påverkar hur lyckad copingen blir. De patienter som kuratorn träffar kan ha hamnat i ett upprepande av undvikande eftersom de har få andra copingstrategier tillgängliga och har för ”svårt” och ”mycket” för att hantera situationen på annat sätt. Kurator 2 exemplifierar hur svårt det kan vara för patienter med ångest att använda mindfulness, om de har hamnat i ett mönster av att undvika sina upplevelser:

Om du har någon typ av ångestproblematik och att du har hamnat i det här att trycka undan dina upplevelser, så är det klart att det kommer väldigt intensivt då om du bara ska slappna av och vara i det. Då kan man ju tänka att det blir inte så lyckat, i den bemärkelsen att det blir för mycket. Det blir liksom en negativ upplevelse då.

Kuratorn fortsätter:

Man hade ju behövt någon sorts mer anpassning där, att ta det mer stegvis. Det är precis som om någon som är rädd för spindlar alltså, det första man gör är ju inte att sätta spindeln direkt i knät på dem liksom, utan man behöver ju ta det stegvis.

Kuratorn skildrar hur mindfulness kan bli en negativ upplevelse för patienter med ångest och mönster av att trycka bort sina upplevelser, när de konfronteras med att behöva känna sina inre upplevelser utan att undvika dem. Utsattheten för sina egna upplevelser blir för stark, vilket kuratorn jämför med en för stark exponering, en metod som används inom beteendeterapi. Precis som McCabe och Day (2021) menar kuratorn att han behöver anpassa mindfulnessövningarna och exponera stegvis. Om patienten på så sätt inte uppfattar mindfulnessövningen som lika svår (primär tolkning), uppbringas inte lika intensiva känslor.



Patienten kan då bedöma att hen har tillräcklig förmåga att hantera ”hotet” (sekundär tolkning).

Flera av kuratorerna lyfter att mindfulness behöver anpassas för patienter med hög ångest. För vissa kan fokuset på andetaget vara “triggande” och utlösa häftiga ångestreaktioner, vilket leder till att patienter behöver avbryta. Kurator 4 lyfter att dessa patienter kan behöva ett mer “konkret” sätt att utöva mindfulness, såsom kroppsscanning där fokus är på att metodiskt och icke-dömande känna in sin kropp, snarare än andetaget. Kurator 1 har däremot erfarenhet av att uppmärksamhet mot just kroppen kan bli alldeles för starkt, eftersom vissa patienter “försöker fly” från både kroppslig smärta och från tankar. Även Kurator 5 lyfter att patienter med smärta, ångest eller som har varit utsatta för fysiska trauman kan uppleva fysiska förnimmelser som triggande. Hon uppger att de då försöker göra allting för att komma bort från den fysiska sensationen, vilket kan leda till undvikandestrategier som hindrar dem från att hitta en acceptans i sin sjukdom eller att bearbeta det som har hänt. Hon anser att syftet med att öva på mindfulness är att patienter utvecklar en medvetenhet, kan närma sig sina inre upplevelser och vara närvarande i dem. Detta är i linje med Salvesen et al. (2023) och Wästlund, Salvesen och Stige (2024) som menar att mindfulness kan vara en del av en effektiv traumabehandling för patienter med PTSD och dissociativa symtom. Kurator 5 anser vidare att mindfulness “är en grundläggande färdighet som ingår i att vara människa” och att den kan kultiveras genom mindfulnesspraktik. Hon utvecklar nedan:

Jag tänker att det här är en grundläggande färdighet som man behöver för att kunna utöva sin mänsklighet. Och som vi alla utövar mer eller mindre i vår mänsklighet, men att vid psykiskt lidande och delvis också psykisk ohälsa, då försvinner det lite. Och då behöver man plocka upp den färdigheten.

Utifrån studien av O’Bryan et al. (2018) kan bristande medvetenhet och närvaro ha samband med en låg tolerans för påfrestningar, stress och osäkerhet. I enlighet med detta menar Kurator 5 att psykiskt lidande gör det svårt för människor att vara närvarande i upplevelser. Hon anser att en bristande medvetenhet och närvaro i livet innebär att en del av mänskligheten går förlorad, men att detta är färdigheter som kan övas genom mindfulness. Gemensamt för kuratorernas erfarenheter är att mindfulness kan vara ett sätt att öva förmågan till närvaro, acceptans och icke-dömande, samtidigt som att mindfulness innebär att patienten

behöver närma sig just de upplevelser som de försöker undvika. Kurator 7 lyfter emellertid att det inte behöver bli för starkt för att klara av:

Jag har haft många med stark ångest som har varit med i grupperna, som ändå har liksom hårdat ut. Vad ska man säga, kunnat sitta kvar. Och inte pressat sig för mycket, heller. Att man får liksom ta det lite mjukare helt enkelt bara.

Så vilken förklaring kan ges för kuratorernas erfarenheter att vissa patienter med stark ångest kan stanna kvar i ångesten under mindfulnessgrupperna? Utifrån Lazarus och Folkmans (1984) copingteori kan det förklaras med att patienterna använder emotionsfokuserade copingstrategier som fokuserar på att hantera den känslomässiga responsen som uppkommer av mindfulnessövningen, snarare än att förändra situationen genom att t.ex. lämna den. Hayes et al. (2013) menar att strategier såsom kontakt med nuet, acceptans, att frånkoppla sig sina tankar och att ha ett observerande perspektiv på sig själv, hjälper en att minska upplevelsemässigt undvikande och stanna kvar för att närma sig sina upplevelser. I likhet med detta menar Moesch (2023) och Moesch, Ivarsson och Johnson (2020) att det är övandet på att stanna kvar som i sin tur ger en acceptans, välbefinnande och minskad reaktivitet. Att öva på att göra meningsfulla aktiviteter trots obehag, snarare än att välja lättare kortsiktiga undvikandebeteenden, anser de öka ens acceptans och välbefinnande, samt minska ens reaktivitet (ibid.). O'Bryan et al. (2018) menar att patienter med ångest kan öva upp sin affektolerans med mindfulness och på så sätt öka sin tolerans för osäkerhet, påfrestningar och stress. Kuratorernas upplevelser går således i linje med forskning. Ångest och upplevelsemässigt undvikande anses visserligen försvåra för patienter att öva mindfulness, men kuratorernas erfarenheter är att patienterna förbättrar sin förmåga att stå ut med svåra känslor och upplevelser genom mindfulness.

### Mindfulness vid problem på arbetet

Kuratorernas inställningar och erfarenheter av att använda mindfulness vid arbetsrelaterade problem skiljer sig åt. Vissa menar att sådana problem utesluter användandet av mindfulness och kräver åtgärder riktade mot arbetsplatsen. Andra anser att mindfulness kan vara ett medel för att uppnå förändringar i arbetssituationen.

Kurator 6 ger sitt synsätt:

Om människor är överbelastade med arbete tycker jag att det är oförskämt och säga att man ska sätta sig ner och vara mindful. Alltså lite så. Det kan också bli som att det läggs ännu mer krav på individen.

Kurator 6 resonerar kring att det blir fel att använda en (emotionsfokuserad) strategi som mindfulness, när problemet gäller yttre faktorer såsom arbetsbelastning. I likhet med Andersson (2017) problematiserar Kurator 3 att det är individen som ska ändra förhållningssätt, snarare än att det är situationen som behöver förändras. Detta går också i linje med Debaenes (2019) åsikter om att det snarare är fel på situationen än individen om mindfulness behövs för att härda ut. Kurator 1 anser att patienter som mår dåligt pga arbetet kan behöva hjälp med andra åtgärder först, innan mindfulness är aktuellt:

Då får de ingen hemuppgift, utan det blir ju då att prata med arbetsgivaren om hur de ska fördela sina arbetsuppgifter. Eller få stöd i det, att vi gör det tillsammans eller att vi skriver mejl till arbetsgivaren tillsammans eller någonting annat.

Kurator 1 fortsätter:

Och sedan när det blir förändringar som är rimliga, kanske några veckor senare, att vi då börjar prata mer om "Hur kan vi jobba med ångest?". "Hur kan vi jobba med detta som sker i kroppen och stressymptomen?" och så tar vi tag i det. Då kan vi prata mindfulness liksom, men först måste vi rodda lite i var de är någonstans.

Kuratoren beskriver ovan hur problemfokuserad coping prioriteras, såsom att prata med sin arbetsgivare om arbetsbelastningen. Nästa steg blir att arbeta emotionsfokuserat med mindfulness, så att patienten får hjälp att hantera sin ångest och stressymtom. När konkreta problemfokuserade åtgärder kopplat till arbetet kan och behöver göras, kommer mindfulness alltså inte i första hand. Detta kontrasterar mot Anderssons (2017) avhandling, där hon menar att kuratorer och annan vårdpersonal inte diskuterar möjliga åtgärder på individens arbetsplats, utan individualiserar arbetsrelaterad ohälsa. Kurator 1 visar däremot på hur hon beaktar individens kontext, situation och problem, i enlighet med den grund som Moesch (2023) anser att mindfulnessinterventioner ska vila på.

Kurator 2 har en erfarenhet som skiljer sig från de andra kuratorernas. Han har arbetat med mindfulness med en patient vars ohälsa var kopplad till arbetssituationen och menar att mindfulness var ett medel som förändrade arbetssituationen för patienten. Patienten hade en

nedlåtande och aggressiv chef, som skällde ut anställda framför andra. Så fort patienten satte sig i bilen på väg till jobbet mårde hon dåligt:

De här tankarna kom i stil med ”Ja nu står han och väntar på mig och ska skälla ut mig, för jag gjorde säkert något fel igår” du vet. Hon kunde vara redan på, liksom, beredskap och börjat spänna sig i bilen. ”När kommer hotet?” liksom. Och där var hon ju så inne i den bilden, och i den här, alltså, historien om sig själv, som att ”Jag kommer inte klara det”. ”Om det kommer, så är det bara att göra mig liten, att bara acceptera det”, så att säga. Så allt det som det drev på det beteendet var det här att hon var så inne i tanken om att ”Jag har gjort fel. Han kommer att...”. Ja, sen var han ju knäpp så att säga, men när hon var i det tillståndet, att hon då direkt skulle gränssätta emot honom, säga ifrån, nej... Hon hade inte den... det gick inte. Det här täckte det liksom. Det styrde henne för mycket.

Kurator 2 beskriver ovan hur det arbetsrelaterade problemet inte var hög arbetsbelastning som i de andra kuratorernas exempel, utan att problemet gällde en chefs beteende som hade bidragit till att patienten hade utvecklat psykisk ohälsa. Gränssättning gentemot chefen var inte var möjligt i det tillstånd som patienten befann sig i, där hennes negativa tankar om sig själv vidmakthöll problemet. Kuratorn använde mindfulness som första steg för patienten att träna på ett mer observerande förhållningssätt till tankarna och mer specifikt en teknik som kallas defusion (Hayes et al. 2013). De gav patientens sinne namnet ”Kalle” för att ge henne distans till tankarna. Kuratorn beskriver hur det gick till:

Det är precis som hjärtat. Hjärtat pumpar blod. Sinnet producerar tankar. Så där jobbar vi med att dels är det ett namn, ett fysiskt namn. Du vet, kalla den för ”Kalle”. Och så fick hon träna på att börja ha som en dialog med Kalle. Inte den här attityden att ”Nej, varför tänker jag detta? Bort med detta!” utan ”Okej, hallå Kalle, välkommen. Nu är du här igen, vad säger du nu?”

Kurator 4 fortsätter:

Så det var en träningsprocess att det var ”Kalle” som spottar ut de här tankarna. Det var inte att tankarna skulle försvinna, men de fick mindre kraft.

Kurator 4 menar att perspektivet att sinnet producerar tankar av sig själv och att en tillåtande attityd gentemot dem gav dem mindre kraft. När tankarna ”Jag har gjort fel” och ”Jag kommer inte klara det” fick mindre kraft över patienten, så kunde hon och kuratorn utveckla hennes egen förmåga att hantera situationen. Detta överensstämmer med Mellner, Osika och

Niemis (2022) ståndpunkt om att en individbaserad intervention som mindfulness kan öka individens förmåga att förhålla sig till sin utmanande arbetssituation på ett sätt som ökar individens välbefinnande. Genom att låta tankarna få mindre kraft som ett första steg utifrån mindfulness, kunde kuratorn arbeta vidare med patienten med gränssättning gentemot chefen i nästa steg:

Och sen så jobbar vi med att gränssätta. När han sa någonting, så skulle hon säga till honom. Så det var ett lyckat exempel. Och sedan när hon då började gränssätta, så stärkte det henne och det fungerade. Hon mådde bättre. Då fick man ju en positiv spiral liksom. Och med tiden så byggde hon ju upp sin tro på sin egen förmåga och självförtroende, att kunna stå upp om det skulle komma. Och mindfulnessen var lyckad där, för hade man inte fått distansen till ”Kalle”, så hade hon varit så fast i det att det vore svårt att komma vidare. Det var så styrande liksom.

Kurator 2 menar att mindfulness var ett medel för att kunna arbeta med beteendeförändring. Ur ett copingperspektiv kan det förstås som att patienten utövade emotionsfokuserad coping, för att därefter kunna förändra sin vanliga copingstrategi från undvikande till att angripa problemet rättfram och problemfokuserat (Lazarus & Folkman 1984). I likhet med Gawande et al. (2023), Salvesen et al. (2023) och Wästlund, Salvesen och Stige (2024) anser Kurator 2 att mindfulness ledde till en ökad tilltro till den egna förmågan, samt bidrog med verktyg att hantera sin omgivning och ta kontroll över omständigheterna. Kuratorns erfarenhet går också i linje med en MBSR-studie av Walach et al. (2007) där individer med stressrelaterad ohälsa kopplat till arbetet utvecklade strategier för stresshantering, men fick också insikter som ökade individernas kritiska förhållningssätt till problem i arbetssituationen (ibid.). Även om interventionen riktas mot individen, ansågs den av Kurator 2 frigöra individens resurser att förändra sin situation. Detta står i skarp kontrast till Debaenes (2019) åsikter om att mindfulness inte har någon koppling till sociala omständigheter.

Användandet av mindfulness för yttre problem kan emellertid problematiseras genom Anderssons (2017) avhandling, som kritiserar att individuella lösningar ges för psykisk ohälsa som snarare beror på situationen eller strukturer. Enligt Anderssons (2017) avhandling fokuserar kuratorer i vården på att patienter med arbetsrelaterad psykisk ohälsa ska ändra förhållningssätt till arbetet, byta jobb eller öva på gränssättning, även om kuratorerna själva kan anse att detta individualiserar problemet (ibid.). Kurator 2 arbetade med just gränssättning, vilket han menar förändrade individens tankar, som i sin tur bidrog till att hon kunde förändra sin situation. Även om individinsatser vid arbetsrelaterad psykisk ohälsa

enligt Andersson (2017) kan anses individualisera problemen, menar Kurator 2 att mindfulness var ett första steg för att medarbetaren överhuvudtaget skulle kunna förändra några yttre omständigheter på arbetsplatsen.

## Mindfulness som egenvård

Alla kuratorer som har medverkat i studien är överens om ett syfte med mindfulness: att det inte ska vara en tillfällig lösning. De menar att mindfulness är något som patienterna kan ta med sig vidare i livet och fortsätta använda efter avslutad intervention. Mindfulness beskrivs inte endast som specifika övningar, utan som ett förhållningssätt till upplevelser i livet.

Kurator 1 patienterna behöver fortsätta med mindfulness “även när det blir bra i livet, för att det ska bli hållbart”. Hon tillägger dock att de alltid kan få en påminnelse ifall de glömmer bort mindfulness, t.ex. genom att höra av sig på nytt eller gå på yoga, där mindfulness är ett förhållningssätt. Kurator 7 håller med om att mindfulness behöver bli en vana, även om det är svårt att få till det:

Men det är ju ingen enkel metod egentligen. [...] Jag tänker att det blir ju utmanande att få in det som en regelbundenhet i livet, för att det är ju färskvara precis som annan träning. För att det ska liksom ha effekt på hjärnan så behöver du ju göra det varje dag.

Enligt McCabe och Day (2021) beror patienters symtomreduktion av ångest och depressiva symtom vid mindfulness på hur väl patienten har integrerat mindfulnesspraktiken i sin vardag. På samma sätt anser kuratorerna att mindfulness behöver bli en del av patientens liv, för att det ska bli en hållbar förändring och ge fortsatt effekt. Detta kan ses som en slags egenvård. Patienten får eget ansvar att bibehålla sitt nyvunna förhållningssätt, men kan också kontakta vården på nytt eller uppsöka sammanhang själva för att påminna sig själva. Kurator 6 håller med om att mindfulness inte ska vara en punktinsats och beskriver mindfulness på följande vis:

Ett sätt att leva. Att ha det i sig själv som människa, att ha kontakt med sig själv - det är liksom en styrka, en trygghet och en bas, tycker jag. [...] Ett självomhändertagande är det ju också, tycker jag. Att man liksom lär sig att lyssna in sin egen kropp och vad som händer i en, inte söka efter det utanför sig själv, liksom, utan i.

Kuratorn betraktar mindfulness som ett självomhändertagande, en styrka, bas och en trygghet att själv förstå vad som händer i en. Detta kan liknas vid den självförmåga (tillit till den egna

förmågan) som Gawande et al. (2023) menar ökar av mindfulness. Att patienten därtill “lära sig lyssna in sin egen kropp” kan i enlighet med Gawande et al. (2023) förklaras med att mindfulness ger en ökad introceptiv medvetenhet (medvetenhet om kroppens signaler). Kurator 1 berättar om sin erfarenhet av att en patient med panikångestsyndrom lärde sig att självreglera genom mindfulness, vilket innebär förmågan att reglera sina känslor, tankar och handlingar. På vårdcentralen fick patienten lära sig att reglera ner sin panikångestattack med hjälp av mindfulness, för att vidare kunna göra det själv hemma. Kurator 1 reflekterar:

Och då är det ju jättebra, va? För då känner sig ju patienten... ”Du klarade det ju nu, då klarar du det sen också” liksom. Men du måste öva. Och inte bara i det akuta skedet, utan att våga vara i detta och öva. För det blir inte värre än att du kan reglera ner det själv - och det går liksom.

Skeendet kan förklaras som att kuratorn genom mindfulness hjälper patienten att emotionsreglera för att reglera ner sin panikångestattack. Enligt Goldin och Gross (2010) biopsykologiska perspektiv fungerar mindfulness genom att det ökar förmågan till emotionsreglering, minskar reaktivitet, minskade negativa känslor och minskar aktivitet i hjärnans rädslocenter amygdala. Just emotionsreglering anses vara en central förmåga för patienter att hantera långvariga eller kroniska symtom (Gawande et al. 2023; Goldin & Gross 2010; Kabat-Zinn 2003). Likt McCabe och Day (2021) menar också kuratorn att syftet med att öva mindfulness är att patienterna ska stå ut med sina upplevelser och självreglera när de blir överväldigade, istället för att falla in i gamla mönster. Kurator 6 anser att det är vanligt att människor inte är så bra på att förstå och reglera sina egna känslor. Hon berättar:

Ångest är ju också rädsla. Jag tror också att vi inte är så bra utbildade i vårt liv att... Alltså vi går gärna till en annan och berättar och tänker att det finns en annan som är expert på mina känslor på något sätt. Alltså, vi äger inte det riktigt själv, för att vi inte har lärt oss att äga det.

Hon lägger till:

Sedan är det skönt att prata med någon om man mår dåligt, det är inte det, men jag tror det ändå blir en slags trygghet att... Alltså man känner ju liksom att man kan lugna ner systemet med sin andning och hur mycket bättre, hur det släpper och hur skruvstådet liksom lossnar och så. Det är ju en trygghet.

Kurator 6 beskriver ovan åsikten att människor tenderar att söka lösningar på sina egna känslomässiga problem hos andra, t.ex. hälso- och sjukvården. Utifrån Lazarus och Folkmans

(1984) copingteori kan detta förstås som att patienterna upplever påfrestningar som överstiger deras egen kapacitet och söker därför stöd utanför sig själva, vilket är en slags emotionsfokuserad coping. Kurator 6 menar inte att detta är negativt, men anser att mindfulness kan ge grundtryggheten att förstå sina känslor och ”lugna ner systemet” på egen hand. Kuratorn beskriver vilka förändringar hon ser hos patienterna:

Jag har sett det på dem, och de har ju uttryckt också, att det är som att de har liksom lugnat ner sig eller vad jag ska säga. Det är precis som de har fått ett verktyg som man kan ta med sig överallt, nämligen din egen andning. Och lära sig att inte liksom reagera på allting utåt. [...] De blev tryggare, skulle jag vilja säga. Tryggare och gav mer stabilt intryck efter ett tag. [...] Från att vara rädda liksom. De hade inga ord för vad de kände och så.

Kurator 6 beskriver sina erfarenheter av att patienterna har gått från att vara rädda, inte ha ord för vad de känner och reagera utåt, till att uppvisa trygghet och stabilitet. Hennes upplevelse kan relateras till den symptomreduktion och minskade upplevelser av negativa känslor som Goldin och Gross (2018) framför i sin forskning om mindfulness som emotionsreglering. Detta kan också relateras till forskningen av Demarzo et al. (2015) som menar att mindfulness förbättrar hälsan överlag, men särskilt den psykiska hälsan och livskvaliteten. Enligt Kurator 6 har patienter lärt sig att inte ”reagera på allting utåt”. Kurator 4 beskriver som att mindfulness innebär att “checka in med sig själv och inte bara reagera som man brukar, utan bryta lite gamla mönster”. Utifrån tidigare forskning kan detta förstås som att mindfulness gör att patienter stannar upp och skapar “pauser” mellan stressor och reaktion, vilket innebär en minskad reaktivitet (Goldin & Gross 2018; Moesch 2023; Moesch, Ivarsson och Johnson 2020; O’Byran 2018). I relation till studien av Hayes et al. (2013) kan förstås som att mindfulness skapar en “psykologisk flexibilitet”, där individen kan välja hur hen vill handla utifrån sina egna värderingar, snarare än att reagera impulsivt och reaktivt.

Utifrån Lazarus och Folkmans (1987) copingteori kan förändringen hos patienterna också förklaras med att de har fått tillgång till en ny färdighet och resurs. Framtida tolkningar av situationer blir inte lika hotfulla om individer upplever att de har resurser att hantera dem (ibid.). Utifrån copingteorins tillämpning på kuratorernas resonemang kan mindfulness kan också betraktas som en ny slags emotionsfokuserad copingstrategi i sig, som patienter kan använda för att reglera sina känslor och som de kan bära med sig som förhållningssätt i livet.



Slutsatsen illustreras av Kurator 1 som svarar på frågan om hur länge hon tänker att patienten ska fortsätta med mindfulness: ”...Alltså, då tänker jag att det ska bli en del av livet, va?”

## Avslutande diskussion

Genom analys med copingteori och tidigare forskning har kuratorernas erfarenheter och inställningar till mindfulness förklarats på ett fördjupat plan. Slutsatserna diskuteras ytterligare i detta avsnitt och kopplas till frågeställningen.

### Vad är kuratorers erfarenheter av att använda mindfulness?

Kuratorernas erfarenheter är mångfacetterade och varierande, även om det har uppkommit flera gemensamma teman. De största lärdomarna gäller vad kuratorerna anser att mindfulness kan bidra med för patienterna.

En av studiens iakttagelser är att Socialstyrelsens rekommendationer breddas i den kliniska verksamheten till att innefatta även ej återkommande depression, ångest, stress, arbetsrelaterad ohälsa, panikångestsyndrom och suicidtankar. I praktiken innebär detta att Socialstyrelsens riktlinjer inte följs med rigiditet, utan att kuratorns kliniska bedömning, kunskap och erfarenheter väger tungt i frågan om när mindfulness används inom primärvården. Det verkar som att kuratorn har en jurisdiktion och handlingsutrymme på vårdcentralen i fråga om vilka patientgrupper som erbjuds mindfulness.

En annan observation är att kuratorerna ser ett tydligt mönster i att patienter med ångest och undvikandemönster har som svårast att använda mindfulness, men anses paradoxalt nog vara de som behöver det som mest. Kuratorerna är dock enade i att mindfulness är en passande åtgärd för att låta patienten närma sig sina inre upplevelser och vara närvarande i dem igen. När patienter stannar kvar i övningen och står ut med sina känslor och obehag, så menar kuratorerna att de bryter undvikandemönster och får nya erfarenheter av att kunna vara närvarande i att hantera sina upplevelser.

En av studiens slutsatser är att kuratorerna upplever att patienter utvecklar nya sätt att förhålla sig till sig själva och sina tankar, känslor och upplevelser genom mindfulness. Ur kuratorernas perspektiv ter sig detta innebära positiva förändringar i hur de förhåller sig till sig själva och yttre företeelser. Utifrån Lazarus och Folkmans copingteori kan detta förstås som emotionsfokuserad coping, medan det i relation till tidigare forskning kan liknas vid självreglering och emotionsreglering. Syftet med mindfulness är egentligen inte att reglera

känslor, utan att förhålla sig till tankar, känslor och förnimmelser utan att förändra dem, undvika dem eller distrahera sig. Att lära sig att låta tankar, känslor och upplevelser vara, istället för att vanemässigt reagera och på så sätt öka sin känslor arousal, resulterar emellertid i att patienterna reglerar sig själva med mindfulness enligt kuratorerna. Kuratorerna menar att mindfulness kan bäras med som ett förhållningssätt eller verktyg att ta till vid påfrestande situationer i livet. Kuratorernas åsikter är att mindfulness bärs med i livet även efter avslutad hjälp från hälso- och sjukvården. Detta kan därför betraktas som att kuratorerna ser mindfulness som en slags egenvård.

En slutsats av kuratorernas olika åsikter om mindfulness vid arbetsrelaterade problem är att kuratorer uppvisar en stor medvetenhet om hur individen påverkas av sin kontext, men också att individen kan påverka kontexten genom att få tillgång till nya verktyg genom kuratorn. Denna erfarenhet stöds av forskning och går också hand i hand med kuratorns roll att frigöra människors resurser och stärka individer till att kunna förbättra sina livsvillkor. Enligt kuratorerna utkonkurrerar inte heller mindfulness konkreta problemlösande vårdåtgärder, utan verkar snarare tillföra en ny dimension till hälso- och sjukvården där patienten ges makt och ansvar att bidra till sin egen förändring.

### Vad är kuratorers inställningar till att använda mindfulness?

Studien har belyst hur kuratorer ställer sig till att använda mindfulness och det korta svaret är att deras generella inställning är positiv. De med kritiska röster uteblev med sitt intresse för att delta i studien. Emellertid har kuratorerna bidragit med ny kunskap om mindfulness som intervention.

En slutsats är att mindfulness inte betraktas som en universell lösning, utan som en åtgärd som kräver noggrann bedömning och anpassning till individens specifika behov och förutsättningar. Mindfulnessinterventioner föregås således i regel av en klinisk bedömning, även om en kurator berättade att de använder det med i princip alla patienter. Kuratorerna ansåg annars att mindfulness inte ska användas i den akuta fasen av sjukdom och kris, utan då krävs snarare problemfokuserade åtgärder. Faktorer som behöver beaktas är patientens hälso- och sjukdomstillstånd, kartläggning av krisens eller sjukdomens fas, patientens motivation och samtycke, samt kuratorns egen inställning och erfarenhet av att använda mindfulness vid det aktuella tillståndet.

En angränsande slutsats är att kuratorerna anser att mindfulness inte passar alla, eftersom kuratorerna menar att det kräver en viss inställning. Hur kuratorn hanterar patientens motstånd till mindfulness anser jag skildrar ett skickligt balanserat mellan kuratorns professionella bedömning och tro på insatsen, och respekt för patientens självbestämmande. I de fall då kuratorn upplever att patienten inte tror på insatsen eller vill göra ett "inre arbete", så används inte mindfulness eftersom kuratorerna inte anser att insatsen skulle lyckas. Detta anser jag inte är unikt för mindfulness utan gäller även för andra hälso- och sjukvårdsinsatser som kräver ett inre arbete av patienten, såsom psykoterapi.

Gemensamt för kuratorernas inställningar är att mindfulness inte betraktas som en punktinsats, utan som en slags livslång egenvård. Kuratorerna tänker att mindfulnessinsatsen är ett startskott till en förändring och att det är upp till patienten att fortsätta på egen hand. Frågan är hur många patienter som lyckats införliva mindfulness som förhållningssätt till livet och fortsätter göra övningar efter interventionen - och för hur många det enbart blir en punktinsats.

### Avslutande ord

Slutligen vill jag nämna att det kan anses både djärvt och vanskligt att försöka teoretiskt förstå en upplevelsebaserad intervention som mindfulness. När mindfulness sätts i en vetenskaplig kontext kan dock det "flummiga mindfulness" omvandlas till en evidensbaserad praktik. Detta höjer dess status, vilket kan försvara dess plats inom svensk hälso- och sjukvård. På så sätt kan fler människor lära sig ett annat sätt att förhålla sig till sina tankar, känslor och upplevelser.

Min uppfattning är att det finns fler viktiga perspektiv på mindfulness. Denna studie anses därför vara ett litet bidrag till ett djupt och vidsträckt forskningsfält. En av flera forskningsfrågor som har väckts under studiens gång är hur de patienter som avböjer förslag om mindfulness ser på interventionen och vilka skäl de ser till avvisandet. Det vore också värdefullt att utforska hur mindfulness upplevs av de patienter som kuratorerna anser har upplevelsemässigt undvikande. Ett annat uppslag för framtida forskning är huruvida uppföljningar efter avslutad mindfulnessintervention kan bidra till att stödja patienter att fortsätta praktisera sin nyvunna kunskap och bibehålla positiva förändringar. Det vore också intressant att undersöka om patienter själva upplever att mindfulness har lett till förändringar i deras sociala situation och hur detta kan förstås ur ett psykosocialt perspektiv.

## Referenslista

1177 (2024) Att hamna i kris. [<https://www.1177.se/Skane/liv--halsa/psykisk-halsa/att-hamna-i-kris/> Hämtat: 2024-04-12].

Andersson, Réka (2017) *Gränsdragningar i Vårdens Vardag: Hanteringen av arbetsrelaterad psykisk ohälsa i det svenska välfärdssystemet*. Doktorsavhandling. Linköping: Tema Teknik och social förändring.

Andermo, Susanna, Rebecca Crane & Maria Niemi (2021) The Implementation of Mindfulness-Based Programs in the Swedish Healthcare System-A Qualitative Study. *Global advances in health and medicine*, 10: 1-12.

Bergman Nordgren, Lise, Brjánn Ljótsson, Viktor Kaldó & Li Wolf (2018) *Personer med psykisk ohälsa ska i första hand erbjudas de behandlingar som har vetenskapligt stöd*. [<https://www.sydsvenskan.se/2018-07-31/personer-med-psykisk-ohalsa-ska-i-forsta-hand-erbjudas-de-behandlingar-som-har-vetenskapligt-stod> Hämtat: 2024-02-19].

Bodhi, Bhikkhu (2011) What does mindfulness really mean? A canonical perspective. *Contemporary Buddhism*, 12: 19–39.

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Andra uppl. Malmö: Liber.

Carver, Charles S., Michael F. Scheier & Jagdish K. Weintraub (1989) Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2): 267-283.

Chiesa, Alberto (2012) The Difficulty of Defining Mindfulness: Current Thought and Critical Issues. *Mindfulness*, 4: 255–268.

Demarzo, Marcelo, Jesús Montero-Marin, Pim Cuijpers, Edume Zabaleta-del-Olmo, Kamal R. Mahtani, Akke Vellinga, Caterina Vicens, Yolanda López-del-Hoyo & Javier García-Campayo (2015) The Efficacy of Mindfulness-Based Interventions in Primary Care: A Meta-Analytic Review. *Annals of family medicine*, 13(6): 573–582.

Galante Julieta, Claire Friedrich, Anna F. Dawson, Marta Modrego-Alarcón, Pia Gebbing, Irene Delgado-Suárez, Radhika Gupta, Lydia Dean, Tim Dalgleish, Ian R. White & Peter B. Jones (2021) Mindfulness-based programmes for mental health promotion in adults in nonclinical settings: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS Medicine*, 18(1): 1-40.

Gawande, Richa, Lydia Smith, Alexandra Comeau, Timothy B. Creedon, Caitlyn L. Wilson, Todd Griswold, Benjamin L. Cook, Eric B. Loucks & Zev Schuman-Olivier (2023) Impact of warm mindfulness on emotion regulation: A randomized controlled effectiveness trial. *Health Psychology*, 42(10): 699–711.

Goldin, Philippe R. & James J. Gross (2010) Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1): 83-91.

Grossman, Paul (2008) On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *Journal of Psychosomatic Research*, 64: 405–408.

Hayes, Steven C., Kirk D. Strosahl & Kelly G. Wilson (1999) *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change*. Guilford: New York.

Hayes, Steven C., Michael E. Levin, Jennifer Plumb-Villardaga, Jennifer L. Villatte & Jacqueline Pistorello (2013) Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44(2): 180–198.

Hedman-Lagerlöf, Maria, Erik Hedman-Lagerlöf & Lars-Göran Öst (2018) The empirical support for mindfulness-based interventions for common psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(13): 2116–2129.

Kabat-Zinn, Jon, Leslie Lipworth & Robert Burney (1985) The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8: 163–190.

Kabat-Zinn, Jon (2003) Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2): 144–156.

Krey, Jens (2018) *Skånsk oenighet om mindfulness i vården*. [<https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/allmanmedicin/skansk-oenighet-om-mindfulness-i-varden/> Hämtat: 2024-02-12].

Lazarus, Richard S. & Susan Folkman (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, Richard S. & Susan Folkman (1987) Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3): 141-169.

Lim, Hui Ling (2022) Mindfulness and Motivation in Self-Transformation: Thich Nhat Hanh's Teachings on the Interbeing. *Manusya: Journal of Humanities*, 24(3), 334-354.

Malinowski, Peter (2008) Mindfulness as psychological dimension: Concepts and applications. *Irish Journal of Psychology*, 29: 155–166.

MBSR training (2024) What are the 7 pillars of mindfulness according to Jon Kabat-Zinn? [<https://mbsrtraining.com/jon-kabat-zinn-mindfulness/> Hämtat: 2024-02-28].

McCabe, Rebecca & Elizabeth Day (2022) Counsellors' experiences of the use of mindfulness in the treatment of depression and anxiety: An interpretative phenomenological analysis. *Counselling & Psychotherapy Research*, 22(1): 166–174.

Mellner, Christin, Walter Osika & Maria Niemi (2022) Mindfulness practice improves managers' job demands-resources, psychological detachment, work-nonwork boundary control, and work-life balance - a randomized controlled trial. *International Journal of Workplace Health Management*, 15(4): 493–514.

- Moesch, Karin (2023) A Mindfulness- and Acceptance-Based Intervention for Injured Athletes, *Journal of Sport Psychology in Action*, Advance online publication, 1-13.
- Moesch, Karin, Andreas Ivarsson & Urban Johnson (2020) “Be Mindful Even Though It Hurts”: A Single-Case Study Testing the Effects of a Mindfulness- and Acceptance-Based Intervention on Injured Athletes’ Mental Health. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 14(4): 399-421.
- O’Bryan, Emily M., Christina M. Luberto, Kristen M. Kraemer & Alison C. McLeish (2018) An examination of mindfulness skills in terms of affect tolerance among individuals with elevated levels of health anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping*, 31(6): 702-713.
- Region Skåne (2018) Mindfulnessutbildning till Region Skånes vårdcentraler. [<https://media1.cfms.se/2018/11/mindfulnessutbildning-till-region-skanes-varldcentraler-2018-10-12.pdf> Hämtat: 2024-02-19].
- Salvesen, Katinka Thorne, Signe Hjelen Stige, Malin Wästlund & KariAnne Vrabel (2023) Change despite obstacles: A mixed-methods pilot study of a trauma-sensitive mindfulness and compassion intervention. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4): 1-11.
- Segal, Zindel V., Mark G. Williams & John D. Teasdale (2002) *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapses*. New York: Guildford.
- Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering 2013. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021) *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sundquist, Jan, Åsa Lilja, Karolina Palmér, Ashfaque A. Memon, Xiao Wang, Leena Maria Johansson & Kristina Sundquist (2015) Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 206(2): 128-135.
- Sundquist, Jan, Karolina Palmér, Ashfaque A. Memon, Xiao Wang, Leena Maria Johansson & Kristina Sundquist (2019) Long-term improvements after mindfulness-based group therapy of depression, anxiety and stress and adjustment disorders: A randomized controlled trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4): 943–952.
- Svenska Akademien (2015) Svenska Akademiens ordböcker. [<https://svenska.se/tre/?sok=mindfulness&pz=8> Hämtat: 2024-03-06].
- Thera, Nyanaponika (1973) *The heart of Buddhist meditation*. Tredje uppl. London: Rider.
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders gotab.
- Walach, Harald, Eva Nord, Claudia Zier, Heinz Schüpbach, Barbara Dietz-Waschkowski & Susanne Kersig (2007) Mindfulness-based stress reduction as a method for personnel

development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management*, 14(2): 188–198.

Wästlund, Malin, Katinka Thorne Salvesen & Signe Hjelen Stige (2024) Clients' experiences with a Trauma-sensitive mindfulness and compassion group intervention: a first-person perspective on change and change mechanisms. *Psychotherapy Research*, 34(1): 81–95.



# Bilagor

## Bilaga 1 – Informationsbrev

### **Studie om mindfulness i primärvården**

#### **Syfte**

Som examensarbete på Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet (60 hp) på avancerad nivå vill jag undersöka inställningen till mindfulness och erfarenheter av att arbeta med mindfulness på vårdcentraler i Skåne. Jag önskar intervjua brett - såväl mindfulnessförespråkare som mindfulnesskritiker.

#### **Vad innebär ett deltagande i studien?**

Studien vänder sig till alla vårdanställda inom primärvården som har någon erfarenhet av mindfulness i patientarbete. Det finns inget minimikrav på erfarenhetsnivå, utan oavsett hur lite eller mycket erfarenhet du har så är du välkommen att anmäla ditt intresse. Intervjun beräknas ta ca 60 minuter. Du kan välja att intervjuas på din arbetsplats eller digitalt via Teams/Zoom, utefter vad som passar dig. Jag har också tillgång till rum på min praktikplats på en vårdcentral inom Region Skåne.

#### **Etiska överväganden**

Studien genomförs i enlighet med Vetenskapsrådets etiska principer. Detta innebär att allt insamlat material kommer att förvaras på ett sådant sätt att det är oåtkomligt för obehöriga och kommer att raderas när uppsatsen är färdig. Ditt deltagande i studien är naturligtvis frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan. Din medverkan i studien är anonym, på så vis att inga personuppgifter kommer att användas i uppsatsen. Det kommer inte heller att framgå på vilken vårdcentral du arbetar på. Intervjun kommer att spelas in genom ljudupptagning för transkribering, förutsatt att du samtycker till det.

#### **För att anmäla ditt deltagande i studien och/eller för att ställa frågor, vänd dig till:**

Lina Svensson, Student vid Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet (Lund Universitet)  
e-post: [svensson.lina@outlook.com](mailto:svensson.lina@outlook.com), telefonnummer: 070-491 73 64

Handledare: Sara Hultqvist, [sara.hultqvist@soch.lu.se](mailto:sara.hultqvist@soch.lu.se)

**Intervjuer kommer att hållas i mars** och bokas in löpande efter hand som respondenter meddelar sitt intresse.

## Bilaga 2 – Intervjuguide

### **Intervjuguide**

#### **Bakgrund**

Hur länge har du arbetat som kurator?

Vilken arbetslivserfarenhet och utbildningsbakgrund har du?

Vad tänker du på när du hör ordet mindfulness?

Hur kommer det sig att du började arbeta med mindfulness?

#### **Användningsområden**

På vilket/vilka sätt använder du mindfulness?

Hur lång är en “behandling” och hur långa är sessionerna?

Används mindfulness som ensam “behandling” eller som komplement till annan behandling?

Motiverar du patienter till att ta emot mindfulness?

Vad avgör om en patient erbjuds mindfulness? Finns det undantag till detta?

#### **Frågor om förtjänster och fördelar med mindfulness**

Huvudfråga: Kan du berätta om en gång då det varit lyckat att använda mindfulness?

Vad var syftet med att använda mindfulness?

Vad gjorde att du bedömde att mindfulness skulle passa för patienten?

Är det vanligt att patienter med denna problematik får mindfulness?

I vilka situationer skulle du absolut använda mindfulness?

Har det funnits tillfällen då du har känt särskild tilltro till mindfulness?

#### **Frågor om nackdelar och risker med mindfulness**

Huvudfråga: Kan du berätta om en gång då det inte har varit lyckat att använda mindfulness?

Vad var syftet med att använda mindfulness?

Vad gjorde att du bedömde att mindfulness skulle passa för patienten?

Är det vanligt att patienter med denna problematik får mindfulness?

I vilka situationer skulle du absolut inte använda mindfulness?

Har det funnits tillfällen då du har tvivlat på att fortsätta använda mindfulness?

### **Kontextuella faktorer**

Uppfattar du att det finns faktorer hos dig som instruktör som påverkar hur det går att arbeta med mindfulness?

Uppfattar du att det finns faktorer på arbetsplatsen som påverkar hur det går att arbeta med mindfulness?

Om mindfulness ges i grupp som svar på fråga under “Användningsområden” - fråga även:

Uppfattar du att det finns faktorer i gruppen som påverkar hur det går att arbeta med mindfulness?)

### **Avslutning**

Finns det något jag inte har frågat om men som du anser är viktigt att berätta om i sammanhanget?