



Socialt arbete ledning och organisation 15 Hp

# KANDIDATUPPSATS



Hur uttrycks det existentiella och andliga behovet på  
vårdcentralen?  
En kvalitativ studie utifrån vårdpersonalens perspektiv

Gudrun Bengtsson  
Johnny Ramos

Socialt arbete  
40 sidor

Halmstad 2013-06-17

Högskolan i Halmstad  
Socialt arbete ledning och organisering  
15 Hp. Vt.2013

# Hur uttrycks det existentiella och andliga behovet på vårdcentralen?

---

En kvalitativ studie utifrån personalens perspektiv

Författare: Gudrun Bengtsson  
Johnny Ramos  
Examinator: Carin Nyman

## **Sammanfattning**

Titel: Behövs det existentiella och andliga samtalet på vårdcentralen?

Författare: Gudrun Bengtsson och Johnny Ramos

Sektion: Hälsa och Samhälle, Socialt arbete - ledning och organisering

Handledare: Helena Eriksson

Tid: Vårterminen, 2013

Sidantal: 40

Nyckelord: Andlighet, Existentialism, Holistisk vård, Hälsa, Vårdcentral

Sammanfattning:

Syftet med undersökningen var att undersöka hur de existentiella och andliga behoven uttrycks på vårdcentralen utifrån personalens perspektiv. Vi ser att vården ställer sig positiv till att det finns tydliga existentiella och andliga behov hos människor. Dessa behov är grundläggande i människors liv och när det uppstår kris uttrycks behoven på olika sätt. Om de existentiella och andliga behoven inte tillgodoses kan det ge ett förlängt lidande. Litteraturen och teorin bekräftar vad personalen på vårdcentralerna säger om att det finns existentiella och andliga behov som bör tillgodoses. Bemötande av behoven måste integreras i vården av hela människan. Däremot saknas resurser, tid och kunskap hos personalen för att fylla behoven som människor har. Vårdcentralen kan behöva hjälp från andra resurser i samhället som kan vara ett komplement för att skapa en holistisk vård. En utav de resurserna kan vara kyrkan som med sin profession kan bidra till vårdcentralens arbete med att bemöta människors existentiella och andliga behov. Studien är genomförd med en kvalitativ metod med personliga intervjuer på två vårdcentraler där vi intervjuade sex personer med olika professioner. Valet av respondenterna grundar sig på en önska att få en större kunskap om studiens ämne. Resultatet visar att det behövs mer kunskap och flera aktörer inom vården och socialt arbete.

## **Abstract**

Title: Needed the existential and spiritual conversation at the health center?

Author: Gudrun Bengtsson och Johnny Ramos

Section: Health and Social Science, Social work management and organization

Supervisor: Helena Eriksson

Time: Spring term, 2013

Number of pages: 40

Keywords: Spirituality, Existentialism, Holistic Health, Health, Health Centre

Summery:

The aim of the study was to investigate how the existential and spiritual needs expressed at the health center by the personnel perspective. We see that the opinion from the healthcare is that people have clear existential and spiritual needs. These needs are foundational in human life, when a crisis occurs expressed these needs in different ways. If the existential and spiritual needs are not met, the result can be a prolonged suffering. Literature and theory confirm what the health care personnel say about the existential and spiritual needs that requires meeting. The meeting of these needs has to be integrated in the care of the entire human. However the staffs are lacking the means such as resources, time and knowledge to meet the human needs. The health centre may need help from other resources in society which can be a compliment to create a holistic healthcare. One of these resources could be the church that professionally would contribute to the health centres work to meet the existential and spiritual needs. The study was conducted using a qualitative approach with individual interviews at two medical centers where we interviewed six people with different professions. The choice of respondents is based on a wish for greater knowledge in the subject of the study. The results show that there is a need for more knowledge and more operators within the healthcare and the social work.

## **Innehåll**

Sammanfattning .....	4
Förord.....	4
1. Inledning .....	4
1.2 Syfte & frågeställningar .....	5
1.3 Disposition .....	5
2 Kunskapsgenomgång .....	6
2.1 Vad är existentialism och andlighet? .....	6
2.2 Ett historiskt perspektiv .....	6
2.3 Hälsa .....	7
2.4 Holistisk vård och socialt arbete .....	8
2.5 Existentialism.....	9
2.6 Andlighet .....	11
3. Teori.....	14
3.1 Existentialism.....	14
3.2 Andlighet .....	15
3.3 Hälsa .....	17
4. Metod .....	17
4.1 Forskningsansats.....	17
4.2 Kvalitativa intervjuer .....	18
4.3 Genomförande av intervjuer och urval .....	19
4.4 Analys av empiri.....	20
4.5 Etiska principer .....	20
4.6 Metodreflektion .....	21
5. Resultat .....	21
5.1 Andlighet och existentialism .....	21
5.2 Hälsa .....	22
5.3 Mötet med existentiella och andliga frågor i det dagliga arbetet.....	23
5.4 Existentialism och andlighet i respektive utbildning .....	23
5.5 Uppfattning av behovet i arbetet.....	24
5.6 Bemötande av behoven.....	25

5.7 Samtal om andliga och existentiella frågor.....	27
5.8 Tillgodose existentiella och andliga behov.....	27
5.9 Viktiga resurser för patienterna .....	28
6. Analys .....	29
6.1 Mötet med de existentiella och andliga frågorna.....	29
6.2 Personal.....	30
6.3 Existentialism och andlighet i utbildningen.....	31
6.4 Hälsa .....	31
6.5 Uppfattning av behovet i arbetet.....	32
6.6 Existentiellt och andligt bemötande.....	32
6.7 Viktiga resurser.....	33
7. Diskussion och slutsats .....	34
7.1 Metoddiskussion .....	36
7.2 Slutsats/Vidare forskning.....	36
8. Referenslista.....	38

## **Förord**

Vi vill tacka alla respondenter på vårdcentralerna i Halmstad och Varberg som deltog i våra intervjuer och som gjorde vår studie möjlig. Vi vill även tacka vår handledare Helena Eriksson som har gjort en god insats och ägnat sin tid till vår C-uppsats. Till sist vill vi också tacka våra familjer samt de människorna som tyckte att ämnet på vårt arbete var intressant och uppmuntrade oss på ett speciellt sätt. Deras stöd var viktigt för att vårt arbete skulle bli verkligt.

## **1. Inledning**

Idag är vårdcentralen en uppsamlingsplats för människor som inte mår bra. Här söker man vård och behandling för enklare behov, men även för svårare problem.

Nordenfelt (1991) betonar att orsaken till ohälsan inte alltid behöver vara sjukdom eller skada, det kan finnas andra inre faktorer som personliga problem hos människan som påverkar handlingsförmågan på ett negativt sätt. På vårdcentralen är vården mest inriktad på de fysiska och psykiska behoven, men det finns även ett andligt och existentiellt behov som behöver tillgodoses (Sivonen, 2012). I situationer av sjukdom och lidande väcks de existentiella och andliga frågorna. Även om man inte tidigare har funderat över dessa frågor kan de bli aktuella och betydelsefulla när hälsan och tryggheten försvinner. Arlebrink (2012) menar att bli sjuk kan vara traumatiskt och hela livet vänds upp och ner. Tillvaron rasar och det kan upplevas som att meningen med livet försvinner. När man inte kan jobba som förut och tillföra något meningsfullt, kan man känna sig värdelös och otrygg inför framtiden. Det kan vara svårt att klarar av ett socialt liv vilket kan leda till ensamhet och utanförskap.

När människor drabbas av sjukdom, förlust av hälsa eller nära anhörig försöker man förstå meningen med det som hänt. I dessa situationer kan tanken om en högre kraft vara till hjälp där man överlämnar sig själv och situationen till personens uppfattning av Gud (Arlebrink, 2012). I vården behöver det finnas en helhetssyn på människans många olika behov. Undersökningen vill se om vårdcentralen uppmärksammat människors behov av den andliga och existentiella dimensionen och tagit hänsyn till det i vården. Existentiella frågor och andlighet är en del av mänsklighetens behov av att finna ett meningsfullt och betydelsefullt liv förutom den fysiska tillvaron (Payne, 2008). När människans olika behov är tillgodosedda på alla områden som i det fysiska, det psykiska och i det andliga, hjälper det människan att bevara en god hälsa. På så vis kan människan lättare klara av olika omständigheter i livet som inte alltid är så enkla (Sivonen, 2012). På vårdcentralen finns olika professioner som bemöter människors behov, oftast är de inriktade på det fysiska och även det psykiska. Finns det behov av någon som har tid att föra de andliga och existentiella samtal på vårdcentralen?

Behovet av det existentiella och det andliga lyfts fram av Lennéer-Axelson (2010) som menar att genom samtal med människan i kris kan de existentiella och andliga frågor lyftas fram. Om detta behov blir tillgodosett redan på vårdcentralen kan det förhindra att människor med andlig smärta behöver söka sig vidare i vården. Det förhindrar därmed ett utdraget lidande (Lennéer-Axelson, 2010). Frågor kring det andliga och existentiella i socialt arbete är utgångspunkten med denna studie. Genom undersökningen kan det framkomma om det finns en brist i helhetsvård av människor med existentiella och andliga behov enligt enhetschefer, läkare, kuratorer och sjukgymnaster på vårdcentralen. Samma behov skulle även kunna förekomma i andra delar av det sociala arbetet eftersom alla människor på olika sätt har existentiella och andliga behov. Exempelvis finns de inom handikappomsorgen, äldreomsorgen, vård av kroniska sjukdomar och långtidssjukskrivna osv. Genom att vara lyhörd mot människors behov, inte bara det fysiska bemöter man också de existentiella och andliga behoven. Det kan ske genom möjlighet till gemenskap och upplevelser med andra. Även att få tillfälle till samtal när det uppstår svårigheter i livet. Det kan vara människor inom äldreomsorg som är medvetna om att livet snart är slut eller långtidssjukskrivna som lever i utanförskap och maktlöshet. Payne (2008) anser att i socialt arbete kan andliga frågor integreras genom att vara lyhörd i mötet med patientens behov.

## **1.2 Syfte & frågeställningar**

Syftet med denna studie är att undersöka hur behovet av existentiella och andliga samtal uttrycks utifrån vårdpersonalens perspektiv på två vårdcentraler.

Studiens mål är att få en bättre uppfattning om efterfrågan och behovet av ett andligt stöd till människor samt utforska vårdpersonalens erfarenheter av patienternas behov av en helhetsvård.

Finns det ett behov av existentiella och andliga samtal på vårdcentralen? Hur ser vårdcentralens personal på behovet av existentiella och andliga samtal bland patienterna?

## **1.3 Disposition**

Arbetet är indelat i olika avsnitt och börjar med en inledning samt syfte och frågeställningar. Nästa avsnitt redovisar tidigare kunskap om existentialism, andlighet och hälsa. Avsnittet ger även en historisk bild samt redovisar existentialism och andlighet i praktiskt arbete. Nästa avsnitt är teoridelen som beskriver existentiell, andlig samt hälso teori. Därefter följer ett avsnitt som ger en presentation av den metod som valts för studien. Det redogörs för det urval som gjorts och hur insamling av data har utförts. Där beskrivs hur materialet har bearbetats och analyseras samt en beskrivning av etiska principer och den förförståelse som finns. I följande del redovisas resultatet från intervjuerna på vårdcentralerna som analyseras i nästa avsnitt. Avslutningsvis sker en sammanfattande diskussion och slutsats.



## **2 Kunskapsgenomgång**

### **2.1 Vad är existentialism och andlighet?**

I följande kapitel beskrivs vad existentialism och andlighet är. Genom historien har människor funderat över de existentiella och andliga frågorna samt utövat tro på olika sätt. Enligt Arlebrink (2012) ligger det andliga och det existentiella området nära varandra och det är svårt att skilja dem åt och förklara innebörden. De flesta människor har någon typ av livsåskådning som har en andlig, religiös eller sekulärt karaktär (Arlebrink, 2012). Det existentiella området tar upp tankar om varför människor existerar och mening med sin tillvaro. Andlighet kan beskrivas som tron på en gud eller något större, andliga upplevelser som människor kan beskriva och ana. Andligheten utövas även på olika sätt genom textläsning, sång och religiös samling. De existentiella och andliga frågorna kommer ofta fram vid speciella tillfällen som när en person drabbats av något svårt då ifrågasätts livets villkor, tillvarons grund och människans mening. Dessutom kan frågorna komma när det sker positiva förändringar i människans liv. Det kan även vara en upplevelse av något större än det som vi kan förklara med vetenskaplig forskning som väcker tankar och frågor (Arlebrink 2012). Religion beskrivs som ett snävare begrepp än andlighet men som ändå innehåller det andliga. Religionen är en livsåskådning och har en större betydelse av att i riter och i gemensamma sammankomster uttrycka det andliga (Arlebrink 2012).

Eftersom det existentiella och andliga ligger nära religion beskrivs här skillnaden på religiositet och andlighet. Det finns många människor som inte upplever sig som religiösa eller säger sig ha erfarenhet av något religiöst, men ändå kan säga att de haft andliga upplevelser och att de lever ett andligt liv. Arlebrink (2012) definierar religion som en livsåskådning. I det religiösa använder man sig av riter, inte i sin ensamhet utan oftast i gemenskap med andra och gemenskapen är en viktig del i religionens utövande. Däremot kan andliga erfarenheter ske helt i ensamhet, vilket också kanske är det vanligaste. Religion och livsåskådning kan ingå i den andliga sfären, men det andliga räknas som något som går utöver de begreppen. En andlig erfarenhet beskrivs som transcendent, vilket kan beskrivas som en upplevelse av något som är svårt att beskriva i ord och som är ogripbart. Det behöver inte ingå i någon livsåskådning eller religion utan kan ske utanför dessa områden (Arlebrink, 2012). Udenberg & Philipson (1989) belyser att den världsbild som var förknippad med tron på en religiös verklighet erbjuder människor en helhetssyn på tillvaron.

### **2.2 Ett historiskt perspektiv**

Det var ursprungligen genom kyrkans sociala arbete som sjukvård, skola, hjälp till fattiga och gamla startade. Vid sekelskiftet gick ansvaret sedan över till samhällets offentliga omsorg. I kyrkans sociala arbete har det alltid funnits en helhetsbild av

människan som en person med kroppsliga, själsliga, men även andliga behov (Christiansson, 2006). Under 1900-talet var det sociala arbetet utformat mer mot det fysiska behovet, men i början av 2000-talet har andlighet, existentialism och religiositet fått en ny och bredare plats i vården och det sociala arbetet. Från det politiska perspektivet har intresset ökat för att frivilliga organisationer som kyrkan har något att bidra med i det sociala arbetet (Payne, 2008). Politikerna såg att frivilliga organisationer som kyrkan kunde bidra med en social stabilitet i vården och att sociala problem förhindrades från att bli akuta genom en andlig och religiös tillhörighet (Payne, 2008). Lennéer – Axelson (2010) beskriver att religioner genom historien har varit nära förknippade med att ge lindring i lidandet. Hos många människor över världen blir döden mindre hotfull när man har en religion och övertygelse att de som dör får det bättre i nästa liv. Tron ger stöd men det är inte allt, det är även gemenskapen och nätverket mellan människor i kyrkor och församlingar som förmedlar hjälp och tröst vid behov. Samuelsson som är religion historiker ansåg att psykiskt lidande kan för en troende få en mening genom tron som ger ny kraft. Samuelsson hänvisar till studier i Amerika som visar på en förbättrad fysisk och psykisk hälsa genom ett religiöst engagemang. I detta sammanhang fick dessutom människor hjälp och stöd på olika områden. Författaren menar att tron som helande kraften underskattas i svensk sjukvård av personalen (Samuelsson 2000 i Lennéer – Axelson, 2010).

### **2.3 Hälsa**

I vårdvetenskap har hälsa blivit ett kärnbegrepp med stor betydelse. Att vara frisk och ha hälsa är något som är lätt att ta för givet men när man drabbas av ohälsa blir det uppenbart att det påverkar stora delar av livet. Ohälsa har olika innebörd för olika människor, och den som drabbas av ohälsa reagerar på skilda sätt i situationen. Begreppet hälsa har uppfattats på olika sätt under årens lopp. Beskrivningen av hälsa och sjukdom kan ses ur två perspektiv (Nordenfelt 1991; Uddenberg & Philipson 1989; Sivonen 2012). Det ena perspektivet förklarar Sivonen (2012) att vid vissa tider har synen på hälsa inneburit en naturvetenskaplig tänkande som står för frånvaro av sjukdom, vilket beskrivs som en snäv syn på hälsa. Nordenfelt (1991) menar att samma perspektiv är det biologiska, där hälsa betyder att kroppen, dess organ och psyket fungerar som det är tänkt. Men orsaken till ohälsan behöver inte alltid vara fysisk sjukdom eller skada, det kan finnas andra inre faktorer hos människan som påverkar handlingsförmågan på ett negativt sätt. Exempelvis kan ohälsa skapas genom personliga problem (Nordenfelt, 1991).

Det andra hälsoperspektivet är det holistiska som är ett betydligt större sätt att se på hälsa, vilket författarna belyser (Nordenfelt 1991; Uddenberg & Philipson 1989; Sivonen 2012). Sivonen (2012) menar att detta synsätt av hälsa är ett mångdimensionellt sätt att beskriva hälsa. Varje individs känsla av hälsa eller ohälsa

påverkar individens handlande och välmående Nordenfelt (1991) beskriver att hälsa är känslan av välbefinnande och handlingsförmåga, ohälsa är en känsla av lidande och oförmåga att handla som på olika sätt påverkar den sociala situationen. Den person som upplever välbefinnande har stor förmåga att handla och upplever styrka för att påverka sin situation på ett positivt sätt. Författaren menar vidare att den som istället lider av smärta, depression och ångest upplever känslor som dämpar handlingsförmågan. Forskningen arbetar vidare med vad som skapar välmående hos människor och Uddenberg & Philipson (1989) beskriver att all medicinsk forskning motiveras av uppfattningen att sjukdom är något ont och att hälsa är något gott. Hälsa har vid tidigare tidpunkt beskrivits utifrån ett naturvetenskapligt smalare perspektiv till ett idag mer holistiskt synsätt på hälsa. Där har de existentiella och andliga frågorna fått ett större utrymme (Sivonen, 2012).

## **2.4 Holistisk vård och socialt arbete**

Det holistiska perspektivet på hälsa har fått genomslag i vården. Det finns vissa begrepp som går in i varandra och som inte är så enkla att förstå. Sivonen (2012) skriver att i vårdvetenskapen utgörs människan av tre sammanvävda dimensioner. Dessa enheter beskrivs som kropp, själ och ande. Det är viktigt att få kunskap om hela människan ur ett vårdvetenskapligt perspektiv för att förstå människors liv. När det uppstår svåra livssituationer är det inte bara tanken, känslan och viljan som berörs utan också anden. I svensk vårdutbildning talas det idag om en holistiskvård vilket betyder att man bemöter patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga behov (Lundmark, 2005). Det är inte bara i utbildning som man talar om det holistiska utan även i det praktiska vårdarbetet. Författaren beskriver vidare att vårdpersonalen ser mycket positivt på en holistisk omvårdnad där det andliga ingår i vårdens helhet.

”Omvårdnadsåtgärder i vid mening innebär att berörd personal i samverkan med patienten och när så är lämpligt även patientens närstående formulerar och tydliggör mål för fysisk, psykisk, social och andlig hälsa. Omvårdnadsåtgärder spänner över ett brett fält från högteknologiska insatser till stöd i existentiella kriser.” (SOSFS 1993:17)

Carlén & Nilsson (2008) betonar att ett holistiskt perspektiv skulle genomsyra den svenska sjukvården och inkludera den andliga omvårdnaden för en bättre holistisk vård. Författarna menar att vårdpersonal med ett holistiskt vårdvetenskapligt perspektiv visar respekt för individen och dennes syn på livet. De tar hänsyn till andliga och existentiella behov och erbjuder individualiserad vård. Även Payne (2008) belyser att idag är vården mest inriktad på de fysiska behoven men teorin pekar på att människan också har behov på fler områden. Behov finns på det fysiska, psykiska men även på det existentiella och andliga planet. Människan vill skapa en bättre balans i sin tillvaro och detta sker när man ser helheten hos individen.

Teorin beskriver att det sociala arbetet blir mer effektivt om det finns en holistisk syn på människan (ibid.). Uddenberg & Philipson (1989) hävdar att när människan börjar tala om meningen med livet betyder det att människan saknar en mening med sin tillvaro. Det är inte bara emotionellt utan påverkar även individens handlingar i sin egen existens. I en forskningsrapport Bergh (2005) beskrivs hur det biopsykosociala påverkar människors hälsa. En undersökning gjordes på den grupp av människor som gjorde oproportionerligt många läkarbesök. Hos dessa patienter fanns ofta en kombination av medicinska, sociala och psykologiska problem som gav kroniska sjukdomar. Denna grupp som kallades "mångbesökare" utgjordes 3-5% av befolkningen och stod för 15-25% av alla allmänläkarbesök. Mångbesökarna utmärkte sig med att ha en svag känsla av sammanhang, vilket förminskar förmågan att hantera stress. Konsekvensen blev att stressfulla händelser i livet oftare ledde till långtidssjukskrivningar och sjukpension (Bergh 2005).

## **2.5 Existentialism**

Det existentiella tänkandet kommer från begreppet existens, vilket betyder att individen uppfattar sig själv som något självständigt existerande som står fram från den omgivande världen (Van Deurzen - Smith 1998). Författaren fortsätter säga att i det existentiella tänkandet är individen beroende av världen och tvärtom. Individen och hans värld bidrar till att konstituera varandra. Intresset för det existentiella samtalet har inte försvunnit här i Sverige. Uddenberg & Philipson (1989) belyser att när det gäller samtal om de stora existentiella frågorna är intresset överlag stort och inte mindre i Sverige i jämförelse med andra länder i Europa. Utvecklingen har fortsatt under senare år genom en renässans för de existentiella frågorna, och det har skapats större utrymme för tankar om livets mening i både facklitteratur och i media (Sivonen 2012; Lennér – Axelsson 2010).

Arlebrink (2012) beskriver att den mest grundläggande existentiella frågan hos människan troligen är ett sökande efter meningen med livet. I vår natur finns en medvetenhet om vår existens och en förmåga att planera och tänka inför framtiden. Det skapar existentiella frågor och tankar om vad det är för mening med att finnas på jorden. Arlebrink går vidare med att betona att det finns många olika funderingar och tankar som kan dyka upp om vad som är min plats i denna världen och varför jag föddes just här. Vidare kan man fundera på vad som är meningen med att jag blev det jag blev på denna plats i tillvaron, och varför blev jag just den jag är. Men dessa tankar menar Arlebrink finns inte dagligen utan dyker upp vid vissa speciella tillfällen och upplevelser i livet. Under livets gång uppstår nya frågor som beror på hur livet utvecklar sig och i vilken ålder man befinner sig eller om man är kvinna eller man (ibid.). Vidare säger Sivonen (2012) att en människa som upplever ohälsa, nöd och lidande kan bli berörd på djupet så att tankar och behov av existentiell eller religiös betydelse kommer fram (Sivonen 2012).

Människor konfronteras med några av de stora frågorna i tillvaron när det uppstår kris i livet genom exempelvis sjukdom och förlust. Frågorna berör då liv och död, vad som ger livet mening eller vad som är meningslöst, är allt förutbestämt eller finns det en frihet. Det väcker även känslor av ensamhet. Allt detta skapar en längtan efter gemenskap, frihet och mening vilket blir tydligt och uttrycks i mötet med den professionella vårdpersonalen. Dessa frågor är de mest centrala i existencialismen (Sivonen 2012; Lennéer – Axelsson 2010). Fraternali (2008) belyser att de stora bidragsgivarna inom den existentiell forskning är: Donald Krill och Neil Thompson, båda ser på existencialismen som en försörjande riktning och ett perspektiv i de praktiska sociala arbetena. De menar att andra också ser existencialismen som ett förslag som en viktig orientering för det sociala arbetet. Andra använder koncepten existencialism för att belysa identitets bildning och utveckling, eller för att diskutera existencialismens effektivitet med vissa människor med dysfunktioner. Van Deurzen - Smith (1998) menar att i samtalen om liv och död är vi alla lika och att födelse och död har i alla tider existerat. Vi människor behöver förhåller oss till det menar författaren.

När människor möter svårigheter och de existentiella frågorna dyker upp skriver Lennéer – Axelsson (2010) att en person som drabbats av förlust av något slag kan ha behov av att få prata om det som är tungt och svårt, och om de existentiella frågorna som uppstår. I krisen uppstår en längtan efter ett möte med en medmänniska, och de som finns nära i det sociala nätverket kanske inte alltid har möjlighet och tid att lyssna. Däremot blir ett samtal med en utomstående som har en avbokad tid ett möte med någon som har full uppmärksamhet. Där kan den behövande tänka igenom sin situation i lugn och ro. Författaren Lennéer – Axelsson beskriver vidare att tidiga samtal med professionell hjälp, som finns i olika yrkesgrupper och offentliga verksamheter har stor betydelse för bearbetning av det jobbiga som hänt. Dessa samtal leder till en tidig start på en konstruktiv bearbetning. Författaren tillägger att samtalshjälp på vårdcentralen, psykiatrin och andra sociala verksamheter skulle kunna vara mer lättillgänglig för det är en uppenbar brist idag. Om samtalsåtgärder erbjuds mer och sätts in i tidigare stadier kan det förebygga extra lidande. Det kan vara ännu viktigare med samtalsstöd när människor i kris inte har någon närstående att prata med. Vissa människor har i efterhand önskat att någon närstående hade sett till att de verkligen fått professionell hjälp i ett tidigare skede (Lennéer – Axelsson, 2010). Fraternali (2008) belyser att existencialismen har fått uppmärksamhet inom psykoterapi och psykologi men inom socialt arbetet har man undvikit intellektuell och existentiell forskning. Arlebrink (2012) skriver att det existentiella tänkandet går att beskriva i upplevelser men att det också behöver tolkas. I mötet med människor inom vård och omsorg är det en grundläggande åtgärd att patienten får utrymme att berätta om sin erfarenhet utöver de fysiska problemen vilka också kan vara psykiska som oro, rädsla, förtvivlan och svårigheter. Den som möter patienten behöver placera

in de uppgifterna i ett sammanhang och tolka patientens upplevelser. Därefter kan man se vilka insatser som behövs utifrån en helhetstolkning. En patient kan uppleva besvär som man inte kan finna en fysisk förklaring till. Det kan istället vara patientens livssituation som är grunden till besvären. För att hitta orsaken till problemet behövs det ett annat perspektiv än det naturvetenskapliga.

En större helhetsbild på människan och de olika sidor som påverkar individens liv kan ge en bättre orsaksförklaring (Arlebrink, 2012). I en rapport från USA beskriver Walsh (1999) att bland socialarbetare har det under 90-talet skett ett ökat intresse av hur existentialism och spiritualitet har blivit en viktig aspekt i människors behov. Detta har fått mer utrymme i litteraturen bland socialarbetare i praktiskt arbete. Rapporten lyfter fram tre känslomässiga signaler från människor som påvisar att de har existentiella behov. De känslorna är oro, skuld och skam. Författaren menar att i det sociala praktiska arbetet kan man integrera den existentiella teorin i redan existerande behandlingsteorier som används i arbetet. Valet av teori måste vara förenlig med socialarbetarens världsbild (ibid.). Fraternali (2008) hävdar att socialarbetaryrket håller för närvarande på att möta en kris av äkta identitet. Existentialism, är ett tankesätt som värderar människors frihet, social praktik och ömsesidigt samarbete mot att uppfylla behov. Dessutom erbjuder den en ram för individuell och social omvandling som är identiskt med socialarbetaridealen.

## **2.6 Andlighet**

Arlebrink (2012) beskriver att andlighet är ett begrepp som är svårt att definiera och som inte är så lätt att förstå vad det egentligen betyder. Författaren skriver att vid vetenskapliga studier om andlighet kan det vara lämpligt att använda vissa ord som: utövande, tro och upplevelse. Andlighet beskrivs utifrån tre områden och det första är utövande där man ber, mediterar, vara del av gudstjänst, sjunga och läsa texter. Det andra är tro, det kännetecknar tankar och tro om gud eller en högre makt, livet efter detta och själens fortsatta existens. Det tredje är upplevelser av det andliga, gudomliga och det heliga i vardagen som kan förändra synen på livet och får människan att se sin tillvaro från ett helt nytt perspektiv (Arlebrink, 2012).

I dagens samhälle samt inom vården ökar intresset för andliga frågor och andlighetens betydelse. Sivonen (2000), Lundmark (2005) menar att de andliga frågorna diskuteras mer idag inom vård organisationer, vårdlitteratur och vård vetenskapligt arbete. Inom det sociala arbetet har det skett en utveckling genom mer utbyte med olika kyrkor och trossamfund i sociala engagemang. Det finns en större flexibilitet och förståelse för att ohälsa, lidande och förlust kan väcka människans innersta frågor och behov av andlighet. Exempelvis har forskningsartiklar som berör patientens andlighet i ett hälsoperspektiv ökat (Lundmark, 2005).

”Hur skulle du beskriva termen andliga behov?” var frågan som ställdes till 102 vårdpersonal i Sverige år 2002, många ansåg att andliga behov inte anknöt till just kristen tro. De flesta gav en mer generell bild av existentiell karaktär där de centrala orden var frihet, mening/meningslöshet, och tankar. I en studie i Finland år 2003 beskrev vårdstudenter, lärare, vårdare sammanlagt 93 stycken att ”det andliga” kännetecknades av tro, religion, existentiella tankar, olika relationer och det överjordiska (Lundmark, 2005).

Det andliga är en dimension som kan få olika uttryck och betydelse hos människan vid olika tillfällen i livet. Carlén & Nilsson (2008) anser att andlighet således innefattar en andlig, religiös och existentiell dimension samt relationer på olika plan. En svensk studie visade att andlighet är viktigt inom vården, det framkom att 51 % av befolkningen har en tro på att det finns en gud, någon slags ande eller livskraft. Trots detta är det svårt att ge utrymme för andlighet i omvårdnadsarbetet (Carlén & Nilsson, 2008). Samtidigt menar Carlén & Nilsson (2008) att ohälsan och lidande kan beröra individens innersta och väcka behov av andlig inspiration och reflektion. Det kan även väcka existentiella funderingar, individens rop efter mening, mål och livssammanhang (ibid.). Andlighet går utöver det som vi kallar förståelse och värdesystem, och hjälper oss att göra livet och världen mer begriplig och meningsfull. Lundmark (2005) skriver i en rapport att patienter ser vårdpersonalen som en resurs för att få hjälp med sina andliga behov. Det finns även en vilja hos vårdpersonalen att observera patienternas andliga behov, men att det är otydligt vad en sådan vård innebär anser personalen. Vidare beskriver Lundmark att i en studie fann man att 87 % av vårdpersonalen i hög grad ansåg att personalen ska befatta sig med de andliga behoven hos patienten men att bara 42 % ansåg att det sker i en hög grad. Författaren tolkar detta som att andlig omvårdnad är eftersatt idag i svensk sjukvård. En annan aspekt som framkom i undersökningen var att det enligt vårdpersonalen fanns praktiska svårigheter att ge andlig omvårdnad. Orsaken kunde vara resursbrist, tidsbrist, lokalbrist och även svårt att hitta lugn och ro (ibid.).

Holloway (2007) belyser att hos vårdstuderande i Amerika framkom ett intresse i att få extra kurser i andlighet eftersom de upplevde ett aktuellt behov och stark önskan att utveckla kunskapen om det andliga. Intresset för religiösa behov är en väsentlig del av vården och det andliga bör vandra sida vid sida för att uppnå en god hälsa. I USA har det blivit en viktig del av utbildningen på sjukvårdskolor, där majoriteten av de som studerar där har valt att gå en kurs om just det andliga. Författare beskriver vidare att i USA gjordes en stor undersökning med 921 svar som kom fram till resultatet att även om 80 % av människorna tyckte att det är en bra idé att läkaren pratar med patienten om andlighet, så säger endast 10 % eller mindre att en läkare gjorde det. Andra studier med privata läkare i USA visade att nästan alla ansåg att andlig hälsa är en viktig komponent till en god hälsa. Å andra sidan belyser Holloway

att studier i Australien har visat att sjuksköterskor känner igen en andlig dimension i sitt arbete men få har möjlighet att nämna gånger då de upplevt att det finns ett andligt ingripande. Andra studier i Storbritannien visade att religiös vårdpersonal som jobbar inom vården inte kan skapa en meningsfull kontakt med sina patienter på grund av religiös barriär. De upplever att vårdsystemet inte tar tillvara deras andliga erfarenheter. Personalen kämpar för att i sin profession kunna tala om det andliga i kontakt med patienter vars trossystem är antingen frånvarande, oformat eller främmande för tron. Det visade även att patienterna inte kände sig bekväma med att uttrycka andliga och existentiella bekymmer med icke religiös vårdpersonal Holloway (2007).

Arlebrink (2012) menar att när tillvaron sätts på prov ifrågasätts livets villkor, tillvarons grund och människans mening. Detta sker speciellt när man vet att livet är begränsat och människan kan då uppleva andlig smärta. Även Lundmark (2005) belyser att inom den palliativa vården pratar man om den andliga smärtan som är de existentiella tankar och trosföreställningar som skapar plågsamma känslor. För att arbetet med människor ska innehålla en större tillgänglighet av det andliga perspektiv beskriver Payne (2008) olika grundprinciper för en praktik som är mer andligt inriktad. I denna praktik arbetar man för det gemensamt bästa för människan genom solidaritet, skydd för mänskliga rättigheter, jobba emot förtryck och marginalisering av grupper. Att arbeta för en hållbar utveckling innebär ett system som inte ökar kravet på resurs svaga länder och framtida generationer. Andlighet i socialt arbete ger respekt för människans värde, ger stöd till förbättring, önskan att finna mening, uppskatta helhet och integritet i livet och handlingar (Payne 2008).

Författaren skriver vidare att det har gjorts försök för att utveckla idéer utifrån olika andliga infallsvinklar som kan användas i det sociala arbetet för att utveckla en praktik och motverka hinder mot dessa idéer. På det sättet genomförs ett arbete där det väcks andliga frågeställningar om helhet, integritet och andlig betydelse. Det innebär också att man bör kunna värdera och koppla samman olikheter i världsbilden genom lyhördhet, sensibilitet och vara medveten om den andliga betydelsen för människor. Den professionelle bör vara kompetent i arbetet med olikheter, stärka helhetens betydelse av andliga, kulturella frågor och inte betrakta dessa ämnen som något utanför det sociala arbetet (Payne, 2008). Att inte ta in andlighet och existentialism i det sociala arbetet beror på att arbetet bedrivs inom en organisation som står för social kontroll. Det finns en oro över att socialarbetaren ska tala starkt för sina egna värderingar i det praktiska arbetet. Det krävs att det finns en medvetenhet om socialarbetarens egen inställning, och att dessa åsikter inte påtvingas andra personer (Payne, 2008).



Som sammanfattningsvis framkommer att det mest grundläggande existentiella behovet hos människan är att söka efter meningen med livet. När människor upplever kris eller positiva händelser väcks tankar om de stora frågorna i tillvaron (Arlebrink 2012). Människan består av ande, själ och kropp. Andlighet beskrivs som utövande som exempelvis bön, tro på gud och upplevelser av andlig karaktär (Sivonen 2012). I religion utövas det andliga och skapas en plats för gemenskap mellan människor.

### **3. Teori**

Den andliga och existentiella teorin styrker tanken att människor har andliga och existentiella behov och att människan söker efter livets mening och syfte. Teorierna betonar att det bör finnas en respekt och förståelse för att andlighet kan vara en viktig del av människors liv. Det innebär att dessa behov behöver tas upp och tillgodoses i det sociala arbetet (Payne, 2008).

#### **3.1 Existentialism**

Viktiga tankegångar i existentialismen har sin grund i arbeten som Bubers, Kierkegaards och Sartres arbetat fram. De mest centrala idéer i existentialismen utvecklar Sartres 1905-80 som var en fransk författare och filosof. Han har sitt fokus på studier av det som finns och uppfattningen om att vara människa - ontologi. Det är Sartres tankar och idéer som mest har påverkat det sociala arbetet (Payne, 2008). Sartre (1986) förklarar att existentialismen låter människan komma i besittning av vad hon är och låta det totala ansvaret för hennes existens vila i henne själv. När vi säger att människan är ansvarig för sig själv, menar författaren att vi människor inte bär ansvar bara för vår egen individualitet utan för alla andra människor också (Sartre 1986). Vidare definierar Sartre att om Gud inte existerade skulle vad som helst vara tillåtet och det är existentialismens utgångspunkt. Guds existens har gjort att allt inte är tillåtet och människan känner sig begränsad, människan kan då uppleva att hon inte har någon tillgång till stöd och hjälp från Gud. Existentialism enligt Payne (2008) handlar om hur människor upplever sin existens och mening med tillvaron. Det centrala i teorin är förmågan hos människan att ha kontroll över sitt eget liv, kunna påverka och förändra sin livssituation. I livet blir man även påverkad av omgivningen som kan innehålla svårigheter och lidande vilket man inte kan styra över men ändå måste acceptera. Att vara i sig själv är en central tanke i existentialismen beskriver Thompson (1992). Det innebär att människan är medveten om sig själv och kan planera och bestämma hur hon vill vara. Författaren menar att inom existentialismen finns inga uppfattningar om en förutbestämd tanke om hur samhällen och individer ska leva och vara. Människor har enligt Thompson (1992) en förmåga att förverkliga ett visst mål som individen bär i sina tankar som berör hur individen vill att framtiden ska se ut. Individens tolkning av sin historia är viktig inom existentialismen.

Utifrån tolkningen och hur människan agerar i framtiden skapas mening åt livet. Genom vår personliga frihet kan vi människor skapa eller bestämma själva vilka vi är (Thompson, 1992). Thompson beskriver vidare att i den existencialistiska etiken är en viktig del att för sina handlingar bär människan det fulla ansvaret. I existensens fakta ligger det att vi fritt kan handla men att vi har ett ansvar att opponera oss på omvärlden och dess inverkan som pressar sig på. Att förstå detta kan skapa handling och ansvars känsla men å andra sidan skapa oro och upplevas skrämmande. Människan kan uppleva att påverkan av de okända och otrygga villkoren i livet skapar ångest och rädsla. Önskan att uppleva tillförsikt och en stabil tillvaro får människor att bestämma och skapa sig själva och forma sitt eget liv. Det kan leda till frihet, ansvar och makt. Andra människor runt omkring påverkar genom sina reaktioner det egna självet vilket skapar känslor i oss. Gruppen kan också påverka genom sin solidaritet till varandra. Gemenskap i gruppen ger bättre kollektiva mönster och nätverk vilket ger fler sociala relationer. Tankar inom existencialism betonar ”holism” som ser sociala system och individer som en helhet. Styrkan i existencialism är enligt Thompson att skapa en förståelse av det som är grunden i människors existens. (Thompson, 1992).

### **3.2 Andlighet**

Andlighet är enligt Payne (2008) besläktat med existencialism och humanism. Det handlar om människans behov av att se en betydelse och hitta mening med livet som finns utöver den fysiska verkligheten. Vidare menar författaren att dessa idéer är relevanta för arbetet i det sociala arbetet. Författaren beskriver att genom det andliga tolkas viktiga erfarenheter hos människan som berör integritet och mening. Andliga tankar berör sammanhang och helheten som exempelvis människors värde och mål (Payne, 2008). Andlighet innebär enligt Payne (2008) att människan söker efter livets innersta djup och syfte. Människan fångar upp olika erfarenheter som skapar en mening med livet, samt andliga situationer där människan upplever helhet. Som exempel kan ett barns födelse väcka förundran, eller vid en förlust av närstående kan människan försöka se en mening i det som sker i livet. Människan kan bli kritisk mot materialismen och konsumtion och vill skapa en bättre balans genom att ifrågasätta vad som ger en meningsfull tillvaro (Payne, 2008). Sivonen (2012) skriver att anden hör ihop med tillvaron, själva livet och med personligheten. Anden hör även samman med personliga upplevelser som är djupa, med individens livsfrågor och med livets mål och mening. Vidare skriver författaren att människan är kropp, själ och samtidigt ande vilket man ska tänka på i bemötandet av människor. Enligt Sivonen (2000) finns det många betydelsedimensioner för begreppen ande och andlighet. Samtidigt är det svårt att sammanfatta människans andeliv med enbart några få satser, belyser författaren. Människan som enhet består av ande, själ och kropp där människans ande står för det som inte är det fysiska, utanför eller materiellt och kan uttryckas som både materia och ande. Författaren beskriver vidare att även om anden inte uppfattas som

fysisk eller påtaglig är den verklig. Det andliga i människan kan komma till uttryck på olika vis (ibid.) Människan söker efter kraft, mål och mening, innehåll och inspiration i livet och relationer som är ömsesidiga. Andra uttryck som kan ses som andliga kan vara godhet, ett sökande efter Gud eller något större än människan själv. Det centrala inom begreppet anses vara människans gudsrelation. Andlighet kan också få sitt uttryck genom en längtan att få omvårdnad, ömhet, godhet och betjäning. Ett vårdande av människan berör hennes värdighet och ande. Sivonen (2000) utvecklar andligheten vidare och säger att människans erfarenheter påverkar henne andligen. När en människa upplever lidande ”vaknar” det andliga behovet, men samtidigt kan det vara svårt att beskriva det andliga med ord. En människa kan befinna sig i en situation av smärta, lidande eller övergivenhet och kan då uttrycka Gudslängtan. De andliga behoven och andlig nöd finns hos människor i olika åldrar, i olika livssituationer och olika sociala och vårdande områden (ibid.). Sivonen (2000) belyser att om en vårdare inte ser eller uppmärksammar den andliga dimensionen och dess signaler kan det vara en hindrande faktor för att tillgodose patienten. Det kan delvis bero på en saknad medvetenhet till sin egen andlighet och till en högre makt. Det kan även vara en rädsla för att överföra en egen trosinställning samt inte vilja dela något från sig själv på ett djupare plan eller uppleva att det andliga är för personligt. Det kan finnas upplevelser eller saknad av andliga erfarenheter som leder till motstånd mot det andliga. Det kan finnas olika trosinställningarna som verkar förvirrande eller motsägelsefulla till vetenskapen (Sivonen, 2000).

Sivonen (2012) beskriver hur Henderson som är en amerikans vårdteoretiker tidigt inom vården menade att människan är en enhet av kropp, själ och ande. Det är väsentligt att tala om anden i vårdvetenskapens människobild. På så vis markerar det att naturvetenskapligt, biomedicinskt eller materialistiskt intresse för människor inte kan styra vården. Författaren belyser vidare människans andlighet som gränsöverskridande och med ett kosmiskt medvetande. Människan är en enhet som är omätbar och anden kan inte definieras utan beskriver att människan längtar efter, saknar och vill tillhöra en större gemenskap med Gud och med andra människor. Det skapar mening, kärlek, hopp och tro vilket är viktiga begrepp för individen. Författaren menar att människan är religiös i grunden fastän alla inte säger ja till det. Det andliga beskrivs vidare som relationen till sig själv, omvärlden, naturen och en högre värld. Författaren fortsätter med att förklara att andlighet i teorimodeller kan vara religiösa seder och ritualer, men även beskrivas som människans vardande och hennes utvidgande medvetande (Sivonen 2012). Payne (2008) menar att andlighet och existentiell teori betonar respekt för hela individen vilket ger en effektivare praktik och är värdegrunden i socialt arbete. Det kan vara konstnärlig och kulturell förståelse via tro, uppenbarelse och erfarenhet som är viktiga delar av människors liv. Förståelse och acceptans av andlighetens roll är av stor vikt för förståelsen av människors liv och handling. Författaren menar att andligt värde alltid har väckt stort

engagemang i arbetet med patienterna och idéer i det sociala arbetet. I det sociala arbetet har de andliga bitarnas betydelse bagatelliserats till förmån för de rationella, sekulariserade och tekniska elementen. Andliga och existentiella element i praktiken ger en god balans i det sociala arbetet vilket annars i huvudsak styrs av en rationell drivkraft (ibid.)

### **3.3 Hälsa**

En tidig holistisk syn på hälsa beskrivs redan år 1946 då världsorganisationen WHO definierade hälsa enligt följande: ”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder.”(WHO, 2003).

Ejlertsson & Andersson (2009) beskriver att fysisk hälsa uppfattas som att minska sjukdom och kroppsliga symtom. Men hälsa innebär också att människan har goda fysiska förutsättningar för att målen i livet ska kunna förverkligas eller att individen upplever ett fysiskt välbefinnande. I den mentala hälsan innefattas en själslig eller andlig del. Social hälsa innebär självständighet, nära relationer, samarbeta med andra och kunna ta eget ansvar. Författaren menar vidare att idag utvecklas hälsobegreppet inom folkhälsovetenskapen och vårdvetenskapen och man ser hälsa som något annat än en definition av bara sjuk och frisk. Detta hälsobegrepp har en humanistisk inriktning med ett holistiskt synsätt. Det holistiska hälsobegreppet blir då motpol till det biomedicinska som enbart ser hälsa som motpol till sjukdom. Ofta beskrivs hälsobegreppet som välbefinnande och livskvalité.(ibid.)

## **4. Metod**

I detta avsnitt beskrivs våra metodval samt hur vi gått till väga under arbetsprocessen. Metodvalen utgår från syftet med studien att undersöka om det finns existentiella och andliga behov på vårdcentralen med utgångspunkt utifrån personalens perspektiv.

### **4.1 Forskningsansats**

För att samla in data använde vi oss av intervjuer. För att vi skulle tolka och förstå allt vad som sades under intervjun och vid insamlingen av fakta, använde vi hermeneutik som metodansats. Det innebär att studera kommunikation, analysera texter och söka förståelse och inte enbart begripa med bara intellektet. Här används utöver våra sinnen även inkännande och empati (Olsson & Sörensen 2007). Vidare beskriver Olsson & Sörensen att med hjälp av hermeneutiken har vi möjlighet att förstå andra människor eftersom de beskriver sina upplevelser och sina reaktioner på liknande sätt som vi själva med hjälp av språket. I studien utgick vi från en kvalitativ metod med en induktiv ansats. Vi intervjuade sex professioner på två vårdcentraler för att samla in deras syn på de existentiella och andliga behoven. Deras information sammanförde

vi till allmänna principer och därefter tillförde vi en teori som vi ansåg vara lämplig. Bryman (2011) beskriver att i den kvalitativa forskningen och med induktion utgår man från empirin för att sedan lägga till en relevant teori istället för att teorin ska vara utgångspunkten. Några intervjuer får i vårt fall ligga till grund för en generell beskrivning på behoven hos patienter på vårdcentralerna (Birkler, 2012)

## **4.2 Kvalitativa intervjuer**

Vi utförde en semistrukturerad intervju med några förberedande frågor. Frågorna arbetade vi fram och utgick ifrån vår önskan att få relevanta svar till vår frågeställning och syftet med studien. Johansson & Dahlgren (2009) beskriver att semistrukturerad intervju innebär att man har en mindre antal frågor och att intervjun utvecklas beroende på de svar som ges. Här finns möjlighet för intervjuare att ställa uppföljande frågor samt att respondenten får möjlighet att utveckla sina svar. Enligt Bryman (2000) ska man förbereda den semistrukturerade intervjun med en intervjuguide där forskningsområdets tema beskrivs. Våra förberedande frågor som vi har använt som intervjuguide finns med som bilaga. Våra frågor hade i stort sett samma ordningsföljd vid alla intervjuer och vi var medvetna om att frågorna vid intervjun inte fick vara ledande utan att respondentens egna värderingar skulle framträda. Utifrån vårt studiesyfte valde vi några frågor för att få fram viktig information till vår studie. Genom våra frågor önskade vi få kunskap om det område vi ville fokusera på utifrån vårdpersonalens perspektiv. Thurén (2007) beskriver att fokus i forskningen är att undersöka det som man vill undersöka och ingen annat, detta kallas validitet. Den som gör undersökningen vill känna att det insamlade data ger en bild som är så nära sanningen som möjligt. Data ska återspegla det som är äkta, verkligt och autentiskt, inte missuppfattningar, fantasier eller osanningar (Denscombe, 2004)

I vår roll som intervjuare strävade vi efter att vara opartiska. Lalander (2011) beskriver att intervjuaren inte ska påverka intervjusvaren på något sätt utan arbeta för att intervjun ska bli neutral och opartisk. Vi har tillsammans med respondenterna valt en plats som de föreslog för intervjun där vi inte skulle bli störda. Enligt Eriksson – Zetterquist & Ahrne (2011) finns det olika faktorer som respondenterna kan påverkas av som exempelvis kön, ålder eller karaktärsdrag hos intervjuaren, även på vilken plats intervjun sker. Eftersom vi representerade två kön och två olika nationaliteter skapade det en mångfald i intervjusituationen. Däremot kan det påverka att en av oss intervjuare inte har svenska som modersmål vilket kan skapa missförstånd, eftersom respondenterna hade svenska som modersmål. Vi ansåg att valet av intervjuplats och miljö var en viktig aspekt för att respondenterna skulle känna sig bekväma för att få bästa resultat. Bryman (2011) skriver att vid kvalitativ forskning strävar forskaren efter en situation och miljö som upplevs så naturlig som möjligt för att samla in data.

Vi valde att använda den kvalitativa metoden eftersom det gav oss möjlighet att ha en direkt kontakt med en mindre grupp av respondenter. Genom intervjuer kunde vi ställa följdfrågor och gav möjlighet till respondenterna att utveckla sina svar. Denna möjlighet till direktkontakt finns inte i den kvantitativa metoden där ambitionen är att nå fler respondenter och få bredare information. I den kvantitativa metoden får man inte direktkontakt med respondenterna och man använder sig av fast formulerade frågor, här kan man inte ställa följdfrågor och utveckla svaren på samma sätt. Därför valde vi att använda den kvalitativa metoden.

### **4.3 Genomförande av intervjuer och urval**

För att få svar på våra frågeställningar kontaktade vi två vårdcentraler på två olika orter. Vi tog kontakt genom att besöka de olika vårdcentralerna och fick träffa enhetscheferna för att beskriva vårt syfte och få ett godkännande för att intervjua olika professioner. På den ena vårdcentralen ordnade enhetschefen med de personer som vi önskade intervjua vilket var en fördel för oss. På den andra ringde vi själva de olika professionerna för att boka tid för intervju. Där var det svårare att få en tredje respondent att ställa upp så vi fick ringa vidare till ytterligare en respondent med en annan profession. Detta gjorde att den sista intervjun fördröjdes.

Vi valde respondenter på två olika vårdcentraler med olika professioner som enhetschefer, kuratorer, läkare, sjukgymnast. Vi genomförde vår undersökning med att gemensamt intervjua de olika professionerna på vårdcentralerna. Vi valde dessa professioner för att få en så bred information till vår studie utifrån deras kunskap och arbetserfarenheter. Denscombe (2009) menar att för att få bästa resultat har intervjuaren möjlighet att välja ut de respondenter som kan ge mest väsentlig fakta för syftet med undersökningen. Genom de valda respondenterna önskade vi få kunskap om existentiella och andliga behoven på vårdcentralerna.

Vid intervjuerna på respondenternas arbetsrum använde vi olika inspelningsredskap som datorn samt telefonen. För att vara på säker sida ifall något inte fungerade eller något ohörbart inte kom med i inspelningen antecknade vi med papper och penna vad som sades under intervjun (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011). Utifrån vårt val av respondenter och deras svar fick vi väsentlig information. Olsson & Sörensen (2011) anser att genom frågor får man information om respondenternas värld, vilket är vår utgångspunkt för vår undersökning. Intervjuerna utfördes genom inspelning som sedan transkriberades av oss båda och analyserades med vår empiri och teorier. Olsson & Sörensen (2011) belyser att transkribering innebär att materialet som samlats in under intervjun ska skrivas ned ordagrant.

#### **4.4 Analys av empiri**

För att göra en analys söker man efter information som ligger under ytan av det insamlade data. Den informationen är det centrala som förklarar hur saker fungerar och existerar (Denscombe, 2009). Den kvalitativa forskningen bygger på att teori och metod är något som växer fram under pågående forskning.

Efter insamlingen av vårt material transkriberades intervjuerna så ordagrant som möjligt. Därefter läste vi noga så att vi fick en helhetsbild av vårt material. Vi gick igenom resultat och tog fram det som var relevant information om det existentiella och andliga. Vi gjorde en bearbetning av resultatet från våra intervjuer för att få fram det som återkom och som bildade olika tema. Därefter jämförde vi likheter och olikheter och viktiga tankar skrevs ner som Denscombe (2009) beskriver. Genom analysen sökte vi ny förståelse och kunskap som beskriver hur man sammanställer olika delar som ingår (Olsson & Sörensen, 2007). Därefter analyserade och strukturerade vi de svar vi fick från intervjuerna utifrån den andlig och existentiell teori. Bryman (2011) skriver att kvalitativ forskning brukar utgå från insamling och analys av data med hjälp av teori och kategorisering. Vår förståelse var ett viktigt stöd för att kunna fördjupa oss och förstå vårt intervjumaterial bättre. Thurèn (2007) belyser att förståelse präglar vårt sätt att uppfatta verkligheten i vardagslivet och i vetenskapen. Den är ofta omedveten och redan från barndomen socialiseras vi in i hur vi uppfattar omvärlden. Vi som utförde denna studie är aktiva i kyrkan och har en personlig tro, och en förståelse av det existentiella och andliga. På grund av detta kan vi ha en förutfattad tanke om att de existentiella och andliga behoven existerar. Enligt Bäck – Wiklund (2010) har varje människa en kunskapsbas av beteendemodeller för sitt eget tänkande i olika situationer.

#### **4.5 Etiska principer**

Inför våra intervjuer tänkte vi igenom vilka etiska principer som är viktiga för att genomföra en trovärdig och respektfull intervju för att bevara respondenternas integritet. Det är viktigt med respekt för att människor i fortsättningen ska vara villiga att vara med i studier för att forskning ska kunna genomföras i framtiden.

Inledningsvis av våra intervjuer gav vi respondenterna samtyckesbrev som de fick läsa igenom och skriva under. Det var en viktigt grundläggande etisk princip för intervjun och på det sättet skapades förtroende samt respekt mot respondenterna. Etik är ett system av moraliska principer och regler för uppträdandet (Denscombe 2004). Det innebar en grundläggande information till respondenterna för att få deras samtycke till intervju, inspelning, anonymitet och forskningssyfte. Det var viktigt att de skulle få full insyn i hur vi skulle handskas med vårt material, och få veta att de kunde avbryta sin medverkan när de önskade. Lalander (2011) betonar att på grund av forskningsetiska regler måste deltagarna bli informerade om studien samt ge sitt samtycke om medverkan. Anonymitet av respondenterna i vår studie var viktigt därför hanterade vi vårt material på ett konfidentiellt sätt genom att inte nämna

respondenternas namn utan med bokstäver och på så sätt skydda deras identitet (Denscombe 2004).

#### **4.6 Metodreflektion**

I vår metod valde vi en hermeneutisk ansats vilket vi tyckte passade bra till vår intervjumetod. Fördelen var att vi kunde tolka, försöka förstå och analysera den kommunikation som vi hade med våra respondenter. Nackdelen med att tolka och försöka förstå utifrån det man ser och upplever är att det finns en risk att missförstå eller övertolka det som respondenterna egentligen sade. Vi har valt att göra sex intervjuer därför kan resultatet inte generaliseras som gällande på alla vårdcentraler. Men det ger en inblick och en förstudie för en större undersökning. I den kvalitativa undersökningen som vi genomförde var fördelarna att vi kunde ha en personlig kontakt med respondenterna och det fanns möjlighet att ställa följdfrågor. Även respondenterna kunde få möjlighet att utveckla sina svar. Hade det däremot varit en kvantitativ metod hade det blivit en större trovärdighet till resultatet genom att nå en större mängd av respondenter. I vår studie har vi försökt att genomföra en så noggrann och exakt tolkning och kontroll av materialet som möjligt för att ge en trovärdighet till vårt arbete. Nackdelen är att vi inte kan säga att vi har kommit fram till det exakta resultatet (Denscombe 2009).

På den ena vårdcentralen ringde vi och frågade de professioner vi önskade intervjuas om de hade möjlighet att vara med. På den andra vårdcentralen fick vi förslag på personal som kunde vara intresserade av att vara med i en intervju med detta tema.

Möjligtvis hade de som vi blev rekommenderade själva, reflekterat över en helhetssyn på människan vilket kan ha påverkat svaren. Däremot blev det ingen stor skillnad som vi upplevde på de svar vi fick på båda vårdcentralerna. Eftersom intervjuaren är redskapet i intervjun kan forskaren själv bli en integrerad del av det insamlade materialet (Denscombe 2009). Här finns anledning till att diskutera om några andra hade utfört våra intervjuer skulle de då fått fram samma resultat och slutsats? Därför finns det i metoddelen en beskrivning på tillvägagångsätt och beslut som andra kan se och bedöma vår studies tillförlitlighet (Denscombe 2009).

### **5. Resultat**

Resultatet som följer grundades på de intervjuer som genomfördes med Enhetschefer, Läkare, Kuratorer och Sjukgymnast på två vårdcentraler.

#### **5.1 Andlighet och existentialism**

Genom intervjuerna framkom tankar om vad existentialism och andlighet kunde vara. Respondenterna uttryckte att det är:



“En livsåskådning och ett sätt att se på livet samt en tanke om något större eller högre väsen som är något svårgreppbart och svårt att avgränsa. Det kan vara någon gud eller en personlig trosuppfattning och utövande.” (D)

Dessutom tillades att det finns en koppling med existentialism, andlighet och att tillhöra någon speciell religion eller någon speciell kyrka. Respondenterna uttryckte gemensamt att det fanns många frågor i livet som patienterna har som berör det existentiella och andliga. Frågor som dyker upp kan vara: varför blev mitt liv så här? Hur ska det se ut i framtiden? Blir det inte bättre än så här? Varför drabbas jag? Och varför finns de här sjukdomarna? Det kan även vara tankar som handlar om liv och död, varför finns vi och vad är meningen med detta? Ett annat sätt att benämna begreppen existentialism och andlighet från en annan respondent var att:

“Det är en livsfilosofi. Det innebär en riktning i livet, varför vi är här, vart är vi på väg och hur ska vi leva våra liv. Det inkluderar även tankar om hur vi ska vara mot varandra. Dessa filosofiska frågor är något att reflektera över, vilket är det basala mänskliga. Det finns olika nivåer dels är det individuellt att jag som människa tänker kring min situation och mening med mitt liv. Den andra nivån är ett samspel mellan andra människor och hur vi lever tillsammans.”(B)

Andlighet och existentialism är begrepp som respondenterna beskrev som väldigt breda och olika hur man ser på saken. En del tyckte även att det var svårt att sätta ord på och att förklara innebörden. En respondent gav några exempel på vad existentialism och andlighet kan handla om att:

“Man kommer in på medveten närvaro och att vara här och nu i ett sammanhang. Även att sitta och titta ut över havet och att vara i närhet till en annan människa kan också vara en dimension av andlighet. En del går på fotbollsmatch och lever ut där, andra går till svenska kyrkan eller går till katolska kyrkan och en del går till sin moské. Andighet är även den kinesiska biten som yoga, akupunktur och det har mycket med Ying och Yang att göra. Det här med det existentiella handlar om att ge och ta, svart och vitt. Att leva existentiellt är att man har tillit och ett hopp på något som är större än sig själv. Även att man funderar väldigt mycket på varför man finns? var man är i universum? varför är man just där man är?”(E)

## 5.2 Hälsa

Genomgående bland respondenterna är att de ansåg att hälsa är ett stort begrepp och att det är en personlig upplevelse vad hälsa är. Det framkom även att hälsa behöver inte vara frånvaro av sjukdom utan det kan vara att jag mår så bra som jag kan och ändå ha en god livskvalité.

“Hälsa innebär att man har möjlighet att välja själv och kan göra saker i livet som man själv vill. Hälsa är den kroppsliga delen som är otroligt avgörande, men en del av hälsa är att ha förmåga att njuta här och nu.”(A)

Ytterligare ett sätt att beskriva hälsa var att:

“Begreppet handlar mycket om balans i livet. Vilket innebär att individen känner att den har de resurser som kan svara upp mot de kraven man är ställd inför. Hälsa är inte bara att man ska må kroppsligt bra utan man ska må bra psykisk också. Vid ohälsa behandlas ofta det fysiska men det kan även vara psykiska, ekonomiska eller sociala besvär. En inre känsla av full kontroll och att man kan styra och påverka skapar hälsa. Att ha ett sammanhang och möjlighet att investera energi och engagemang ger meningsfullhet som får individen att må bra.”(B)

### **5.3 Mötet med existentiella och andliga frågor i det dagliga arbetet**

I det dagliga arbetet upplevde vissa respondenter att de i allra högsta grad möter de existentiella och andliga behoven hos patienterna. En av respondenterna uttryckte:

“Det ingår varje dag i mitt arbete. Behoven påverkar först och främst hur människor mår. Det är väldigt viktigt att man vet vem man är, varför man är och vart man är på väg för att kunna må bra. Gör man inte det så skapas en obalans inom individen. Det här kan nog vara symtomdrivande, sjukdomsdrivande och sjukdomsframkallande, därför är det centralt. Det går inte att frikoppla kroppen, kroppens symptom, vår upplevelse av symptomen med vår inre balans och inre trygghet utan det hänger ihop hos oss alla.”(B)

Det är i arbetsuppgifter där personalen möter patienterna som de existentiella och andliga behoven är framträdande.

“Behoven finns alltid där i bakgrunden för att i vården är det så att vi ska ta hand om människan, hela människan. När man träffar patienter flera gånger så kommer man oftast in på dessa områden och då får man ge mer tid för att nudda vid det existentiella och andliga.” (A)

Andra upplevelser var att det existentiella och andliga behovet inte förekommer. En av personalen sade att det finns frihet att tala om dessa frågor men att det kanske inte direkt ingår i professionen. Det är snarast en personlig inställning och det är väldigt fritt att lyfta behoven. En annan syn på frågan om behovet var att det inte var så aktuellt på vårdcentralen i jämförelse med sjukhuset där patienterna är betydligt sjukare. De ansåg även att på vårdcentralen är det mer ovanligt att prata om det existentiella och andliga behoven eftersom där utgår arbetet från en vetenskaplig grund, enligt en annan respondent.

### **5.4 Existentialism och andlighet i respektive utbildning**

Det fanns en enhetlig bild från respondenterna att det inte fanns något i deras grundutbildning om de existentiella och andliga frågorna. Det fanns möjligen bara något lite om bemötande av olika religioner. Sedan har det varit upp till var och en att själv ta reda på hur olika religioner eller andlighet påverkar. Möjligen kan det ha förekommit någon typ av kurs men som inte respondenten kommer ihåg.

## 5.5 Uppfattning av behovet i arbetet

Vid frågan som respondenterna fick om det finns ett existentiellt och andligt behov hos patienterna på Vårdcentralen fanns det en gemensam inställning att behovet fanns. Även om patienterna inte alltid satte ord på behovet så fanns det ändå.

“Behovet märks genom olika uttryck som när man söker hjälp för ångest, oro, depression och utmattningssyndrom. Ensamhet, alienation och utanförskap är också en stor problematik. Människor söker inte vård för ensamhet eller för utanförskap utan man söker vård för sömnproblem, ont i magen, ångest och oro. Vissa kommer bara och säger att jag inte mår bra helt enkelt och har väldigt svårt att sätta ord på det.”(B)

En av respondenterna konstaterade ytterligare att det blir alvarliga konsekvenser om man inte tillgodoser de existentiella och andliga behoven.

“Det finns väldigt mycket ledsna gubbar. Det kan vara så att någon är sjuk, arbetslös, lever ensam, har dålig ekonomi som då undrar varför ska jag fortsätta anstränga mig? Behoven syns även som olika former av ångestsyndrom exempelvis panikångest, socialfobi och posttraumatiskt stressyndrom.”(C)

Det finns även patienter som kommer med relationsproblematik och upplever att livet inte fungerar. Maktlöshet över sin situation kan skapa frågor som vad det är för mening att jag ska ha barn om jag inte kan försörja dem, inte kan ge en bra utbildning eller stödja dem i deras utveckling. Även känslan av att inte vara behövd skapar frågor som människor mår väldigt dålig av och de söker då vård för ångest, depressioner även självmord kan förekomma. En respondent ger som exempel att det kan finnas patienter som har ont i ryggen men det finns inga prover som visar orsaken till det som gör ont, men varför har jag det, frågar sig patienten. Det är mer vanligt att man inte vet vad problemet beror på och behovet finns hos alla åldrar.

“Alla kan inte få hjälp men man försöker, det är väldigt många som behöver hjälp. Då behöver vi hjälp med hur det ska hanteras. Allt är inte sjukvårdens område, någon kanske mår fysisk dålig och givetvis så blir patienten omhändertagen men han kanske behöver något annat också. Ibland kan samma patient söka vård vid ovanligt många tillfällen. Då måste man fundera på vad orsaken egentligen är.”(A)

De flesta respondenterna upplevde att vid många tillfällen fanns det andra orsaker bakom sjukdomssymtomen som inte alltid var lätt att förstå. En respondent berättade att nyare forskning de senaste tio femton åren har visat att kropp och själ hör ihop.

“Man har sett att om det är obalans i själen leder det till en påverkan av kroppens hormonsystem och immunsystem som kan göra oss mer infektionskänsliga. Det kan även sätta ner kroppens reparationssystem och därmed påverkas egentligen alla sjukdomar. Om det finns en inre balans vilket

innebär att man vet vem man är, varför och vart man är på väg är oerhört viktigt för hur vi mår. Det påverkar även sjukdomsutveckling och symtomutveckling. Att finna tröst i sin andliga tilltro, kan få individen att kämpa vidare.”(B)

Ibland behöver en människa bara ett sammanhang där man får möjlighet att sätta ord på vissa saker som exempelvis vad det är för mening med att jag lever. Det handlar inte om psykoterapi utan mer om att man behöver ett sammanhang. Det finns även människor som är riktigt sjuka och som lever med en svår sjukdom och man vet att de kommer att dö, då kommer det existentiella behovet fram menar respondenterna.

## 5.6 Bemötande av behoven

Att skapa en god relation med patienten är en viktig del av arbetet på Vårdcentralen, ansåg respondenterna.

“Det handlar mycket om att lyssna in och om att ställa frågor som får patienten att berätta hur han egentligen har det. Ofta kommer deras bekymmer fram av sig själv men de behöver känna sig trygga i bemötandet. En del kan man få kontakt med fort, andra behöver man träffa flera gånger för att få tillit och det måste göras lite stegvis. Som professionell har man ett ansvar att visa att man lyssnar på patienten. Det är bra att få veta vad patienten har på hjärtat och kunna förmedla att det inte kommer att föras vidare om inte patienten vill”.(F)

Personal från båda vårdcentralerna noterade att de existentiella och andliga behoven fanns men de hanterade det på olika sätt. En av vårdcentralerna antydde att behovet kunde guidas vidare till någon annan som kunde bemöta behoven. Medan den andra beskrev att de försökte identifiera de andliga och existentiella behoven för att sedan kunna bemöta dem på bästa sätt.

“Vi är observanta på de patienter som har en mer diffus och oklar sjukdomsbild som därför behöver längre vårdtid. Nu är det nästan så att systemet gör att vi måste prioritera akuta behov. Vi har nu en plan som bygger på bland annat eget forskningsresultat som innebär att man är snabb med de som inte behöver så mycket stöd. Det kan vara en halsfluss som kan vara klar på tio minuter men vid andra bekymmer som oro, ångest eller sömnproblem behöver patienten mer stöd vilket tar mer tid. På så sätt kan vi tillmötesgå de patienterna som har diffusa och svåra behov och försöka få vården att fungera bättre.”(A)

Att översätta symtomen, ställa frågor och locka fram något annat, det är en konst anser personalen på vårdcentralerna. En respondent sade att:

“Jobbet är som ett detektivt arbete eftersom patienterna som söker många gånger inte kan sätta ord på symtomen. Ibland kan problemen lösas, ibland inte”.(B)

På de existentiella och andliga frågorna finns det inga svar, då ska man kanske inte försöka ge några svar utan bara lyssna och finnas. Det var en genomgående åsikt bland respondenterna. Behovet kan bemötas genom fysisk träning som sker individuellt och i grupp. Syftet är att ge avslappning och lära känna sin kropp samt att skapa en gemenskapsgrupp. Konsultationen är det som händer mellan patient och personal vilket är en viktig del i läkningsprocessen. Det handlar om att bemöta patienten på ett värdigt sätt. När man fångat upp det som egentligen är orsaken, hamnar man många gånger under psykosociala orsaker. Där föreskrivna mediciner är en liten komponent i hela samspelet.

“Människor söker för ett problem men det kan framkomma att det finns som exempel en underliggande ensamhetsproblematik. Då är det viktigt att lyfta upp att här finns en annan förklaring till varför personen mår dålig. Det är väsentligt att man presenterar att detta kan hänga ihop med ensamheten och sätta fokus på det. Sen är det svårt att jobba med själva ensamheten, det har vi inte resurser för.”(B)

I professionen ingår att fråga patienten hur man ska kunna hjälpa dem och vilket stöd de behövs. När patienterna uttrycker att de vill prata med någon speciell profession då försöker personalen ordna det. Om det finns ett intresseområde hos patienten som kan ge dem stöd, vill personalen uppmuntra till att börja eller fortsätta med det intresset. Den resursen kan vara tillräckligt stöd för att patienten ska må bättre. Respondenter ansåg att

“Det är viktigt att “guida” patienterna vidare och ta tillvara samhällets olika resurser. Flera patienter som exempelvis är väldigt ensamma, arbetslösa eller pensionärer har hänvisats till kyrkans och kommunens verksamheter.”(F)

En grupp som är svår att bemöta och hantera är anhöriga till självmordspatienter. Man kan arbeta terapeutiskt med dessa personer men det är inte alltid säkert att det är det rätta uttrycker en respondent.

“Det kan det vara bra att någon med mer andlig och existentiell kunskap har tid att prata om svåra frågor och känslor.”(E)

En gemensam känsla hos de flesta av personalen var att de kunde uppleva en otillräcklighet vid svåra tillfällen men även vid andra patientmöten där det framkom andliga och existentiella behov. En respondent nämnde att när patienter får smärtstillande eller något form av antidepressiva kan det vara fel väg att gå. Då är det bättre att man söker samtalshjälp eftersom det existentiella är lite speciellt och svårt att prata om. Respondenten föreslog då patienterna att uppsöka en diakon.

“Det finns även många äldre som är ensamma och kyrkan är en bra väg för många där de får samhörighet via körer och kan prata med någon.”(C)

## 5.7 Samtal om andliga och existentiella frågor

Det framgick att respondenterna kände sig fria att prata om de existentiella och andliga frågorna på sina arbetsplatser. De uttryckte att dessa samtal kunde vara svåra men ändå intressanta många gånger.

“Det kan hända att patienten inte tar upp dessa frågor, det är rätt vanligt. Däremot om man frågar upplever de det som oerhört skönt att få berätta. Det kan vara bra att ha “timing” i samtalet och vänta in. I samtalen är man själv ett redskap i olika patientmöten och samtalsämnet hänger mycket ihop med vad man själv har för värderingar och tro. Ibland så behövs några försiktiga frågor för att komma djupare i samtalet men oftast är det patienten själv som ställer frågor.”(B)

Några respondenter nämnde att de måste vara neutrala oavsett vad man har för religiös eller politisk tillhörighet. Andra respondenter upplevde att de inte hade tid eller utbildning att föra existentiella och andliga samtal utan guidade vidare i så fall till någon som kunde.

## 5.8 Tillgodose existentiella och andliga behov

För att i möjligaste mån tillgodose patienternas behov av existentiell och andlig karaktär var arbetets mål på vårdcentralerna inriktat på att ge en helhetstäckande vård. Som exempel hade en av vårdcentralerna en önskan om att försöka utveckla samarbetet med familjecentralen och kommunen och få allt under samma tak. De jobbar även med ett projekt för att identifiera deras mångbesökare, vilka är den procent av patienter som har sökt mest vård under en viss tid. Därför görs en riktig djupdykning med vårdplan för att se vad som egentligen görs och utvärdera patientens behov och ge rätt vård. En lösning för att möta patienternas existentiella och andliga behov är att arbetet får ske i en samverkan med resten av samhället, enligt respondenterna. Deras gemensamma åtgärd för en patient som känner ett behov av ett andligt stöd är att de kan vända sig till kyrkan. En av respondenterna uttryckte att.

“Jag kommer att först tänka på kyrkan och olika trossamfund, men det är viktigt att aldrig hänvisar patienten till vad som helst.”(C)

Sjukvårdens uppgift blir att hjälpa patienten att få upp ögonen och inse sina djupa existentiella och andliga behov. Samtidigt kan vårdcentralen vara en förmedlingslänk till självhjälpsgrupper som finns utifrån olika problem. Ett alternativ enligt respondenterna är att skriva fysisk aktivitet på recept vilket blir en länk till olika aktiviteter. Det finns en katalog där olika gymnastikföreningar och idrottsföreningar presenterar sina verksamheter där patienten kan välja vilken aktivitet som passar bäst. Om inte behoven täcks upp av professioner på vårdcentralen kunde patienterna även

hänvisas till diakonen vilket var en möjlighet, upplevde personalen. Professionerna på vårdcentralen kunde uppleva att de och kyrkans personal kompletterade varandra när existentiella och andliga behov uppstod.

### **5.9 Viktiga resurser för patienterna**

Resurser som kan vara viktigt stöd för patienter på vårdcentralen är Röda korset, studieförbund, kyrkan, idrottsföreningar, och föreningar i samhället som tillsammans på något sätt samarbetar med vårdcentralen. Som förslag skulle de frivilliga organisationerna kunna ordna exempelvis olika gruppaktiviteter som motionsgrupper, stavgång och promenadgrupper för gamla, tyckte respondenterna.

“Man skulle kunna ha en ledare från exempelvis kyrkan eller en frivilligorganisation med en avtala tid då man träffas i grupperna. De skulle vara öppna så att det fanns möjlighet för personalen att skicka människor till olika grupper.”(B)

Som exempel på ett bra samarbete nämnde en respondent att de hade strokepatienter som skulle rehabiliteras och de bildade en grupp som inte ville sluta för att de hade så roligt tillsammans. Efter rehabiliteringen lyckades de hålla igång gruppen med hjälp av Röda korset som är en frivillig organisation. Respondenterna var överens om att människor behöver ett sammanhang där man kan få sätta ord på vissa saker och umgås med andra. Det handlar inte om psykoterapi utan kanske mer om att man behöver en gemenskap.

“Jag tror att kyrkan har en viktig roll i detta därför är det viktigt att kyrkan har en stor öppenhet för dessa behov”(B).

Om det uppstod behov nämnde en av vårdcentralerna att de kunde vända sig till församlingen och fråga efter en lämplig person som de skulle kunna rekommendera.

“Vårdcentralen kan inte vara kyrkan och de kan inte ersätta varandra, det kan vara så att patienten behöver båda och.”(C)

På en av vårdcentralerna ansåg de att de inte pratade om det existentiella och det andliga behovet i samma utsträckning som det ändå fanns, därför kunde patienterna rekommenderas att uppsöka diakonen. Den andra vårdcentralen där det existentiella och andliga behovet hade en framträdande roll fanns en medveten önskan att tillgodose behoven hos patienterna.

## 6. Analys

### 6.1 Mötet med de existentiella och andliga frågorna

I det dagliga arbetet upplevde en del av respondenterna att de ofta möter de existentiella och andliga behoven hos patienterna.(A, B, C, E, F) Detta ingick varje dag i deras arbete och behoven påverkade markant hur människor mådde. Det framkommer i studien att det var viktigt med de existentiella och andliga frågorna. Konsekvensen kan annars bli att det uppstår obalans i livet.(B) Därför är det viktigt att inte frikoppla den fysiska kroppen från människans psykiska och sociala behov eftersom allt hänger ihop. Resultatet visade att om man bemöter människans behov på alla områden, skapas inre balans och trygghet.(A, B, C, E, F) Vår studie visade att patienter upplever existentiella och andliga behov vilket styrks av teorierna som beskriver människors behov av att hitta en mening och balans i sin existens. Payne (2008) beskriver att den existentiella och andliga teorin bekräftar att människor har behov av existentiell och andlig karaktär och att människan söker efter mening och syfte i tillvaron.

En som utvecklar det existentiella behovet hos människan är Thomsson (1992) han menar att existentialismen skapar förståelse för människans grundläggande behov. Även Sivonen (2012) styrker att människa är kropp, själ och ande. Det framkommer utifrån både personal och teori att det finns ett existentiellt och andligt behov. Ofta kan det bero på en obalans hos individen som skapar behov både på ett personliga plan, men även på det kollektiva planet. Eftersom människors behov är tydliga på vårdcentralen betyder det att människor söker sig till en plats där de tror att de kan få hjälp med sina behov. Arlebrink (2012) menar att de flesta individer har någon sorts livsåskådning som har en inriktning av andlig, religiös och världslig karaktär. Resultatet och teorin visar att det existentiella och andliga inte är så lätt att beskriva eller sätta ord på (A, B, C, D, E, F). Sivonen (2000);Arlebrink (2012) säger att det finns många dimensioner på begreppen och att det finns svårigheter med att sammanfatta andelivet hos människan. Sivonen (2012) beskriver att anden hör samman med personliga upplevelser som är djupa och med individens livsfrågor. Författaren utvecklar vidare att i den relation som skapas där vårdare och patienten möts, uppstår en atmosfär och den ton som skapas är av andlig karaktär. När kroppen vårdas vidrörs alltid själen och även anden. Det blir betydelsefullt med den förståelsen när en medmänniska vårdas (ibid.). Detta får konsekvenser i det dagliga arbetet på vårdcentralen. Det kan behövas en bättre förståelse för att se att i mötet berörs människor på djupet, därför blir bemötandet så viktigt.



## 6.2 Personal

Det visade sig i resultatet att det fanns en frihet att tala om de existentiella och andliga frågorna samt att det är snarast en personlig inställning hur man bemöter behoven (A, B, C, E).

En annan syn som framkom var att det inte var så aktuellt på vårdcentralen att prata om behoven i jämförelse med sjukhuset där patienterna är betydligt sjukare (D, E). I möten med patienterna framkom många gånger frågor angående det existentiella och det andliga. Frågorna handlade ofta om meningen med livet, tankar om framtiden och sjukdomars förekomst. Både resultat och teori visar att de existentiella och andliga frågorna framträder ofta när människor drabbas av något svårt. Arlebrink (2012) bekräftar att i svåra situationer ifrågasätts grunden i tillvaron och meningen med livet.

Resultatet visar att när frågorna om det existentiella och andliga blev påtagliga är det viktigt att kunna stödja och lyssna på patienten. Vid samtalen blev det tydligt att det är viktigt med "timing" för att vänta in och bemöta patienten rätt (C). I olika patientmöten är personalen själva redskapen i samtalen och de utvecklas utifrån personalens egna värderingar, tro samt existentiella och andliga erfarenheter. Sivonen (2000) styrker att om en vårdare inte ser eller uppmärksammar den andliga dimensionen och dess signaler kan det vara en hindrande faktor för att tillgodose patienten. Det kan vara som Sivonen (2000) skriver att den personliga erfarenheten påverkar människors möjlighet att se andliga behov hos individen. Det innebär att den värdegrund som personalen har är det som patienten möter. Då kan mötet styras av den professionelles egen kunskap, erfarenheter och uppfattning av det existentiella och andliga området. Frågan är om det finns en generell handlingsplan för hur man ska bemöta dessa behov och vem som har kompetens att utföra det? Det finns olika uppfattningar på hur begreppen existentialism och andlighet beskrivs och kommer till uttryck i resultatet. Det kan exempelvis vara en livsåskådning, en tro på något större som någon gud, även en koppling till någon religion eller kyrka (A, B, C, D, E, F).

Det kan också vara att ta en promenad i naturen, gå på en ishockeymatch (E) finnas i gemenskap (C) med människor och olika religiösa sammankomster (A). Payne (2008) bekräftar även att existentialism handlar om hur människor upplever sin existens och mening med tillvaron. Människan kan tänka över sin egen situation men även hur hon samspelar och lever tillsammans med andra. Dessa existentiella och andliga frågor är det basala i människors liv (ibid.). Resultat och teori visar att de existentiella och andligabehoven kommer till uttryck och att de är en grund för människans existens.

### **6.3 Existentialism och andlighet i utbildningen**

Ett gemensamt resultat visar att kurser om det existentiella och andliga inte fanns med i personalens utbildningar vilka avslutades före år 2000. Därför är det svårt att bemöta de här behoven på rätt sätt. En bekräftande studie i USA visar att vårdstuderande önskade utbildning i andlighet för de upplevde en brist i kunskap för att bemöta dessa behov (Holloway, 2007). Även Fraternali (2008) hävdar att om social arbetare ska kunna förstå och möta en människa med en religiös övertygelse och värderingar, behöver social arbetaren sätta sig in i den personens sätt att se på tillvaron. Medvetenheten och intresset ökar för helhetssynen hos människor i vården, socialt arbete och vetenskapen. Resultatet visar att även utförandet inriktar sig mer och mer mot ett holistiskt synsätt i bemötande och vård av patienter. (A, B, C) Payne (2008) bekräftar resultatet att under 1900-talet var det sociala arbetet utformat mer mot det fysiska behovet, men i början av 2000-talet har andlighet och religiositet fått en ny och bredare plats i vården samt omsorgen (ibid). Det finns många på vårdcentraler och annan social omsorg som utbildade sig före år 2000, därför är det många som inte har någon kunskap om de existentiella och andliga behoven inom vården idag. (A, B, C, D, E, F) Både litteratur och teori bekräftar att det nu sker en förändring mot att behoven lyfts mer i dagens undervisning (Sivonen, 2012).

Frågan är om kunskapen har nått ända fram till personalen som möter patienternas behov. I resultatet framkommer att det finns existentiella och andliga behov och att personalen inte fått tillräcklig kunskap i utbildningen. Det väcker frågan hur de då kan tillgodose dessa behov hos patienterna. Det kan uppstå situationer där personalen kan känna sig otillräcklig.

### **6.4 Hälsa**

Hälsa är ett stort begrepp som beskrivs i lagstiftningen, vårdvetenskapen och i teorin som att människa består av ande, själ och kropp. De olika perspektiven ser till människan i en holistisk hälsosyn. Resultatet visar att innebörden av hälsa är en personlig upplevelse och det behöver inte vara frånvaro av sjukdom, man kan ändå uppleva hälsa och god livskvalité. (A, B, C, D, E, F) Hälsa handlar också om att finna en inre balans vilket innebär ett välmående på det psykiska, sociala och det fysiska området. Vid obalans påverkas hela kroppen vilket kan leda till sjukdomsutveckling (B). Nordenfelt (1991) lyfter samma syn och betonar att orsaken till ohälsan inte alltid behöver vara sjukdom eller skada. Det kan finnas andra inre faktorer hos människan som påverkar handlingsförmågan på ett negativt sätt. Exempelvis, kan ohälsan hos människan skapas genom personliga problem. Sivonen (2000) beskriver att när en människa upplever kris, övergivenhet och lidande väcker det ett andligt behov. Det är då viktigt att personal uppmärksammar och bemöter dessa behov för att individen ska uppleva en holistiskt bemötande. Payne (2008) menar att den existentiella och andliga teorin betonar att en respekt för hela individen skapar en mer

effektiv praktik vilket är värdegrunden i socialt arbetet. Resultat och teori visar att patienten bör bemötas med holistisk vård för att få stöd och återskapa balansen.(A, B, C, E) Det kan annars uppstå alvarligare konsekvenser.

## **6.5 Uppfattning av behovet i arbetet**

I studien utkristalliserade sig patienternas existentiella och andliga behov. Patienter sökte hjälp för exempelvis depression, ångest, oro och smärta i kroppen men det framkommer ofta att patienterna hade psykosociala problem som ensamhet, arbetslöshet och maktlöshet (A, B, C, D, E, F). Lennéer-Axelsson (2010) styrker resultatet med att betona att vi människor brottas med några av de stora frågorna i vår tillvaro när det uppstår kris i livet. Sivonen (2012; 2000) beskriver även att människan kan uppleva en Gudslängtan under svårigheter och lidande. Teorin bekräftar vidare att behoven framträder i olika vårdande och sociala områden samt att det andliga behovet hos en människa kan komma till uttryck genom en längtan att få omvårdnad och godhet. När en människa vårdas berörs individens ande och värdighet (Sivonen 2012; 2000).

Resultatet visar att i vårdsituationen möts personalen och patienten vilket innebär att patienten vårdas till kropp och själ men människans ande berörs också. Det behövs en förståelse och respekt gentemot människans värdighet i denna situation. När en människa söker vård behöver grundsynen på bemötandet vara en holistisk vård. En forskningsrapport bekräftar att när människor påverkas på det biologiska, psykologiska och sociala områden påverkas även hälsan (Bergh, 2005). Det framkommer från resultatet att människor besökte vårdcentralen med olika behov och att personalen upplevde att de inte kunde tillmötesgå alla behov eftersom de ansåg att de inte hade resurser till det (A, B, C, D, E, F).

## **6.6 Existentiellt och andligt bemötande**

Det framkommer i resultatet att det är svårt att prata om det existentiella och det andliga men ändå intressant (A, C, D, E, F). Det finns en frihet att prata om dessa samtalsämnen men samtidigt ska det vara religiöst och politiskt neutral gentemot sina patienter (E, F). Payne (2008) styrker att andliga och existentiella tankar är relevanta för att bedriva det sociala arbetet och genom det andliga tolka viktiga erfarenheter hos människan som berör integritet och mening. Vidare i resultatet anses att bemötande av patienterna är en viktig del. Det är viktigt att skapa en god relation genom att lyssna in och visa respekt för att patienterna skall känna sig trygga (A, B, C). En del av patienterna fick personalen snabbt en djup kontakt med medan andra tog det betydligt längre tid.(A, B) Det kan liknas vid ett detektivarbete för att få fram den bakomliggande orsaken till symtomen (B). Sivonen (2000) bekräftar att personalen själva är redskapet inom vården. Medicin är ofta en liten komponent i behandlingen och den får inte bli ett alternativ istället för samtalshjälp eller annat socialt stöd.

En viktig del i arbetet är att se till patienternas önskan och behov för att guide dem vidare till rätt stöd (C, F). Payne (2008) styrker resultatet och belyser att genom att se de andliga och existentiella behoven hos människor som söker vård, ser man patienten ur ett vidare helhetsperspektiv. Det medför att bemötandet och vården blir bättre.

I resultatet framkommer en skillnad hur vårdcentralerna identifierar och hanterar när det uppkommer existentiella och andliga behov. Den ena vårdcentralen är mer observant och identifierar behoven och försöker tillgodose dessa behov så långt det är möjligt. De önskar att skapa en holistisk vård för att bemöta de existentiella och andliga behoven. De planerar att göra en djupdykning för att utvärdera sitt arbete och tillmötesgå patienternas behov på bästa sätt. Tidig observation av behoven är en fördel för att patienten skall få rätt vård i ett tidigt skede. Den andra vårdcentralen hänvisar patienterna vidare till en extern resurs. Båda är däremot överens om att det behövs andra resurser eftersom de existentiella och andliga behoven hos patienterna är för stora för vårdcentralerna. Det ligger inte inom deras ram att tillgodose dessa patienters behov, anser de. Fraternali (2008) menar att existentialism ger ett ramverk för att bemöta behoven av en individuell och social förändring som överensstämmer med idealen för vården och socialt arbete.

## **6.7 Viktiga resurser**

En gemensam hållning i resultatet är att existentiella och andligabehov är stora men att resurserna är för små på vårdcentralerna (A, B, C, D, E, F). Litteraturen och teori belyser att det är viktigt att tillgodose dessa behov men det framkommer enligt resultatet att det inte stämmer i verkligheten. Lenneér-Axelsson (2010) belyser att när människor upplever en kris är det viktigt att i ett tidigt skede få ett samtal med någon som har tid att lyssna vilket leder till en snabbare bearbetning. Författaren menar att det idag är svårtillgänglig och en brist på samtalshjälp på vårdcentraler, sociala verksamheter och inom psykiatrin (Lenneér-Axelsson 2010).

Resultatet visar att för att tillgodose och möta patienternas existentiella och andliga behov behöver det ske ett samarbete med resten av samhället och en gemensam åsikt är att kyrkan är en viktig resurs vid dessa behov (A, B, C, D, E, F). Det framkommer att i vården får patienter hjälp att se sina behov men personalen är sedan en förmedlingslänk till andra frivilliga organisationer. Holloway (2007) styrker genom en studie att det finns tillräckligt med bevis att andligheten är viktig och betydelsefull för det sociala arbetet vilket har utvecklats i USA. I resultatet blir det synligt att de externa resurserna kan bemöta patienters behov av gemenskap, aktiviteter, samtal om de existentiella och andliga frågorna. När människan drabbas av alvarliga händelser uppstår en längtan av att finnas i en gemenskap (Sivonen 2012; Lenneér-Axelsson 2010).

Det framkommer olika exempel på resurser i samhället som skulle kunna komplettera vårdcentralens arbete som exempelvis idrottsföreningar, studieförbund, Röda korset och kyrkan. De kompletterande organisationerna skulle kunna bidra med promenadgrupper, samtal och gemenskapsgrupper. Resultatet visar även att det är viktigt att finnas i ett sammanhang där man umgås med andra människor. I detta sammanhang nämns att diakonen i kyrkan kan vara en resurs för gemenskap och samtal om existentiella och andliga frågor (A, B, C, D, E, F).

## **7. Diskussion och slutsats**

Genom den här studien har vi ökat forsknings perspektivet och fått mer medvetenhet angående de existentiella och andliga behoven bland patienterna på vårdcentralerna samt om personalens intresse för att tillgodose patienternas behov. Det har framkommit genom sex intervjuer, teorier och tidigare kunskap att de existentiella och andliga behoven är en verklighet och de uttrycks på olika sätt hos människor (Payne 2008; Sivonen 2000).

Människan är en helhet av ande, själ och kropp och vi anser att när behovet inte blir tillgodosett, påverkar det hela människan (Sivonen, 2000). Det kan få betydande konsekvenser som gör att människan mår dåligt som uttrycks genom ångest, oro och smärta. Därför anser vi att det är viktigt att vara observant på dessa behov på vårdcentralen och i socialt arbete. Inom olika sociala omsorger som exempelvis missbruksvård, äldreomsorg och långtidssjukskrivarna kan man tillmötesgå behovet genom att skapa möjlighet till gemenskap, fysiska aktiviteter som promenad, samtal om livets möjligheter och svårigheter samt vara lyhörd för människors tro, hopp och mening. När människor blir bemötta med holistisk omsorg skapar det balans hos individen.

De flesta människor upplever någon gång i livet en kris och det kan då uppstå obalans på grund av existentiella och andliga behov. Människor kan då uppsöka vårdcentralen och räknar med att få hjälp med sina problem. Vår fråga är om det finns resurser som kan bemöta dessa behov? Enligt personalen är behoven större än möjligheterna att bemöta patienten på ett tillfredställande sätt vilket kan leda till att personalen känner sig otillräckliga och maktlösa i sin roll som vårdare. Om vårdcentralen inte kan tillgodose patienterna kan det få negativa konsekvenser och patientens problem kan utvecklas till ett större lidande som med tiden kan leda till exempelvis långtidssjukskrivning eller sjukpension. I denna situation ser vi att både personal och patienter inte blir tillfredsställda eftersom behoven inte kan tillgodoses på ett bra sätt. Detta kan öka den ekonomiska belastningen i samhället.

Vi ser i resultatet från intervjuerna att de existentiella och andliga behoven är mycket större än vad vårdcentralerna har resurser eller tid för att tillgodose patienterna. Eftersom så många människor upplever svårigheter i livet och ställs inför de existentiella och andliga frågorna borde det finnas större kunskap, utrymme inom socialt arbete och vården för att möta dessa behov. Vi, liksom Arlebrink (2012), ser att det nu sker en förändring till en mer positiv attityd och syn på behoven när vi har gjort vår studie. Forskning visar även att det finns en önskan om mer kunskap om de existentiella och andliga behoven (Holloway, 2007). Det märks tydligt när vi ser på utbildningen hos de intervjuade som alla tagit examen före år 2000 att i deras olika utbildningar fanns det inte någon undervisning om existentiella och andliga frågor. I dagens utbildning har det skett en förändring mot en mer holistisk vård vilket betyder att bemöta patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Denna medvetna utveckling sker även inom socialt arbete och vetenskap (Arlebrink 2012; Payne 2008). Vi anser att det fortfarande tar tid innan kunskapen om det existentiella och andliga blir mer synlig i vården. För dem som har äldre utbildningar skulle det vara bra med fortbildning på området.

Vi tycker att ämnet existentialism och andlighet är en viktig del i vårdpersonalens grundutbildning och att personalen bör ha insikt i hur dessa frågor kan vara en del av en holistisk vård syn. Däremot tror vi inte att det idag finns utrymme för personalen på vårdcentralerna att ta ansvar även för denna vård. I denna vård behöver man mer kompetens inom vården med specialutbildad personal, eller rekrytera resurser från externa organisationer. Oavsett om det är internt eller externt så måste denna profession agera professionellt oavsett religion eller livsåskådning. Det vore inte bra om vårdcentralen skulle bli en öppen arena för olika religioner, nyandlighet och livsåskådningar. Oavsett om denna profession arbetar internt på vårdcentralen eller kommer som en resurs från en extern organisation är frågan hur samarbetet i så fall skulle se ut. Det kunde vara exempelvis en vidareutbildad sjuksköterska eller en diakon.

Om man öppnar upp för ett samarbete i team runt vårdtagaren, väcks genast frågan om tystnadsplikt och journalföring. Dessa moment är basala och viktiga inom vården. Däremot om det vore en extern resurs som fanns parallellt med vårdteamet skulle det kanske bli ett friare sätt att arbeta med patienterna. Vi anser att det i dagsläget vore bäst med en extern resurs som arbetar friare men ändå ha ett nära samarbete med vårdteamet. På dagens vårdcentral är det upp till varje enskild profession att rekommendera patienten vidare vid existentiella och andliga behov. Det blir då utifrån den professionens personliga värdegrund, kunskap och erfarenhet om vad som är bäst eftersom det inte finns någon övergripande plan för bemötande av de existentiella och andliga behoven. I resultatet framkommer att i mötet med patienter är personalen själva ett redskap. Där speglas vad man själv har för värderingar och tro

i samtalet med patienterna bekräftar Sivonen (2000). Därför kan de som har ett intresse för dessa frågor och själva har reflekterat över begreppen lättare bemöta andra människors existentiella och andliga tankar och behov. Det styrker att det är positivt att det finns en egen reflektion och kunskap om det existentiella och andliga området när man kommer i kontakt med människor med dessa behov.

## **7.1 Metoddiskussion**

Den kvalitativa metoden stämde bra överens med vårt sätt att undersöka och inhämta information genom intervjuer. Med personlig intervju kom vi närmare våra respondenter och den Hermeneutiska ansatsen underlättade vår tolkning av materialet som vi samlade in. Det var en fördel att vi båda var med vid intervjun och fick höra samma svar på våra frågor. Samtidigt kunde den ena vara mer koncentrerad på intervjun och den andre kunde anteckna som extra säkerhet om inspelningen skulle misslyckas. Nackdelen med en studie med bara två vårdcentraler innebär att vi inte kan säga att resultatet gäller alla vårdcentraler. Om vi önskat ett mer generellt resultat hade vi fått välja en kvantitativ metod med enkäter. Eftersom vi båda har en personlig kristen tro och är aktiva i Pingstkyrkan och Svenska Kyrkan har vi båda en förförståelse för vad existentialism och andlighet är. Vi anser att vår förförståelse har hjälpt oss att tolka respondenternas svar eftersom vi själva har reflekterat och har egen erfarenhet av vad dessa begrepp innebär. Vår ambition var hela tiden att inte låta vår förförståelse styra vårt resultat. För att skapa en trovärdighet i vårt arbete gjorde vi en så noggrann kontroll och tolkning som möjligt av vårt insamlade material. Trots detta är det svårt att ge ett helt korrekt resultat.

## **7.2 Slutsats/Vidare forskning**

Som slutsats konstaterar vi att det existentiella och andliga behovet är en verklighet hos alla människor. Det blir mer synligt när det uppstår svåra situationer. Behoven kan komma till uttryck på olika sätt som exempelvis ångest, depression och oro. Många gånger kommer människor till vårdcentralen med fysiska behov eller att det är svårt att uttrycka vad problemet är. Då finns orsaken många gånger i existentiella och andliga behov och orsaken ligger ofta i det psykosociala. Personalen uttrycker behoven vilket betyder att både kropp själ och ande är viktiga när man diskuterar människors hälsa på vårdcentralen. Vården och även det sociala arbetet behöver bli mer uppmärksamma på att dessa behov finns och bemöta det på ett bra sätt. En holistisk vårdsyn bemöter människan som en helhet och är en god grund för att tillgodose existentiella och andliga behov. För att personal ska kunna ge en holistisk vård behövs mer utbildning i det existentiella och andliga området eftersom de själva är redskapet i mötet med patienten. Enligt vårt studieresultat framkom att behoven av en existentiell och andlig vård är betydligt större än vad resurserna räcker till. Därför finns det ett behov av att anlita externa resurser som kan hjälpa till att fylla behovet. Behovet finns troligen även inom det sociala arbetet där man jobbar med människor

som exempelvis missbruk, äldreomsorg och handikappomsorg. Det finns ett stort behov av att i framtiden öka kunskapen om de existentiella och andliga behoven hos människor bland personal inom vård och socialt arbete. Det bör ske en ökad forskning för att få fram en struktur som ger ram för hur man ska handskas med de existentiella och andliga behoven. Forskningen skulle kunna inrikta sig på vilka externa resurser som skulle kunna vara lämpliga att rekrytera till vårdcentralen. Skulle exempelvis Svenska Kyrkan eller andra kyrkor vara en resurs till vårdcentralens verksamhet. Om det är en extern resurs som skall anlitas hur skall då samarbetet se ut mellan professionerna på vårdcentralen?



## 8. Referenslista

- Andersson, Ingemar & Ejlertsson, Göran (red.) (2009). *Folkhälsa som tvärvetenskap: möten mellan ämnen* . 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Arlebrink, Jan (2012). *Existentiella frågor: inom vård och omsorg* . 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Bergh, Håkan (2005). *Frequent attenders in primary health care: a vulnerable patient group seen from a biopsychosocial perspective*. Diss. (sammanfattning) Göteborg: Univ.
- Birkler, Jacob (2008). *Vetenskapsteori: en grundbok* . 1. uppl. Stockholm: Liber
- Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* . 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber
- Bäck – Wicklund, Margareta (2010) *Fenomenologi: Livsvärld och vardagskunskap*. I Månson, Per (red.) (2010). *Moderna samhällsteorier: traditioner, riktningar, teoretiker* . 8. uppl. Stockholm: Norstedt
- Carlén, Kristina & Nilsson, Kerstin (2008). *Andlighet i vården- intervjustudie bland vårdpersonal*. *Vård i Norden* 01/2008; 28(1):13-17.
- Christiansson, Elisabeth (2006). *Kyrklig och social reform: motiveringar till diakoni 1845-1965 = Reform in church and society: the justification of diaconia in Sweden 1845-1965*. Diss. Lund: Lunds universitet
- Dahlgren, Lars Owe & Johansson, Kristina (2009) Fenomenografi. I Fejes, Andreas & Thornberg, Robert (red.) (2009). *Handbok i kvalitativ analys* . 1. uppl. Stockholm: Liber
- Denscombe, Martyn (2004). *Forskningens grundregler: samhällsforskarens handbok i tio punkter* . Lund: Studentlitteratur
- Denscombe, Martyn (2009). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* . 2. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Eriksson - Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran (2011) Intervju. I Ahrne, Göran, Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011). *Handbok i kvalitativa metoder* . 1. uppl. Malmö: Liber

- Fraternali, K (1998) "Sartre's Existentialism and Social Work", *Journal of Comparative Social Welfare*, vol. 14, no. 1, pp. 62-75.
- Holloway, M (2007) "Spiritual need and the core business of social work", *British journal of social work*, vol. 37, no. 2, pp. 265-280.
- Lalander, Philip (2011) Observationer och etnografi. I Ahrne, Göran, Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011). *Handbok i kvalitativa metoder* . 1. uppl. Malmö: Liber
- Lennéer-Axelsson, Barbro (2010). *Förluster: om sorg och livsomställning* . 1. uppl. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lundmark, M. (2005). *Andlig omvårdnad: definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal*. *Vård i Norden*, 25(4), 30-36.
- Nationalencyklopedin (1995), Höganäs: Bra Böcker.
- Nordenfelt, Lennart (1991). *Livskvalitet och hälsa: teori & kritik* . 1. uppl. Solna: Almqvist & Wiksell
- Olsson, Henny & Sörensen, Stefan (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 3. uppl. Stockholm: Liber.
- Olsson, Henny & Sörensen, Stefan (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv* . 2. uppl. Stockholm: Liber.
- Payne, Malcolm (2008). *Modern teoribildning i socialt arbete* . 2., svenska utg. Stockholm: Natur & Kultur.
- Sartre, Jean-Paul (1986). *Existentialismen är en humanism*. [Ny utg.] Stockholm: Askelin & Hägglund
- Sivonen, Kerstin (2012) Anden. I Wiklund Gustin, Lena & Bergbom, Ingegerd (red.) (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* . 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 1993:17).
- Thompson, Neil (1992). *Existentialism and social work*. Aldershot: Avebury

Thurén, Torsten (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare* . 2., [omarb.] uppl. Stockholm: Liber

Uddenberg, Nils & Philipson, Sten M (1989) *Hälsa som livsmening* – En introduktion. I Jeffner, Anders, Philipson, Sten M. & Uddenberg, Nils (1989). *Hälsa som livsmening* . Stockholm: Natur och kultur.

Van Deurzen - Smith, Emmy (1998). *Det existentiella samtalet: ett perspektiv för psykoterapin* . Stockholm: Natur och Kultur.

Walsh, Joseph (1999). *Incorporating Existential Themes into the Supervision of Social Work Practitioners*, School of Social Work, Virginia Commonwealth University

World Health Organization (2003) ”*WHO definition of Health*” (elektronisk) <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (2013-06-07).

## Bilaga 1.

### **Frågor till intervju**

Vad har du för profession?

Hur länge har du arbetat i yrket?

Hur länge har du arbetat på Vårdcentralen?

Ålder?      Kön?

1. Vad anser du att andlighet och existentialism är?
2. Är dessa begrepp centrala i din profession?
3. Fanns begreppen med i din utbildning?
4. Vad innebär hälsa för dig?
- 5a. Hur uppfattar du behovet av andlighet och det existentiella i ditt dagliga arbete?
- 5b. Vilka är behoven?
6. Hur uttrycker sig behoven, Ge exempel?
7. Hur bemöter du behoven?
8. Kan du i din profession tala om andliga och existentiella behov?
9. Hur kan behoven tillgodoses enligt dig?
10. Finns det någon typ av resurs som skulle kunna vara till stöd i dessa frågor?

Bilaga 2.

### Samtyckesbrev

Vi som önskar att få göra en intervju heter Gudrun Bengtsson och Johnny Ramos, och studerar Socialt arbete- ledning och organisation på högskolan Halmstad. Vi skriver en C-uppsats med syftet att undersöka behoven av andliga och existentiella samtal. Med vår forskning vill vi få bättre uppfattning om efterfrågan och behovet av ett andligt stöd till patienterna på vårdcentralerna. Denna studie kommer att utföras genom intervju med dig som varar max 1 timme. Vi kommer att använda oss av bandspelare för att spela in intervjun. Detta för att kunna skriva ut och analysera materialet. Deltagandet vid intervjun är frivilligt och uppgiftslämnaren har enligt personuppgiftslagen (1998:204) rätt att avbryta sin medverkan under intervjun men även efter att intervjun är genomförd. Den intervjuade behöver inte besvara på frågor som denne inte vill. Under arbetets gång kommer uppgifterna att förvaras och behandlas konfidentiellt av oss. I uppsatsen kommer både citat och referat användas från intervjuerna, men det kommer att vara anonyma svar. Det kommer inte att framgå i uppsatsen vem som svarat vad. Efter avslutad studie kommer alla inspelningar att raderas.

Tack för att du vill medverka i vår studie!

Om du har några frågor är du välkommen att kontakta oss:  
Gudrun Bengtsson, tel. Johnny Ramos, tel.  
Vår handledare är Helena Eriksson i Halmstad Högskolan  
Härmed samtycker jag till ovanstående villkor:

Ort.....

Datum.....

Namnunderskrift: \_\_\_\_\_

*En kopia av detta samtyckesbrev finns tillgängligt för dig att erhåll*

Gudrun Bengtsson  
Johnny Ramos

