GÖTEBORGS UNIVERSITET

Existentiell hälsa-

en immanent del i hälso- och sjukvårdskuratorers yrkespraktik inom somatisk och palliativ vård

Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete
Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet
Master of Science in Healthcare Counselling
Självständigt vetenskapligt arbete (SW 2567), 15 hp
Annelie Apeloig
Handledare: Magnus Weber
Datum: 2025-10-19

Förord

Jag vill börja med att tacka min handledare Magnus Weber, som förstod tanken bakom uppsatsen och hjälpte mig att se delar i arbetet som jag själv inte hade lagt märke till. Tack också till studenterna, särskilt från samtalsövningarna, och till alla lärare på programmet. Ett extra varmt tack till läraren Inger Benkel i palliativ vård som gav mig mycket inspiration.

Jag vill också rikta ett stort tack till min praktikhandledare Lena Friedrich, som med sitt lyhörda sätt visade hur samtal kan öppnas upp och ge plats för existentiella frågor.

Idén till denna uppsats har vuxit fram ur mina tidigare studier och de samtal och möten som format mitt intresse för existentiell hälsa och socialt arbete. Jag vill rikta ett varmt tack till Mazen Baroudi vid Umeå universitet, som uppmuntrade mig att fortsätta skriva om existentiell hälsa. Ett särskilt tack även till Peder Thalén vid Högskolan i Gävle, som inspirerade mig att utforska socialt arbete utifrån filosofiska perspektiv.

Jag vill också uttrycka min tacksamhet till Ingeli Simmross vid Karolinska institutet, som motiverade mig att fördjupa mig i kuratorns roll inom palliativ vård, samt till Önver Cetrez vid Uppsala universitet, som introducerade mig till begreppet existentiell hälsa och visade mig dess djupare värde och tillämpning.

Slutligen går mitt största och innerligaste tack till informanterna, som generöst delade sina erfarenheter och reflektioner. Era berättelser har varit ovärderliga och har öppnat nya vägar i mitt tänkande. Slutsatserna i denna uppsats hade aldrig nåtts utan ert bidrag.

Abstrakt

Inledning: Trots att Folkhälsomyndigheten betonar behovet av ökad kunskap och kompetens inom existentiell hälsa, saknas tydlig information om hur kuratorer inom somatisk och palliativ vård faktiskt arbetar med dessa frågor. Denna brist utgör den kunskapslucka som uppsatsen avser att adressera.

Syfte: Studien syftar till att undersöka hur hälso- och sjukvårdskuratorer tolkar och arbetar med existentiell hälsa, vilka professionella förmågor som används, samt vilka utmaningar och möjligheter som påverkar kuratorernas roll, med fokus på professionens jurisdiktion och upplevda värde inom vårdens organisatoriska ramar.

Metod: En abduktiv ansats med kvalitativ innehållsanalys användes. Urvalet bestod av kuratorer inom somatisk och palliativ vård med erfarenhet av både slutenvårds- och öppenvårdspatienter. Analysen förankrades i hermeneutiska och konstruktivistiska perspektiv.

Resultat: Tre övergripande teman identifierades: (1) existentiell hälsa som en immanent del av kuratorns praktik, kopplad till patientens sociala och fysiska utmaningar samt medveten närvaro inför livets ändlighet; (2) fronesis som centralt professionellt förhållningssätt, med medveten närvaro utifrån icke-vetande och intuitivt utforskande som strategier; (3) kuratorns jurisdiktionella utmaningar och möjligheter, där brist på samhälleligt erkännande kontrasteras mot kuratorns etablerade psykosociala roll, vilket möjliggör integrering av existentiellt arbete.

Diskussion: Uppsatsen visar att hälso- och sjukvårdskuratorers yrkespraktik inom somatisk och palliativ vård kan omfatta existentiell hälsa, där kuratorernas omdömesförmåga, baserad på intuitivt utforskande och medveten närvaro, är central. Existentiell hälsa förstås som en förmåga att relatera till döden. Den psykosociala jurisdiktionen underlättar integrationen av existentiella dimensioner, men ett bredare samhälleligt erkännande av värdet med existentiell hälsa är fortfarande nödvändigt.

Innehållsförteckning

Inledning **6**

Anledning till studie **10**

Syfte och frågeställningar **11**

Tidigare forskning **11**

Teoretiskt ramverk **17**

Hälsa som förmåga (capability approach) 17

Frankls begrepp “viljan till mening” 19

Bornemarks konceptualisering av Fronesis, “den mänskliga omdömesförmågan” 20

Abbotts professionsociologiska teori om jurisdiktion 22

Metod **26**

Studiedesign 26

Kontext 27

Urval 28

Datainsamling 30

Den kvalitativa innehållsanalysen följde en stegvis process 33

Läsning av intervjuerna 33

Kondensering 34

Kodning 34

Kategorisering 34

Tabell 35

Etik **38**

Resultat.....40

Den immanenta existentiella hälsan i kuratorns yrkespraktik.....40

Den existentiella hälsan relaterar till sociala och fysiska utmaningar.....41

Existentiell förmåga att vara medvetet närvarande inför livets ändlighet.....46

Fronesis som ett professionellt förhållningssätt i kuratorns yrkespraktik.....51

Medveten närvaro utifrån ett icke-vetande.....52

Intuitivt utforskande.....57

Kuratorns jurisdiktionella utmaningar och möjligheter i arbetet med existentiell hälsa……..62

Brist på samhälleligt erkännande av existentiell hälsa.....63

Kuratorns erkända psykosociala jurisdiktion skapar förutsättningar för att integrera arbete med existentiell hälsa.....68

Diskussion.....72

Referenser.....79

Bilaga 1, Informationsbrev.....86

Bilaga 2 Intervjuguide.....88

Inledning

World Health Organization (WHO, 2025) definierade hälsa 1948 som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet". WHO:s definition av hälsa framställer hälsobegreppet som multidimensionellt, där både fysiska, psykiska och sociala aspekter beaktas (Brulde & Tengland, 2003, s. 237). Dock inkluderas inte andliga eller existentiella dimensionerna i denna definition. Det pågår dock en diskussion om att införa andligt välbefinnande som en fjärde dimension i WHO:s hälsobegrepp. WHO:s intention att inkludera andligt välbefinnande syftar till att belysa hur andlighet eller religiositet kan stärka individens förmåga att hantera motgångar (Sigurdson, 2014, s. 34). WHO har definierat andlig hälsa som en mätbar dimension och har utvecklat det kvantitativa självskattningsformuläret World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB) Field-Test Instrument där existentiell hälsa bedöms på en dikotom skala som fokuserar på livsbejakande och meningsskapande aspekter. Följande faktorer ses som god andlig hälsa (WHO, 2012).

- En koppling till en andlig varelse
- Känsla av mening och syfte i livet
- Upplevelse av vördnad och förundran
- Helhet och integration
- Andlig styrka
- Harmoni och inre frid
- Hopp och optimism
- Tron som en resurs

Utifrån att WHO (2025) har markerat andlig hälsa som en betydande dimension inom det övergripande hälsobegreppet, tilldelade regeringen den 18 april 2024 Folkhälsomyndigheten uppdraget att utveckla arbetet med existentiell hälsa inom ramen för folkhälsopolitiken (Regeringen, Socialdepartementet, 2024). Sverige är ett av världens mest sekulariserade länder, där religiösa institutioner inte längre fyller en central meningsskapande, vilket gör att existentiell hälsa blir mer tillämpbart än andlig hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2024a, s. 9). I Sverige dominerar sekulära och rationella värderingar, där självuttryck och individens frihet betonas starkt. Det innebär att många människor inte tror på Gud, men ändå upplever en hög grad av lycka och har stor tillit till andra människor i samhället (Melder, 2011, s. 23). En

central utmaning i arbetet med existentiell hälsa i Sverige är spänningen mellan landets sekulära och individualistiska karaktär och dess pluralistiska samhällsstruktur, där en mångfald av religiösa traditioner samexisterar (Grung, 2022, s. 5).

Begreppet existentiell hälsa har använts i drygt två decennier i Sverige, främst genom introduktion av begreppet i den religionspsykologiska forskning, exempelvis teologie doktor Cecilia Melder och professor Valerie DeMarinis (Stiwne, 2023, s. 66). Det råder emellertid delade uppfattningar på en ontologisk nivå kring vad som är existentiell hälsa. Melder, verksam inom religionspsykologi, har utvecklat en förståelse av begreppet som ligger nära WHO:s definition. Melder (2011, s. 69) beskriver existentiell hälsa som en självständig dimension av välbefinnande, separat från fysisk, psykisk och social hälsa. Denna tolkning har emellertid problematiserats av bland andra professorn i teologi Ola Sigurdson, professorn i klinisk psykologi Per-Einar Binder samt docenten i klinisk psykologi Dan Stiwne, som riktat kritik mot en Melders förståelse av begreppet.

Dualistiskt perspektiv där olika former av ohälsa delas upp, har rötter i både den judisk-kristna traditionen och Platons filosofi, som föreslår en skarp åtskillnad mellan kropp och själ, vilket är en dikotomi som länge format västerlandets sätt att förstå människans existens (Radovic, 2012, s. 101). Men som Sigurdson (2016, s. 12-14) påpekar, kan denna uppdelning bidra till en förenklad och kanske problematisk bild där existentiella aspekter separeras från kroppslig och social erfarenhet. Den icke-dualistiska synen, med sina filosofiska förankringar i exempelvis Heideggers (1992, s. 25) begrepp Dasein, framhävs människan som en enhet där kropp, själ och existens är oupplösligt sammanflätade. Denna helhetsförståelse bjuder in att förstå existentiell hälsa som en levd och integrerad verklighet, och inte som en separat beståndsdel. I linje med detta framhåller Sigurdson (2016, s. 20-21) att existentiell hälsa inte bör förstås som ett verktyg för att uppnå vissa livsmål, utan snarare som själva erfarenheten av att leva sitt liv. Även i närvaro av sjukdomar och begränsningar kan människan därför vara existentiellt frisk, så länge hon upplever sitt liv som sitt eget. Sigurdson (2014, s. 35) menar att ett existentiellt perspektiv öppnar för paradoxala tolkningar av hälsa, där en individ samtidigt kan uppleva sig som fysiskt sjuk men existentiellt frisk. Vidare betonar Sigurdson (2016, s. 17) vikten av att inte enbart betrakta människan utifrån specifika sjukdomstillstånd, utan att uppmärksamma individens totala lidande. Existentiell hälsa framstår därmed som en övergripande dimension som relaterar till individens reflektion

och relation till de olika hälsodimensionerna: fysisk, psykisk, social och andlig hälsa (Sigurdson, 2016, s. 12).

Vidare instämmer Binder (2022, s. 5) i Sigurdsons konceptualisering av existentiell hälsa som ett övergripande begrepp som relaterar till alla hälsodimensioner, men Binder föreslår att expandera begreppet existentiell hälsa till att inte enbart förstås som en reflekterande medvetenhet, utan även som en icke-diskursiv närvaro, en stilla, öppen och mottaglig medvetenhet, liknande mindfulness, där existensen kan erfaras på ett mer ordlöst plan. Även Brulde, professor i praktisk filosofi, (2012c, s. 89-91), betonar sambandet mellan förmågan till medveten närvaro och upplevelsen av meningsfullhet. Även Sigurdson (2016, s. 21) lyfter fram förmågan att kunna vara i världen på ett meningsfullt sätt utan krav på prestation. Även Binder (2022, s. 4-5) kopplar existentiell hälsa med förmågor, exempelvis förmågan att integrera lidande på ett meningsfullt sätt. Binder och Hjeltnes (2023, s. 249) framhåller att medveten närvaro inte bara handlar om egenvård, utan är en relationell förmåga som tillsammans med medkänsla gör det möjligt för professionella att möta människor i deras lidande.

Stiwne (2023, s. 67) framhåller att begreppet existentiell hälsa bör utvidgas bortom den religiösa sfären för att på ett rättvist sätt beakta de utmaningar som människor generellt upplever som existentiellt betydelsefulla. Stiwne (2023, s. 68) betonar att den sociala dimensionen av existentiell hälsa och framhåller att existentiell hälsa inte enbart är en individuell upplevelse, utan även en social process som formas och uttrycks i mellanmänskliga relationer. Stiwne (2023, s. 68) är kritisk mot en alltför positiv syn där existentiell hälsa enbart ses som en oavbruten utvecklingspotential mot optimal hälsa, och betonar att svåra livsvillkor även behöver integreras i förståelse av existentiell hälsa. Stiwne (2023, s. 64-65) menar vidare att begreppet bör förstås bortom ett strikt individualistiskt och psykologiskt perspektiv, och att existentiell hälsa inte bör reduceras till en fråga om psykisk hälsa. Svenaeus, professor i praktisk filosofi, (2019, s. 471) betonar att existentiell ångest skiljer sig från psykisk sjukdom då den bottnar i en grundläggande mänsklig sårbarhet, som bör erkännas och hanteras utan att patologiseras. Vidare uttrycker Stiwne (2023, s. 64) att det finns en fara om individens existentiella behov medikaliseras, vilket kan tolkas som att existentiella behov kan diagnostiseras och därmed åtgärdas. Enligt Föreningen för socionomer inom palliativ vård (2016) ses reaktioner på döende, förlust och meningslöshet

inte som sjukliga avvikelser, utan som naturliga krisreaktioner som hör till människans existentiella erfarenheter och därmed till vårdens praktik.

Det är otydligt om arbete med existentiell hälsa ingår i kuratorers yrkesutövning och ansvarsområden. Socialstyrelsen (2014, s. 23) betonar att socialt arbete i mötet med patienter som är svårt sjuka eller döende innefattar ett behov av att beakta existentiella dimensioner. Samtidigt definieras inte existentiellt arbete som en separat uppgift, utan inkluderas inom ramen för det psykosociala arbetet, som utgör 75 procent av kuratorns arbetsuppgifter, följt av krisstöd (11 procent), social rådgivning och stöd (3 procent) samt övrigt (11 procent). Regeringen nämner inte explicit existentiell hälsa, utan Regeringen (2018, s. 9) betonar att hälso- och sjukvårdskuratorn innehar ett självständigt yrkesansvar inom psykosociala insatser, där bedömning, diagnos, planering och behandling av patientens psykosociala behov i relation till sjukdom. Akademikerförbundet SSR (2020, s. 9–10) framhåller att kuratorns arbete ofta berör existentiella teman, såsom livskriser, sorg och andra svåra livssituationer. Kuratorns huvudsakliga mandat är att självständigt bedriva psykosocialt arbete, vilket omfattar utredning av patientens sociala situation samt samtalsbehandling och stöd.

Ett område där existentiella frågor länge varit centrala är inom den palliativa vården. Inom palliativ vård utgör den existentiella dimensionen en av vårdens fyra erkända hörnstenar. I detta sammanhang används inte begreppet existentiell hälsa, utan snarare existentiell vård, vilket avser insatser som syftar till att stödja patientens förhållningssätt till döden, känslor av ensamhet och meningslöshet samt att främja individens förmåga att ta ansvar och göra fria val i livets slutskede (Benkel, Molander & Wijk, 2024, s. 60–66). Enligt Föreningen för socionomer inom palliativ vård (2016) utgår det existentiella perspektivet i kuratorns arbete från en helhetssyn på människan, där döden och lidandet erkänns som existentiella realiteter.

Mot denna bakgrund kan det vara viktigt att erkänna existentiell hälsa som en legitim del av kuratorers expertisområde inom palliativ vård, och potentiellt inom somatisk vård. Till skillnad från Regeringen (2018) och Akademikerförbundet (2020), som främst ser kuratorn som ett psykosocialt stöd, betonar Sandegård och Udo (2023, s. 90-91) kuratorns expertis även inom existentiell hälsa. Även Sjöström (2013, s. 147) beskriver att det finns en existentiell dimension i det psykosociala arbetet inom hälso- och sjukvården. Vidare beskriver Sandegård och Udo (2023, s. 94-95) att i hälso- och sjukvården där det biomedicinska paradigmet ofta marginaliserar det existentiella, erbjuder kuratorn ett kompletterande perspektiv genom att synliggöra den existentiella hälsan. Enligt Temiz (2025,

s. 129-131) har det existentiella perspektivet beröringspunkter med det sociala perspektivet genom sitt fokus på individens frihet i relation till yttre villkor och begränsningar. Ändå är existentiella perspektiv endast i begränsad utsträckning införlivade i socialt arbete, och det råder brist på begreppslig tydlighet kring vad som avses med existentiell hälsa inom socialt arbete.

Anledning till studie

En tydlig definition av hälsa är viktig eftersom olika professioner i samhället, såsom läkare, sjuksköterskor och kuratorer, bär ansvar för olika aspekter av människors hälsa (Tengland, 2020, s. 29). I slutredovisningen kring fortsatt arbete med existentiell hälsa och folkhälsa betonar Folkhälsomyndigheten (2025, s. 27) vikten av att stärka både kunskap och kompetens för att skapa en hälsofrämjande och jämlik hälso- och sjukvård. Trots detta saknas det i slutredovisningen en tydlig koppling till hälso- och sjukvården i rapporten, vilket påvisar behovet av studier som undersöker hur existentiell hälsa faktiskt integreras i vårdens praktik. Det saknas dessutom inom europeisk hälso- och sjukvård evidensbaserade riktlinjer för hur existentiellt stöd till patienter bör utformas (Grung, 2022, s. 6). Även om Folkhälsomyndighetens rapport inte fokuserar på palliativ vård, så framgår det att insatser som stärker existentiell hälsa, såsom meningsskapande möten, är relevanta i palliativ vård (Folkhälsomyndigheten, 2025, s. 11). Rapporten lyfter även vikten av socialt stöd som en resurs för existentiell hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2025, s. 33), men rapporten saknar belysning av hälso- och sjukvårdskuratorers roll och det sociala arbetets bidrag inom detta område.

I temanumret Existentiell hälsa – En bortglömd determinant? i Socialmedicinsk tidskrift (2023, Vol. 100, Nr. 1) beskrivs hur existentiell hälsa ofta förbises även inom socialt arbete. Stiwne (2023) problematiserar i sin artikel i detta temanummer en individualiserad förståelse av existentiell hälsa, och understryker vikten av att närma sig begreppet utifrån en social kontext. Mot denna bakgrund blir det särskilt relevant att studera hälso- och sjukvårdskuratorers perspektiv, då deras arbete ofta tar sin utgångspunkt i patientens sociala sammanhang.

Sandegärd och Udo (2023, s. 89) artikel, i ovanstående temanummer, betonar att behovet av existentiellt stöd är särskilt tydligt i möten med somatiskt eller palliativt sjuka patienter, där kuratorns egen förmåga att förhålla sig till döden är avgörande för ett autentiskt möte. Mot denna bakgrund är det därför viktigt att genomföra en kvalitativ studie som undersöker hur kuratorer inom somatisk och palliativ vård förstår och tillämpar existentiell hälsa i sin yrkespraktik, samt vilka utmaningar och möjligheter som är kopplade till detta arbete.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur hälso- och sjukvårdskuratorer tolkar och arbetar med existentiell hälsa i somatisk och palliativ vård. Studien avser vidare att belysa vilka professionella förmågor som används i detta arbete samt vilka utmaningar och möjligheter som påverkar kuratorernas roll, med särskilt fokus på professionens jurisdiktion och upplevda värde inom hälso- och sjukvårdens organisatoriska ramar.

1. Hur tolkar hälso- och sjukvårdskuratorer begreppet existentiell hälsa i relation till sitt arbete med patienter i somatisk och palliativ vård?

2. Hur arbetar hälso- och sjukvårdskuratorer med att främja existentiell hälsa hos patienter i somatisk och palliativ vård, och vilka professionella förmågor använder de i detta arbete?

3 Vilka utmaningar och möjligheter påverkar hälso- och sjukvårdskuratorers arbete med existentiell hälsa, och hur relaterar dessa till professionens jurisdiktion och upplevda värde inom hälso- och sjukvårdens organisatoriska ramar?

Tidigare forskning

Inledningsvis presenteras svenska och danska studier som berör begreppen existentiell hälsa och existentiella frågor inom vården. Eftersom begreppet "existentiell hälsa" inte är allmänt etablerat används ofta termen "existentiell" som ett mer vedertaget begrepp inom forskningen enligt Nygaard et al., (2022, s. 7-9, 11-14) litteraturstudie. Fokus ligger på studier som beskriver hur vårdpersonal arbetar med dessa frågor, både inom somatisk vård men framförallt inom palliativ vård, där ett större antal studier explicit tar upp de existentiella

dimensionerna av patientens upplevelse. Valet av studier har även inkluderat olika professioner utöver kuratorer, för att tydliggöra patientens behov och hur dessa kan bemötas. Flera studier belyser vilka kompetenser och förmågor vårdprofessionella generellt behöver för att möta patienter i existentiellt utsatta situationer, ofta identifierade som personer i livets slutskede. Därefter presenteras tre studier från Hongkong som ofta citeras i internationell forskning och därför bedöms relevanta för en global kontext. De förmågor som identifieras i dessa studier kan förstås som delvis allmängiltiga och tillämpliga i olika kulturella sammanhang, vilket ger stöd för att vissa professionella färdigheter inom existentiell hälsa kan vara universella och spegla aspekter av det som kan betraktas som allmänmänskligt. Andliga synsätt och religiösa trosföreställningar kan däremot kanske ses som mer kulturellt betonade, och internationella studier om andlig hälsa är därmed inte inkluderade.

Nygaard et al., (2022, s. 7-9, 11-14) litteraturstudie visar att användningen av begreppet “existentiell” i skandinaviska vetenskapliga tidskrifter har ökat sedan 1980-talet, men att det ofta saknas en tydlig definition, vilket skapar variation mellan olika forskningsfält. Inom vårdforskning kopplas begreppet existentiell ofta till det andliga eller religiösa, medan det inom psykologisk forskning i större utsträckning förstås utifrån existentiell filosofi. Det existentiella relaterar ofta till svår somatisk sjukdom och palliativ vård. Begreppet används i olika sammanhang, exempelvis “existentiell hälsa” och “existentiell vård”. Analysen i litteraturstudien identifierade fem teman som illustrerar vad begreppet existentiell relaterar till: (1) lidande och omorientering, (2) mening och meningslöshet, (3) existentiell filosofi i relation till hälsa, (4) existentiella frågor som vårdmetod och (5) avgränsning mellan existentiella, spirituella och religiösa begrepp. Studien betonar att begreppet “existentiell” är komplext och mångfacetterat, och det finns ingen tydlig generell definition för klinisk praxis.

Nygaard et al., (2022, s. 12) beskriver att i vetenskapliga artiklar beskrivs ofta det existentiella i relation till hälsa som ett icke-reduktionistiskt perspektiv på människan, där grundläggande livsvillkor och mänskliga erfarenheter står i centrum oavsett om individen är frisk eller sjuk. Det existentiella relateras ofta både till filosofiska frågor om vårt "varande i världen" (dasein) och till de konkreta livsvillkor som uttrycks genom människans kropp, livets tidsbegränsning, rumsliga sammanhang och relationer. I vårdkontexter framträder det existentiella genom frågor som rör livets mening, och existentiell vård innebär att lyssna och ge utrymme för dessa livsfrågor.

Av de 108 artiklar som Nygaard et al., (2022, s. 2–16) analyserat använder endast få uttryckligen begreppet existentiell hälsa. Precis som i inledningen av denna uppsats identifieras Binder (2022), Sigurdson (2016) och DeMarinis (2003) som centrala teoretiker gällande begreppet existentiell hälsa. Nygaard et al. (2022) framhåller att de tre författarna har skilda förståelser av begreppet. I litteraturstudien analyserades hur dessa teoretiker tolkar begreppet samt vilka skillnader som framträder mellan deras tolkningar. DeMarinis kopplar den existentiella hälsan till en diskurs som förknippar den med religion och meningsskapande system, där individen skapar mening genom livssyn, relationer, val och symboliska uttryck som ritualer. Binder framställs däremot i Nygaards et al., (2022) analys som representant för en diskurs med fokus på varandet, det kroppsliga och känslomässiga livet som människan alltid befinner sig i. Här blir det existentiella en levd och förkroppsligad erfarenhet, formad i spänningsfältet mellan livets polariteter såsom död och liv, mening och meningslöshet samt gemenskap och ensamhet. Sigurdson tolkas av Nygaards et al., (2022) däremot som en företrädare för en reflexiv diskurs, där existentiell hälsa inte är en separat dimension utan genomsyrar alla aspekter av hälsa. Det reflexiva handlar om människans förmåga att tolka, äga och förhålla sig till sina egna erfarenheter, och därigenom skapa en subjektiv relation till livet självt. På så sätt kan perspektiven sammanfattas som att DeMarinis betonar religion och meningsskapande system, Binder betonar det levda varandet, och Sigurdson lyfter reflektion och medveten bearbetning av livserfarenheter (Nygaard et al., 2022, s. 2, 6, 9, 14, 16). Nygaard et al. (2022, s. 25) nämner kort Rehnsfeldt och Arman (2012) och tolkar deras studie som att de för en diskurs där existentiell hälsa förstås som en pågående process. Inom denna diskurs förhåller sig individen kontinuerligt till livets grundläggande villkor, hanterar lidande och återfinner gradvis mening och sammanhang i sin tillvaro.

I flera av de artiklar som Nygaard et al. (2022, s. 7, 17, 21, 26, 34–36) analyserat framträder en diskurs där det existentiella är nära kopplat till människans sociala liv. Det existentiella beskrivs inte som något som sker i isolering, utan som en del av de relationella sammanhang och i de sociala system som omger människan. Existentiella frågor och erfarenheter formas och uttrycks därmed i mötet med andra, och får en tydlig social dimension. Studien visar också att existentiellt lidande och sökande kan ta sig uttryck både på det psykologiska, sociala och kroppsliga planet, vilket gör det tydligt att människans existentiella villkor inte kan skiljas från hennes relationer och livssituation.

En viktig distinktion handlar om hur det existentiella begreppet förstås inom akademiska sammanhang, där det ofta analyseras och definieras utifrån teoretiska perspektiv och forskningsdiskussioner, jämfört med i yrkespraktiken, där begreppet omsätts i det konkreta mötet med patienter och får en mer handlingsinriktad och erfarenhetsbaserad betydelse. Som Nygaard et al. beskriver ovan kopplas det existentiella inom vårdforskningen ofta till andlighet och religiositet, och samma koppling återfinns även i vårdpraktiken. I Lundbergs et al., (2025, s. 2342–2351) studie i Sverige, som använde fokusgrupper bestående av olika sjukvårdsprofessioner, inklusive kuratorer, diskuteras svårigheterna med hur begreppen andlig, religiös och existentiell vård ska tillämpas i ett sekulärt land som Sverige. I studien framkommer att professionella inom sjukvården uppfattar andlighet och religion som privata och känsliga områden som kräver stor försiktighet. Existentiell vård ses som ett gemensamt ansvar inom vården och tillhör ingen specifik profession. Studien visar att kuratorer, psykologer och sjukhuskyrkan arbetar med existentiellt stöd, medan läkare har primärt medicinskt ansvar.

Inom palliativ vård finns ofta ett integrerat existentiellt synsätt och Bäckersten et al., (2024, s. 1186–1188) svenska studie visar att vårdpersonal inom palliativ vård i hög grad uppfattar den existentiella dimensionen som betydelsefull även inom andra vårdkontexter utanför den palliativa vården. Existentiella frågor omfattar livets mening, död och döende, skuld, relationer, ensamhet och patientens självuppfattning, och kan uttryckas både verbalt och icke-verbalt. Existentiella behov handlar främst om att bli sedd och hörd, att få kommunicera och reflektera, samt att uppleva mening och tillhörighet. Studien visar också att trots Sveriges sekulära kontext är religiösa och andliga frågor en del av den existentiella dimensionen, och att vårdpersonal behöver förmåga att tolka både direkta och indirekta uttryck för patienters existentiella behov (Bäckersten et al., 2024, s. 1186–1188)

Inom vårdkontexten identifieras ofta det existentiella som ett behov som kräver särskilt professionellt bemötande, vilket ställer krav på både specifik kompetens och särskilda förmågor. I en studie av Assing Hvidt et al., (2016, s. 388–390) framkommer det att danska allmänläkare ofta väljer att remittera patienter till andra professioner när existentiella frågor blir aktuella. Allmänläkarna i studien beskriver den existentiella dimensionen som knuten till hela människans existens, inklusive sociala och samhälleliga aspekter. Även om dessa läkare möter patienter med en stor variation av sjukdomar, blir existentiella frågor särskilt framträdande i situationer som rör livshotande sjukdomar och döden. Samtidigt finns den

existentiella dimensionen alltid med, även i mer vardagliga patientmöten, om än ofta på ett implicit sätt. Studien beskriver att existentiella frågor kräver ett särskilt förhållningssätt som bygger på intuition och magkänsla, snarare än på standardiserade manualer, vilket understryker behovet av professionell känslighet i mötet med patienten.

Enligt Karlsson, Kasén & Wärnå-Furus (2016, s. 164–165) studie så kan känslighet inför patientens lidande göra att den professionella framträder som en medmänniska och det skapar förutsättningar för ett djupare och mer meningsfullt möte med patienten. Samtidigt kan denna känslighet vara problematisk, eftersom den bygger på att den professionella är medveten om sin egen dödlighet. I mötet med en döende patient kan denna medvetenhet väcka starka känslor och reflektioner kring meningen med människans lidande, vilket både kan utmana och fördjupa det professionella mötet

Bolmsjö, Tengland och Rämgårds (2019, s. 1311, 1319-1322) studie från Sverige betonar vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal, exempelvis kuratorer, har förmåga och kunskap att bemöta existentiella behov hos patienter med svår somatisk sjukdom eller döende. I dessa situationer aktualiseras livsfrågor på en ontologisk nivå, rörande vad det innebär att vara en levande människa som kan lida och dö. Studien lyfter fram vikten av att patienten ges möjlighet att styra över samtalets innehåll, med hänsyn till dennes värderingar och trosuppfattningar med ett empatiskt och icke-dömande förhållningssätt.

Strang et al., (2014, s. 564–567) studie i Sverige beskriver att professionella behöver specifika förmågor för att bemöta en döende patients implicita existentiella behov. Det är viktigt att ha förmågan att möjliggöra ett öppet och förutsättningslöst samtal med respekt för patientens integritet. Den professionella behöver kunna använda sin känslighet för att uppmärksamma små signaler och ha en icke-dömande attityd. Det är också viktigt att den professionella kan hantera sina egna reaktioner, för att patienten ska få utrymme att vara i sin egen upplevelse. En viktig förmåga är att kunna ha en tyst närvaro och kunna lyssna aktivt, vilket innebär att “bara vara där” och inte vara lösningsfokuserad. Det professionella behöver även ha förmåga till ordlös kommunikation och använda vid rätt tillfälle beröring eller kroppsspråk (Strang et al., 2014, s. 564–567).

Även Voetmann, Hvidt och Viftrup (2022, s. 3-5) danska studie belyser betydelsen av vårdpersonalens närvaro som en central resurs i mötet med den palliativa patienten. Den professionellas närvaro kan komma till uttryck rent fysiskt, genom att “bara vara” med

patienten eller genom beröring, vilket signalerar trygghet och omsorg. Vidare betonas vikten av närvaro där den professionella använder sig av sin förmåga att uppfatta och tolka icke-verbal kommunikation, såsom kroppsspråk och subtila signaler från patienten, vilket gör det möjligt att identifiera när patienten har behov av samtal.

Chan, Tin och Wong (2015, s. 104–105) studie från Hong Kong visar att yrkesverksamma, såsom kuratorer, behöver en förmåga att både acceptera och förhålla sig till patientens och sin egen död, samtidigt som de kan möta de starka känslor som väcks i arbetet med döende och sörjande. Studien betonar också betydelsen av psykologisk trygghet och självreflektion för att kunna känna sig grundad och trygg i dessa möten, liksom vikten av att vara närvarande och visa genuin empati. Yrkespersoner behöver således finna en balans mellan sin egen mänskliga sårbarhet och det professionella stöd de erbjuder patienten.

Chan et al., (2016, s. 35–36) studie från Hong Kong visar att professionella inom palliativ vård, exempelvis kuratorer, möter existentiella och emotionella utmaningar i arbetet med döende patienter. De existentiella utmaningarna handlar om att konfronteras med sina egna grundläggande föreställningar om livet, döden och lidandets mening. De emotionella utmaningarna rör den känslomässiga påverkan som kan uppstå i mötet med patienten, både i relation till patientens situation och till det egna livet. För att kunna möta dessa utmaningar utvecklar yrkesverksamma existentiella och emotionella copingförmågor. Den existentiella copingförmågan innebär att kunna acceptera dödens ofrånkomlighet och samtidigt sträva efter att leva ett meningsfullt liv. Den emotionella copingförmågan handlar om att kunna reglera sina känslor, samt att finna mening i sitt arbete (Chan et al., 2016, s. 37–38).

Chan och Tin (2012, s. 903–906) framhåller att professionella som arbetar med palliativa patienter behöver utveckla tre centrala kompetenser, vilka är kunskapskompetens, praktisk kompetens och självkompetens. Kunskapskompetens handlar om att förstå patienten vilket inkluderar teoretisk kunskap för att förstå patientens kontext, inklusive medicinska processer, beroende av samhällsresurser samt religiösa och kulturella perspektiv på döden. Praktisk kompetens rör själva mötet med patienten och innefattar förmågan att kommunicera med respekt, empati och lyhördhet, tolka det outsagda samt förstå patientens känslor och sociala situation. Självkompetens omfattar personliga egenskaper såsom mognad, tålamod, självmedvetenhet och ödmjukhet. Det inkluderar även existentiell coping som innebär att kunna acceptera dödens oundviklighet samt emotionell coping rör förmågan att hantera egna och patientens känslor, exempelvis dödsångest.

Teoretiskt ramverk

Hälsa som förmåga (capability approach)

Teorin om hälsa som förmåga har sin grund i Amartya Sen, nobelpristagare och professor i nationalekonomi, som framhåller betydelsen av yttre villkor för individens möjligheter att uppnå verklig frihet (Sen, 1999, s. 10). Teorin benämns även som "hälsa som funktionsförmåga" och syftet med teorin är att undersöka människors möjligheter till ett gott liv och uppnå meningsfulla mål, och huruvida samhället skapar förutsättningar för detta (Tengland, 2020, s. 26, 29). Teorin vidareutvecklades av Martha Nussbaum (2011), professor i rättsetik, som beskriver människans förmågor på ett mer detaljerat sätt (Tengland, 2020, s. 26). De två svenska filosoferna Per- Anders Tengland, professor i hälsa och samhälle, och Bengt Brulde, professor i praktisk filosofi, (2003, s. 195–228) har gjort en begreppslig analys av teorin i boken "Hälsa och sjukdom" som riktar sig mot forskare, med fokus på dess tillämpning i en svensk kontext, särskilt inom svenska vården. Tengland (2020, s. 25–32) fördjupar teorin ytterligare i artikeln "Health and capabilities: a conceptual clarification". Teorin om hälsa som förmåga betraktar förmågor som dynamiska processer som utvecklas i samspelet mellan inre och yttre faktorer, där varje förmåga består av flera samverkande komponenter (Tengland, 2020, s. 26, 31).

En grundläggande insikt i teorin är att förmågor inte existerar i ett vakuum, utan är djupt beroende av yttre faktorer såsom sociala, ekonomiska och kulturella förutsättningar (Brülde & Tengland, 2003 s. 196–199). Detta gör att begreppet förmåga är större än begreppet hälsa, då hälsa ses som situerat i människans kropp men att förmåga relaterar till människans inre faktorer i relation till yttre faktorer (Tengland, 2020, s. 27). Vad en förmåga faktiskt möjliggör i praktiken påverkas av de omständigheter individen befinner sig i. Detta gör att en oförmåga inte nödvändigtvis är detsamma som ohälsa, särskilt när svårigheterna har sin grund i yttre faktorer snarare än i individens inre funktionssätt (Brülde & Tengland, 2003, s. 200–202). Tengland (2020, s. 29–30) lyfter även fram betydelsen av att ha förmåga att kontrollera sin sociala och ekonomiska situation för att kunna ha ett gott och meningsfullt liv. Vidare betonar Tengland (2020, s. 27) att individens förmågor inte enbart formas av inre faktorer, utan också av det stöd som samhället erbjuder. För att människor ska kunna utveckla och använda sina förmågor behöver det finnas sociala normer som bekräftar och accepterar individens känslor och existentiella erfarenheter. Likaså krävs samhällsfunktioner som ger

stöd i samband med avgörande livsval, exempelvis existentiella frågor om mening och riktning i livet (Tengland, 2020, s. 27)

Denna nyanserade hållning möjliggör en relativistisk hälsouppfattning, där betydelsen av välfärdsstatens stöd och andra strukturella faktorer lyfts fram som centrala för individens möjligheter att realisera sina vitala mål (Brülde & Tengland, 2003, s. 210, 212). Tengland, (2020, s. 27) beskriver de yttre faktorer som påverkar individens förmågor som strukturella och sociala omständigheter, exempelvis tillgång till arbete, ekonomiska resurser och ett stödjande socialt nätverk. Även miljömässiga faktorer, exempelvis klimat, boendeförhållanden och samhällsinfrastruktur, spelar en central roll. Därtill betonar Tengland (2020, s. 27) betydelsen av att leva i en politiskt tolerant miljö, präglad av inkluderande normer, rättslig trygghet och personlig säkerhet. Tengland (2020, s. 31–32) menar att lagstiftning bör främja individens förmågor, vilket tydliggör samhällets ansvar att skapa nödvändiga förutsättningar för att uppnå substantiell frihet.

Förmågor är, utöver yttre faktorer, beroende av olika inre faktorer. Den mest grundläggande inre faktorn som påverkar utvecklingen av människans förmågor är individens motivation och vilja att engagera sig i något meningsfullt (Tengland, 2020, s. 26–28). Andra inre faktorer omfattar sinnesperceptioner och kognitiva funktioner för att kunna reflektera (Tengland, 2020, s. 31). Ytterligare inre faktorer är emotionella dispositioner, exempelvis att uppleva och hantera känslor, reglera stress och upprätthålla en stabil självkänsla. Ytterligare inre faktorer är moraliska och etiska dimensioner, som viljan att följa moraliska principer och utvecklandet av dygder såsom vänlighet, mod och ärlighet, samt personlighetsdrag och självmedvetenhet i relation till egna styrkor och begränsningar (Tengland, 2020, s. 27). Även yrkeskompetens som förvärvats genom utbildning kan förstås som en inre faktor, eftersom den utgör ett slags internaliserad kapacitet som individen använder i sitt handlande (Tengland, 2020, s. 26). Dessa inre faktorer är inte statiska, utan kan utvecklas och stärkas genom träning, hälsofrämjande stöd och övning (Tengland, 2020, s. 29).

De ovan nämnda inre och yttre faktorerna utgör grunden för en förmåga, vilket visar att förmågor inte uppstår ur tomma “intet”. Brülde och Tengland (2003, s. 223) ger exempel på förmågor, exempelvis omdömesförmåga och förnimmelseförmåga, som en individ använder för att bedöma och agera i olika situationer. Vidare kan förmågor handla om att reflektera över vad som är gott och moraliskt, att ha förmåga att fatta livsval som stödjer individens autonomi, samt att ha förmåga att visa medkänsla och förmåga att ingå i sociala gemenskaper.

Brülde och Tengland (2003, s. 218–219) menar dock att begreppet förmåga är bredare än begreppet hälsa, eftersom det även inbegriper aspekter av mänskligt liv som inte täcks av traditionella biomedicinska hälsodefinitioner. Ett exempel är meningsskapande, som de betraktar som en central förmåga. Även filosofen Gadamer (1996) beskriver hälsa i termer av meningsskapande förmågor. Utifrån dessa resonemang kan existentiell hälsa förstås som en existentiell förmåga, det vill säga en förmåga att finna mening i livet. Brülde (2012a, s. 34, 36–38) fördjupar detta genom att beskriva meningsskapande som en förmåga där upplevelsen av meningsfullhet formas i relation till individens etiska värderingar samt genom förmågan att formulera och sträva mot personliga livsmål. En viktig poäng är att denna meningsskapande förmåga kan finnas även när individen upplever fysisk, psykisk eller social ohälsa (Brülde, 2012a, s. 38). Denna förståelse återfinns också i policydokument, där Regeringskansliet (2024) och Folkhälsomyndigheten (2024a, s. 13) definierar existentiell hälsa som individens förmåga att upprätthålla ett meningsskapande förhållningssätt till livet.

Frankls begrepp "viljan till mening".

Den logoterapeutiska teorin är utvecklad av Viktor Frankl (1986, s. 14-16), professor i neurologi och psykiatri, och utgår från att viljan till mening utgör en grundläggande drivkraft i människans liv, en vilja som kan aktiveras vid existentiella svårigheter. Han själv relaterade existentiella svårigheter till sina vistelser i koncentrationsläger. Frankl betonar att människan inte bör betraktas som ett objekt som ska repareras, utan som ett subjekt med en inneboende strävan efter att skapa mening i tillvaron. Denna vilja till mening fungerar som en drivkraft bakom meningsskapande förmågor, vilka i sin tur gör det möjligt för individen att hantera livets svårigheter. På detta sätt kan logoterapin relateras till teorin om hälsa som förmåga, där Tengland (2020, s. 26–28) beskriver att den mest grundläggande inre faktorn för utvecklandet av förmågor är just människans motivation att göra något meningsfullt.

Frankl kopplar viljan till mening till Heideggers begrepp Dasein, som beskriver människans existens som ett "varande-där" i världen (Frankl, 1986, s. 11). Dasein relaterar till människans medvetenhet om sitt eget varande och förhållningssätt till sin egen existens, sina möjligheter och begränsningar (Heidegger, 1992, s. 24-25). Viljan till mening är därför nära knuten till hur människor faktiskt lever sitt liv, sociala sammanhang och den värld människan befinner sig i. Frankls teori visar hur mening konkret skapas genom att individen reflekterar

över sina val, engagerar sig i handlingar som känns betydelsefulla och förhåller sig medvetet till sin livssituation och existentiella villkor. Trots att människan påverkas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer, hävdar Frankl (1986, s. 23) att hon besitter frihet att inta en personlig hållning inför dessa villkor. Detta ligger i linje med Sigurdssons (2016, s. 12, 21) beskrivning av existentiell hälsa som individens förhållningssätt till sin fysiska, psykiska och sociala livssituation, och förmågan att uppleva livet som sitt eget, även vid lidande. Dock använder inte Frankl begreppet existentiell hälsa, men han beskriver den noologiska dimensionen, som är en existentiell dimension som handlar om människans vilja till mening och förmåga till självtranscendens (Frankl, 1986, s. 24).

Enligt Frankl (1986, s. 16–17) handlar viljan till mening om att rikta sig bortom det egna jaget, mot ett värde, sociala sammanhang eller en uppgift. Detta innebär en förmåga till självtranscendens, som Frankl beskriver som en intuitiv rörelse bortom jaget och in i relation till något större än sig själv (Frankl, 1986, s. 25–26). Brülde, (2012b, s. 44, 69–71) menar att samhörighet med omgivningen kan motverka självcentrering och stärka upplevelsen av mening i relation till omvärlden. Detta etiska perspektiv av meningsfullhet ligger nära Aristoteles idé om eudaimoniskt välbefinnande, där ett gott liv innebär att utveckla och förverkliga dygder i samspel med sociala och moraliska sammanhang. Till skillnad från hedonistiskt välbefinnande, som fokuserar på njutning, betonar den eudaimoniska ansatsen människans reflekterande och meningsskapande förmåga i relation till etiska och sociala villkor (Ryan & Deci, 2001, s. 143-147).

Bornemarks konceptualisering av Fronesis, den mänskliga omdömesförmågan

Jonna Bornemark (2020, s. 48-49, 133) som är professor i praktisk filosofi, kritiserar hur socialt arbete och vård blivit alltmer manualstyrda, vilket riskerar att tränga undan det professionella omdömet. Bornemark (2020, s. 54–57) skriver explicit att hon knyter an till teorin om hälsa som förmåga, när hon lyfter fronesis, som en avgörande komponent i en mer human vårdpraxis.

Bornemark (2020, s. 50) översätter fronesis till mänsklig omdömesförmåga och denna översättning är anpassad för att passa svenska yrkesprofessioner, exempelvis inom vården, där beslut ofta behöver fattas under osäkerhet och med hänsyn till både etiska och praktiska

aspekter. Fronesis är svårt att definiera och Bornemark (2020, s. 59) framhåller att den mänskliga omdömesförmågan är mer komplex än en instinktiv "magkänsla", medan Kvale och Brinkmann (2014, s. 115, 180) beskriver fronesis som en form av intuition. Aristoteles definierade fronesis som praktisk klokhet, där människan kan förstå en situation och se vad som är värdefullt (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 103–104). Aristoteles beskrev att fronesis möjliggör gott handlande i konkreta och komplexa sammanhang. Till skillnad från episteme (teoretisk kunskap) och techne (teknisk färdighet) handlar fronesis om att kunna fatta kloka beslut där teorier och manualer saknas (Bornemark, 2020, s. 37, 43). Den fronetiska förmågan är en metaförmåga som förenar praktisk klokhet med både episteme och techne och möjliggör en avvägning mellan det närvarande ögonblicket, tidigare erfarenheter, framtida konsekvenser och etiska principer. Fronesis blir därigenom en dynamisk kraft som vägleder människan genom komplexa sammanhang och riktar handlandet mot etiskt hållbara mål (Bornemark, 2020, s. 67). Enligt Mattsson (2017, s. 43), docent i socialt arbete, innebär fronesis inom socialt arbete att vara lyhörd och att agera med etisk medvetenhet i mötet med andra människor.

Enligt Bornemark (2020, s. 51) är omdömesförmågan en sammansatt förmåga, förankrad i sinnesperceptioner, erfarenheter, känslor och teoretiska kunskaper. Bornemark (2020, s. 51–53) betonar sinnesperceptionernas betydelse för omdömesförmågan då det är genom sinnena som människan uppfattar och orienterar sig i verkligheten. Sinnesintrycken förmedlar en mångfald av nyanserad information som individen kontinuerligt behöver bearbeta och förhålla sig till. Det kan innebära att mötet med en människa inte enbart är en verbal eller kognitiv process, utan även sker genom sensoriska dimensioner. Genom att medvetet använda hörsel, syn och lukt kan subtila signaler i en människas uttryck, kroppsspråk och röst uppfattas, vilket kan bidra till en fördjupad förståelse av exempelvis en patients aktuella situation och behov.

Bornemark (2020, s. 60–62) beskriver erfarenhet som avgörande för den mänskliga omdömesförmågan. Dessa erfarenheter kan vara mer användbara än standardiserade eller manualbaserade metoder. Hon menar att erfarenheter från arbetslivet blir “förkroppsligade”. Erfarenheterna lagras över tid och påverkar hur professionella agerar i nya situationer.

Bornemark (2020, s. 53–55) framhåller känslornas betydelse för utvecklandet av ett gott omdöme. Känslorna kan förstås som en förlängning av människans instinktiva responser och

fungerar samtidigt som värderande mekanismer som riktar uppmärksamheten mot det som är betydelsefullt i en given situation. Med stöd i förmågeteorin beskriver Bornemark känslor som kognitiva processer, där erfarenheter och händelser knyts till värden. Dessa värden är emellertid alltid kontextbundna, vilket innebär att ett och samma objekt inte nödvändigtvis tillskrivs samma betydelse i olika sammanhang.

Bornemark (2020, s. 21) framhåller att den mänskliga omdömesförmågan alltid är relaterad till det faktum att människan aldrig kan veta allt och att varje situation är unik, vilket innebär att människan inte kan förutse allt i förväg. Detta icke-vetande kräver att människan aktivt väljer vad som är viktigt att uppmärksamma (Bornemark, 2020, s. 25) och förhåller sig till livets ständiga förändring (Bornemark, 2020, s. 35). Hon poängterar det mystiska i att vi aldrig exakt vet hur vi bör leva våra liv, vilket hon menar är en central aspekt av vad det innebär att vara människa. Denna form av icke-vetande skapar en öppenhet inför varje människas unika situation (Bornemark, 2020, s. 17).

Verkligheten, enligt Bornemark (2020, s. 30), kan aldrig helt begränsas. Den rymmer horisonter som ständigt förskjuts, för när vi närmar oss en horisont uppenbarar sig snart en ny. Hon betonar vikten av förmågan att bevara en känsla av förundran och att kunna integrera insikten om vårt icke-vetande i vårt sätt att vara. Förundran öppnar för en förståelse av att världen alltid är större än vad vi kan greppa. Bornemark (2020, s. 31) lyfter särskilt att detta icke-vetande är centralt i reflektioner kring livets mening och existentiella frågor, såsom vad som händer efter döden.

Abbotts professionsociologiska teori om jurisdiktion

Andrew Abbott har utvecklat en professionssociologisk teori om jurisdiktion, som kan förstås som ett systemteoretiskt ramverk för att analysera hur professioner formas och upprätthålls i samhället. Enligt Abbott vilar professioner på tre dimensioner: teoretisk kunskap från den akademiska sfären, praktisk kunskap i det dagliga arbetet samt en social struktur som stärker professionens ställning (Abbott, 1988, s. 79).

I Abbotts bok The System of Professions (1988) beskrivs begreppet jurisdiktion som ett anspråk en profession gör på att diagnosticera, tolka och behandla särskilda typer av problem med stöd av akademiska kunskaper (Abbott, 1988, s. 36, 59). Jurisdiktionen har dels en

normativ dimension, som handlar om vilken profession som ges offentlig och juridisk jurisdiktion att behandla särskilda problem och dels en epistemologisk dimension, som handlar om vilken kunskap och vilket perspektiv som används för att förstå problemet (Abbott, 1988, s. 40).

Den akademiska kunskapen utgör grunden för en professions anspråk på jurisdiktion, då den artikulerar ett rationellt ramverk för att förstå och hantera problem (Abbott, 1988, s. 53). Enligt Abbott (1988, s. 54) finns det dock en utbredd missuppfattning i samhället att professionell, abstrakt kunskap är direkt överförbar till praktiskt yrkeskunnande. För det krävs situationsbunden erfarenhet och kunskap. I själva verket är akademisk kunskap ofta mer symbolisk och konceptuell än direkt praktisk (Abbott, 1988, s. 54). Det ideala yrkesutövandet existerar främst som en normativ konstruktion i textböcker och professionella doktriner, en slags föreställd perfektion snarare än en praktisk realitet. När den faktiska yrkespraktiken avviker från denna idealbild, riskerar professionens jurisdiktion att försvagas (Abbott, 1988, s. 57).

Enligt Abbott bör verkligheten inte betraktas som ett absolut begrepp oberoende av mänsklig tolkning, vilket även innebär att teoretisk kunskap inte kan ses som fast eller direkt applicerbar, utan alltid måste tolkas och anpassas utifrån den praktiska och sociala kontexten.. Förståelsen av verkligheten och dess problem färgas av iakttagarens perspektiv som är kontextbundet. Istället är problem alltid tolkade utifrån olika ramverk, exempelvis medicinska, sociala eller existentiella perspektiv, och får sin betydelse utifrån det perspektiv de betraktas (Abbott, 1988, s. 37). Denna konstruktionistiska syn framhäver hur professioner uppstår genom tolkningsprocesser, där ett problem tolkas som något som kräver specialiserad kunskap. Dessa tolkningsprocesser kan användas för att skapa legitimitet för en profession att definiera och hantera exempelvis ohälsa (Abbott, 1988, s. 35). Genom att omdefiniera och rama in ett problem kan en profession inte bara tydliggöra behovet av specialiserad expertis, utan även etablera jurisdiktion för ett specifikt problemområde (Abbott, 1988, s. 42).

Abbott (1988, s. 40–41) lyfter att olika professionella perspektiv kan stå i konflikt med varandra, där vissa ges företräde och riskerar att tränga undan andra. Ett tydligt exempel är läkarkårens biomedicinska perspektiv som dominerar på elitpräglande universitetsanknutna sjukhus, som kännetecknas av en hierarkisk struktur med tydliga gränsdragningar mellan professioner. Inom sjukvården tenderar kuratorer att marginaliseras, då läkare har en överordnad position och ensamrätt på farmakologisk behandling (Abbott, 1988, s. 77–78).

Även Sernbo (2019, s.177) beskriver att kuratorns jurisdiktionsarbete är en utmaning, eftersom yrkesrollen inte alltid är tydligt definierad och dessutom har en underordnad position i förhållande till andra professioner. Genom kontroll över remissvägar, klientflöden och ansvarsfördelning kan den dominerande läkarprofessionen styra och begränsa andra yrkesgruppers handlingsutrymme inom vårdorganisationen (Abbott, 1988, s. 66, 74). Denna dominans kan osynliggöra andra professioners bidrag och perspektiv, exempelvis socioekonomiska och existentiella perspektiv. Följden blir att den komplexa helhet som präglar människans erfarenheter av ohälsa riskerar att reduceras till biomedicinska förklaringar (Abbott, 1988, s. 40–41). Professionella jurisdiktionskonflikter kan enligt Abbott (1988, s. 69) lösas genom att en profession underordnas en annan. Den framväxande biologiska psykiatrin kan ses som ett sätt för läkarkåren att hävda sin praktiska kunskap som överlägsen och därigenom återfå dominans gentemot psykologer och kuratorer (Abbott, 1985, s. 75).

Kunskap om existentiella frågor, såsom meningen med livet, omfattas i vissa samhällen av professionell expertis, medan de i andra betraktas som lekmannamässiga och kulturellt förankrade (Abbott, 1988, s. 35). Inom sjukhus i västvärlden har sjukhuspräster haft jurisdiktion över frågor kring livet och sjukdomens mening (Abbott, 1988, s. 76–77). Då existentiella frågor är öppna för subjektiva och kulturella tolkningar, och kan omdefinieras vilket gör det möjligt för en profession att omtolka vad som är existentiellt (Abbott, 1988, s. 36, 42), och de medicinska professionerna har successivt utvidgat sin jurisdiktion till att inte omfatta bara kroppsliga utan existentiella aspekter av sjukdom (Abbott, 1988, s. 76).

Trots föreställningen om professionernas autonoma framväxt utvecklas de i praktiken ömsesidigt och i relation till varandra. Nya professioner etableras ofta i tomrum som uppstår i arbetsdelningen, där praktisk kunskap om faktiska behov och arbetsförhållanden spelar en avgörande roll för att identifiera och definiera områden där ny expertis krävs (Abbott, 1988, s. 91-93). I praktiken präglas det professionella arbetet ofta av ett överflöd av uppgifter, vilket leder till att gränser mellan yrkesgrupper naturligt suddas ut, särskilt i verksamheter med hög arbetsbelastning (Abbott, 1988, s 64-65). Däremot vid konkurrens om liknande arbetsuppgifter kan en profession, genom jurisdiktion, avgränsa sitt område och utesluta andra yrkesgrupper från att utföra samma typ av arbete (Abbott, 1988, s. 60–61). I en svensk kontext beskriver Sjöström (2013, s. 270) att kuratorer snarare söker etablera sin

jurisdiktionella position genom att integreras i organisationen, än genom att framhålla en helt unik kompetens inom socialt arbete.

Socialarbetare har offentlig jurisdiktion över sociala problem, vilket innebär att deras professionella mandat erkänns inom samhälleliga, kulturella och institutionella ramar, exempelvis sjukhus. De klienter som socialarbetare möter har ofta identifierats och selekterats genom remissystem som klassificerar individer utifrån social problematik, vilket ytterligare förstärker professionens koppling till specifika samhälleliga uppdrag gällande socioekonomisk utsatthet (Abbott, 1988, s. 78). Jurisdiktionen ger kuratorn ansvar för patientens psykosociala behov, vilket möjliggör att hen kan utgå från patientens perspektiv och stödja denne vid exempelvis ekonomiska svårigheter eller livsomställningar till följd av sjukdom. På så sätt blir kuratorn både ett stöd för patienten och ett redskap för organisationen i arbetet med komplexa patientbehov (Sernbo, 2019, s. 140). Socialt arbete är nära knutet till välfärdsorganisationers strukturer och mål, vilket gör professionen sårbar för kulturella och samhälleliga förändringar i hur dess uppdrag definieras (Abbott, 1988, s. 39).

Jurisdiktion sker både genom formella, juridiska regler (juridisk jurisdiktion) och genom socialt erkännande och kulturella normer (offentlig jurisdiktion) (Abbott, 1988, s. 59). Offentlig jurisdiktion handlar inte bara om vad professionen faktiskt gör, utan också om hur den uppfattas i samhället. Den offentliga bilden av en profession formas av historiska föreställningar och förändras långsamt, även om gränserna mellan professioner i praktiken ofta är rörliga och förhandlingsbara (Abbott, 1988, s. 60-61). Jurisdiktionen påverkas i hög grad av dess kulturella legitimitet, snarare än av dess faktiska behandlingsresultat. Det är i första hand samhälleliga värderingar och kulturella föreställningar som avgör vilken status och vilket tolkningsföreträde en profession tilldelas, och inte om professionen bevisat sin effektivitet empiriskt (Abbott, 1988, s. 54). Bakom den professionella praktikens värld finns ett ordnat system som både legitimerar det professionella arbetet genom att knyta det till allmänt erkända kulturella och samhälleliga värden, och samtidigt skapar nya metoder och verktyg för detta arbete. Det innebär att professioner inte bara utför praktiska uppgifter, utan också ständigt omformar sitt arbete i dialog med samhällets värderingar, vilket både stärker deras legitimitet och utvecklar deras expertis (Abbott, 1988, s. 58).

I regel har en profession redan etablerat sin offentlig jurisdiktion innan den erhåller juridisk jurisdiktion. Den juridiskt etablerade jurisdiktionen utgör en statisk och formell struktur som inte förmår fånga den levande och dynamiska komplexiteten i det professionella arbetets

vardag. Juridisk erkännande av en profession sker ofta långsamt, men blir därefter bestående (Abbott, 1988, s. 64-65).

Metod

Studiedesign

Denna uppsats utgår ifrån Folkhälsomyndighetens identifierade kunskapslucka kring existentiell hälsa, men uppsatsen försöker inte definiera begreppet existentiell hälsa på ett absolut, universellt sätt som skulle gälla i alla sammanhang eller filosofiska perspektiv. Uppsatsen utgår inte från en objektivistisk ontologi, där verkligheten ses som entydig och oberoende av tolkning. Uppsatsen utgår däremot från en konstruktionistisk ontologi, vilket innebär att verkligheten inte ses som något objektivt givet, utan som mångtydig och formad genom sociala processer och tolkningar. Det innebär att verkligheten förstås som något som skapas i interaktion mellan människor, snarare än något som existerar oberoende av våra uppfattningar om den (Bryman, 2025, s. 49–51). Uppsatsen närmar sig därmed inte existentiell hälsa som ett fastlagt begrepp, utan som något som förstås och formas i det konkreta handlandet (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 103). Uppsatsen bejakar en pluralistisk syn på verkligheten och att olika förståelser kan samexistera (Alvesson & Sköldberg, 2017, s. 175). Uppsatsen fokuserar dock enbart på kuratorers perspektiv; andra professioners synsätt undersöks inte och inga jämförelser görs. Syftet är inte att ersätta andra perspektiv, utan att synliggöra ett konkret existentiellt förhållningssätt inom kuratorers arbete.

Epistemologiskt vilar studien på en hermeneutisk vetenskapsteoretisk förankring med en syn på att kunskap om verkligheten uppnås genom tolkningar i specifika sociala, kontextuella situationer. Kunskap ses därmed som situationsbunden och formad av aktörernas egna perspektiv och förståelser. Detta står i kontrast till en positivistisk epistemologi, där kunskap ses som en neutral spegling av en oberoende verklighet (Bryman, 2025, s. 44–46). Uppsatsens utgångspunkt är att kunskap om existentiell hälsa som något som skapas, tolkas och uttrycks inom en specifik yrkespraktik i relation till patienters verkliga problem (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 69, 107). Inom ramen för en hermeneutisk epistemologi förstås kunskap som intuitiv och ofta präglad av tyst kunskap och känslomässiga erfarenheter, snarare än strikt rationella resonemang (Alvesson & Sköldberg, 2017, s. 173–175). Utifrån detta synsätt närmar sig studien begreppet existentiell hälsa genom yrkesverksammas erfarenheter, vilka inte redan nödvändigtvis är teoretiskt systematiserade inom kuratorsprofessionen.

Uppsatsen utgår från en pragmatisk kunskapssyn där kunskap inte betraktas som en avbildning av verkligheten, utan som ett redskap för att förstå och hantera begrepp och arbetssätt som förändras över tid (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 74). Detta perspektiv utmanar föreställningen om att teorier enbart formuleras av stora tänkare. I stället lyfts kuratorers pragmatiska erfarenheter fram som betydelsefulla, då deras nära kontakt med praktiken kan bidra till nya insikter (Alvesson & Sköldberg, 2017, s. 86). Kunskap får i detta sammanhang legitimitet genom sin pragmatiska användbarhet och den värderas utifrån hur väl den fungerar i specifika situationer (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 79).

Uppsatsen har en abduktiv ansats, där kuratorernas egna insikter och erfarenheter utgör utgångspunkten för analysen, vilka sedan relateras till teorier i analysen (Alvesson & Sköldberg, 2017, s. 13–14; Bryman, 2025, s. 43). I diskussionen relateras resultaten både till teorier och, framför allt, till tidigare forskning. En strikt induktiv ansats bedömdes som mindre ändamålsenlig, då studiens syfte inte är att generera ny teori. Inte heller har en deduktiv metod valts, eftersom en sådan riskerar att begränsa tolkningen till redan etablerade antaganden (Krippendorf, 2019, s. 387).

Uppsatsen har sin utgångspunkt i Bornemark (2018) kritik av den överdrivna tilltron till kvantitativ mätbarhet och kontroll inom välfärdssektorn och därmed valdes en kvalitativ metod, såsom kvalitativ innehållsanalys. Den skiljer sig från den kvantitativa innehållsanalysen, som fokuserar på att mäta hur frekvent något förekommer för att skapa ett statistiskt underlag (Bryman, 2025, s. 339). Kvalitativ innehållsanalys däremot är särskilt lämplig när syftet är att tolka mening, sammanhang och kontext och att förstå varför ett visst språkbruk eller uttryck uppstår, vad det betyder och för vem (Krippendorff, 2019, s. 87).

Kontext

Denna studie utgör en magisteruppsats inom ramen för Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet vid Göteborgs universitet. Ingen etisk prövning har genomförts då studien inte omfattas av krav på sådan enligt gällande regelverk. Författaren har tidigare genomfört en fältstudie inom somatisk specialistvård, vid Transplantationscentrum, leverkirurgisk enhet samt Thoraxintensivvårdsavdelning (IVA). Genom denna fältstudie har författaren identifierat att kuratorer inom dessa verksamheter regelbundet möter och hanterar existentiella frågor i sitt arbete med patienter. Denna iakttagelse har väckt ett intresse för att närmare undersöka hur kuratorer inom somatisk vård uppfattar och förhåller sig till arbetet

med existentiell hälsa i hälso- och sjukvårdsrelaterade kontexter. Palliativ vård valdes också ut eftersom den redan har en tydligt uttalad existentiell dimension.

Urval

Informanterna rekryterades genom ett målstyrt urval (Krippendorf, 2019, s. 122-123), vilket innebär att informanter valts ut utifrån sina relevanta erfarenheter. Till skillnad från slumpmässiga urval i kvantitativa studier syftar det målstyrda urvalet inte till sannolikhet eller statistisk generaliserbarhet, utan till att fördjupa förståelsen av existentiell hälsa i en situationsbunden kontext och dess tolkning i yrkespraktiken (Bryman, 2025, s. 461).

Kuratorer inom somatisk och palliativ hälso- och sjukvård valdes som informanter för att belysa deras arbete med existentiell hälsa, utifrån folkhälsomyndighetens identifierade kunskapsluckor. Eftersom begreppet existentiell hälsa är relativt nytt och fortfarande under utveckling, har denna studie utgått från tidigare forskning som identifierat specifika arbetsuppgifter där kuratorer faktiskt arbetar med existentiella frågor. Sandegärd och Udo (2023, s. 88) framhåller att existentiella frågor ofta aktualiseras i samband med livshotande somatisk sjukdom, och att existentiell hälsa i kuratorns yrkespraktik innebär att kunna föra samtal om döden. Existentiella perspektiv har redan en tydlig roll inom palliativ vård, men livshotande tillstånd förekommer även inom somatisk vård. För att undvika att studien enbart fokuserade på typiska fall inom det palliativa området inkluderades därför även kuratorer verksamma inom somatisk vård. Syftet var att få en mer nyanserad och bred förståelse (Bryman, 2025, s. 461) för hur existentiell hälsa hanteras i kuratorers arbete även utanför den palliativa kontexten.

Kuratorer inom psykiatrin exkluderades från studien eftersom döden i denna kontext ofta kopplas till självmordstankar (Folkhälsomyndigheten, 2025, s. 11). En längtan efter döden kan antas vara av en annan existentiell karaktär än rädslan för döden. Dessa två upplevelser rymmer skilda dimensioner av människans relation till sin dödlighet, där dödslängtan möjligtvis uttrycker ett sökande efter befrielse, medan dödsrädsla snarare vittnar om en kamp för att behålla livet. Inom en psykiatrisk kontext blir det metodologiskt utmanande att tydligt skilja mellan psykisk och existentiell problematik, vilket denna studie inte haft utrymme att undersöka. För att uppnå en tydlig avgränsning valde studien därför att fokusera på patienter med fysisk ohälsa, där existentiella frågor kan potentiellt aktualiseras i samband med livshotande sjukdom (Sandegärd och Udo, 2023, s. 88), utan att primärt utgöra ett uttryck för

psykisk sjukdom. Av denna anledning har studien valt att fokusera på patienter med fysisk ohälsa. Utifrån uppsatsens storlek bedömdes det som svårt att få mättnad i datan samt kunna hitta enhetliga teorier i den abduktiva analysen, om även kuratorer från psykiatrin inkluderas. Istället blev fokus i urvalet att skapa heterogenitet bland de intervjuade kuratorerna, med avseende på ålder, kön och arbetslivserfarenhet, snarare än att inkludera en alltför stor variation bland arbetsplatserna, vilket hade inneburit för många olika patientgrupper (Bryman, 2025, s. 472)

Informationsbrev skickades till olika sjukhusavdelningar inom somatisk och palliativ vård. Potentiella informanter tog kontakt med studenten. Det är därmed inte ett tillfällighetsurval (Bryman, 2025, s. 462) och inga informanter från studentens praktikplats är inkluderade. I informationsbrevet fanns information om att deltagandet är frivilligt och att all data är konfidentiell, samt syfte och bakgrund till uppsatsen (se bilaga 2). Avsikten med studien var inte att genomföra ett kriteriestyrt urval, men i praktiken blev det så (Bryman, 2025, s. 462). De kuratorer som valde att delta uttryckte i sina svarsmail ett särskilt intresse för och viss erfarenhet av att arbeta med existentiella frågor. Detta innebar att ett implicit kriterium för deltagande blev just intresset för existentiell hälsa, även om detta inte uttryckligen angavs i informationsbrevet. Det framstod också som om några deltagare uppfattade att det fanns en underförstådd förväntan om att ha erfarenhet eller reflektioner kring existentiella frågor för att kunna delta. Urvalet är därmed präglat av att enbart de kuratorer som är särskilt engagerade i existentiella frågor har valt att medverka. Detta medför att resultatet inte kan sägas representera alla kuratorer, utan snarare speglar perspektiven hos dem som redan har ett uttalat intresse för existentiell hälsa.

Urvalet omfattade totalt sju informanter, varav tre var verksamma inom palliativ vård och fyra inom olika former av somatisk specialistvård där svår sjukdom, exempelvis cancer, utgör en central del av det kliniska arbetet. Efter sju intervjuer bedömdes datan ha nått viss mättnad, då tydliga mönster framträdde och ytterligare intervjuer därför inte ansågs absolut nödvändiga (Bryman, 2025, s. 472). Fördelningen mellan könen var jämn, med tre män och fyra kvinnor. Informanterna hade varierande yrkeserfarenhet, från några års yrkespraktik till nästan två decennier i yrket. Samtliga var verksamma som kuratorer inom hälso- och sjukvården; vissa hade legitimation genom tidigare yrkesverksamhet i enlighet med övergångsbestämmelserna, medan andra inte var legitimerade. Ingen av informanterna hade erhållit sin legitimation genom att ha genomgått Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet.

Informanterna arbetar med patienter som är inskrivna inom både öppen- och slutenvård. Urvalet kan därmed beskrivas som varierat (Bryman, 2025, s. 462) i fråga om informanternas bakgrund, samtidigt som de förenas av en gemensam faktor i form av intresse för och erfarenhet av existentiella frågor. Ingen information insamlades avseende informanternas religiösa eller andliga tillhörighet, eller etnisk och kulturell bakgrund samt ålder. Enligt studentens subjektiva bedömning framkom dock att majoriteten av informanterna sannolikt var uppvuxna inom en svensk kulturell kontext, vilket innebär att urvalet inte nödvändigtvis speglar den kulturella mångfald som finns inom kuratorsprofessionen. Bedömningen gjordes att informanternas åldrar var varierande.

Urvalet syftade till att skapa stor variation (Bryman, 2025, s. 462) för att ge en bred och realistisk bild av hur kuratorer arbetar med existentiell hälsa. Inga krav ställdes på legitimation, men att de skulle vara verksamma som kuratorer. Detta gjorde det möjligt att inkludera ett varierat spektrum av kuratorer med olika bakgrund och erfarenheter, vilket bidrar till att fånga en mer mångfacetterad, realistisk bild av kuratorernas förhållningssätt till existentiella frågor inom vården.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes genom semistrukturerade intervjuer mellan den 17 och 21 mars 2025. Semistrukturerade intervjuer valdes för att möjliggöra flexibilitet i samtalet, bland annat genom följdfrågor (Bryman, 2025, s. 530), vilket minskar risken att frågorna upplevs som mekaniska och skapar en atmosfär som främjar reflektion. Sex intervjuer skedde på informanternas arbetsplatser på olika sjukhus, och en intervju skedde digitalt. Den digitala videointervjun genomfördes för att anpassa sig till informantens pressade arbetsschema, vilket utgör en rimlig kompromiss enligt Bryman (2025, s. 538). Intervjuerna varade mellan 41 och 59 minuter, med en totallängd om 5 timmar och 53 minuter, och spelades in och transkriberades omgående.

I enlighet med ett postmodernistiskt synsätt var utgångspunkten att kunskap uppstår i det levande samtalet mellan människor, i detta fall intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 75–76, 188). Kunskapen ses alltså inte som något färdigt och objektivt inom individen, utan som något som formas i samtalet. Intervjuerna blir därmed en plats där ny, kontextuell kunskap kan växa fram (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 78). Ett aktivt lyssnande kombinerat med en ödmjuk hållning eftersträvades för att undvika att reproducera befintliga

maktförhållanden, exempelvis mellan teoretisk akademi och praktiskt yrkesarbete (Bryman, 2025, s. 546). Det fanns en medvetenhet om att den insamlade datan bestod av deltagarnas återberättelser om sina yrkeserfarenheter, vilket innebär att informationen bygger på deras verbala förmåga och hur författaren möjligtvis kunde förstå vad som menades. Studien inkluderade däremot inga direkta observationer av praktiskt arbete i verkliga vårdsituationer (Bryman, 2025, s. 546–547).

Intervjuguiden utformades för att främja djupgående, kvalitativa svar. Frågorna konstruerades för att undvika ledande formuleringar som skulle kunna ge direkta svar på uppsatsens frågeställningar. Intervjuguiden innehöll ett flertal frågor för att kunna utforska ämnet ur olika perspektiv. I vissa fall återkom liknande frågor för att ge informanterna möjlighet att reflektera mer ingående. Frågorna utformades som öppna för att uppmuntra informanterna att ge detaljerade och personligt reflekterande svar, samtidigt som detta upplägg gav utrymme för att visa respekt för deras erfarenheter och perspektiv (Kvale & Brinkman, 2014, s. 86). Under intervjuerna låg fokus på att lyssna aktivt och bibehålla neutralitet, utan att döma eller införa underliggande förväntningar på informanternas svar (Bryman, 2025, s. 526-527). Frågorna undersökte hur kuratorer inom somatisk och palliativ vård tolkar och arbetar med existentiell hälsa samt vilka utmaningar och möjligheter de möter. Eftersom hälso- och sjukvårdskuratorer till stor del arbetar med psykosocialt stöd (Socialstyrelsen, 2014, s. 23), formulerades frågorna utifrån detta perspektiv.

Inledningsvis fokuserade intervjuguiden på kuratorernas professionella bakgrund och på om och hur de är involverade i hälsofrämjande eller vårdande insatser relaterade till existentiella frågor. Särskild uppmärksamhet riktas mot hur kuratorerna själva definierar begreppet existentiell hälsa och hur de identifierar när en patient är i behov av sådant stöd. Det frågas vidare om behovet uttrycks av patienten själv, uppmärksammas av kuratorn eller om det uppmärksammas av andra professioner, såsom läkare, sjuksköterskor eller sjukhuskyrkan.

Ett centralt tema i intervjuguiden är hur existentiella hälsa integreras i kuratorns psykosociala arbete och hur dessa frågor påverkar den helhetsbedömning som görs av patientens livssituation. Frågorna syftar till att synliggöra sambandet mellan patientens psykosociala resurser och dennes förmåga att hantera existentiella utmaningar. Kuratorns roll sätts även i relation till andra yrkesgrupper, för att synliggöra professionella gränsdragningar och

specifika kompetenser inom det existentiella vårdarbetet. Detta för att kunna jämföra deras erfarenheter med Abbotts juridiktionsteori.

Vidare fokuserade intervjuguiden på kuratorns professionella förmågor, såsom vilka samtalsmetoder eller interventioner som används för att möta patienters existentiella behov. Frågor om både patientens och kuratorns förmågor formulerades för att kunna kopplas till det teoretiska perspektivet på hälsa som förmåga. Det finns frågor om hur kuratorn anpassar sitt arbetssätt utifrån patientens individuella förutsättningar, särskilt i situationer där patienten har svårt att verbalisera sina existentiella svårigheter. Strategier för att bygga en förtroendefull relation där existentiella frågor kan utforskas också. Dessa frågor syftade till att fånga kuratorernas erfarenheter utifrån Bornemarks (2020, s. 48-49, 54–57) syn på vikten av situationsbundet omdöme i professionellt arbete. I slutet av intervjun ställdes frågor om hur kuratorns kompetens inom existentiell vård kan stärkas genom utbildning, samt vilka färdigheter som är viktiga för att stödja patienter i existentiella processer. Detta kopplas till Abbotts teori om att professionell kompetens är avgörande för att en yrkesgrupp ska kunna erhålla och behålla jurisdiktion över sitt arbetsområde.

Efter den första intervjun bedömdes intervjuguiden som funktionell för att möjliggöra insamling av data som svarar på uppsatsens syfte och frågeställningar. Informanterna beskrev dock vid flera tillfällen att frågorna var utmanande och att de behövde reflektera noggrant innan de kunde ge ett svar. Detta ledde ibland till tystnad under intervjun, där informanterna tog sig tid att tänka efter. De uttryckte även att det var frågor de inte exakt reflekterat kring innan och att frågorna kunde upplevas som utmanande.

Intervjuguiden följdes konsekvent genom alla intervjuprocessen, för att upprätthålla en enhetlig struktur i datainsamlingen. Detta tillvägagångssätt säkerställde att varje informant gav sina svar utifrån samma utgångspunkt. Samtidigt präglades intervjutillfällena av en konstruktivistisk förståelse av kunskap som relationell och kontextuell (Kvale & Brinkman, 2014, s. 71-72, 188, 295). Detta tog sig uttryck i användningen av följdfrågor som syftade till att belysa respondenternas svar ur olika perspektiv, i syfte att fördjupa förståelsen av informanternas beskrivningar. Informanterna besvarade inte alltid frågorna på ett direkt och entydigt sätt. Istället utvecklade flera av dem sina resonemang gradvis, där exempelvis begreppet existentiell hälsa successivt formulerades och konkretiserades genom deras egna reflektioner under intervjuns gång.

Analys

Analysen av det empiriska materialet baserades på kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim, Lindgren och Lundman (2017). Denna metod möjliggör en systematisk bearbetning av textbaserat material, där syftet är att fördjupa förståelsen av både det manifesta innehållet som uttrycks direkt i texten, och det latenta innehållet, vilket syftar på underliggande tolkningar (Graneheim & Lundman, 2004, s. 105). Kvalitativ innehållsanalys har en hermeneutisk vetenskaplig grund (Krippendorf, 2019, s. 39) och används för att det ska vara fullständigt transparent hur data har tagits fram i relation till ett syfte (Krippendorf, 2019, s. 86-87). Det hermeneutiska synsättet betonar förståelse av handlingar som är situationsbundna. Syftet var att förstå hur existentiell hälsa tolkas och gestaltas i kuratorns yrkespraktik (Bryman, 2025, s. 46). Under analysarbetet användes den hermeneutiska cirkeln, vilket innebär att förståelsen växte fram genom en ständig växling mellan att läsa enskilda citat och att se dem i relation till hela texten (Krippendorff, 2019, s. 269, 384–385.

Den kvalitativa innehållsanalysen följde en stegvis process

Läsning av intervjuerna

Databearbetningen inleddes med att alla intervjuer transkriberades ordagrant. Därefter genomfördes en initial induktiv analys, där data tolkades utan att utgå från ett förutbestämt teoretiskt ramverk. Varje intervju utgjorde en urvalsenhet (sampling unit) (Krippendorff, 2019, s. 103) och analyserades genom noggrann genomläsning flera gånger för att skapa en helhetsförståelse innan detaljer studerades närmare. Fokus låg inte enbart på enskilda citat (recording units), utan på att tolka vad deltagarna uttryckte i sitt sammanhang (context units) (Krippendorff, 2019, s. 104–107). I enlighet med ett hermeneutiskt arbetssätt växlade analysen mellan att betrakta detaljer och helheter, både inom varje intervju och mellan olika intervjuer (Alvesson & Sköldberg, 2017, s. 142). Tidigt i analysprocessen kontrollerades hur det som sagts i intervjuerna överensstämde med den transkriberade texten, samt över risken för feltolkningar av andemeningen informanternas uttalanden (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 99).

Meningsbärande enheter identifierades

I det första steget av analysen bröts texterna ned genom att identifiera meningsbärande enheter, det vill säga textavsnitt med innehåll som var relevanta i förhållande till studiens

syfte. När de meningsbärande enheterna hade identifierats, markerades nyckelord i texten med fet stil i syfte att underlätta överskådlighet. En noggrann avvägning gjordes kring enheternas längd: om de blev för långa kunde flera budskap blandas, vilket försvårade kodningen, medan för korta enheter riskerade att tappa viktig kontext och därmed bli mindre meningsfulla (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106-107). För att underlätta analysprocessen delades de meningsbärande enheterna upp i separata dokument, där varje dokument avsåg att relatera till en specifik frågeställning och organiserades dessa i tre övergripande kategorier: begreppet existentiell hälsa, arbetssätt med existentiell hälsa, samt utmaningar och möjliggörande faktorer.

Kondensering

De meningsbärande enheterna förkortades genom att onödiga ord togs bort för att göra texten tydligare och lättare att läsa. Det var viktigt att inte ändra innebörden eller tolka om innehållet i detta steg, utan hålla sig så nära som möjligt till det ursprungliga materialet. I det här steget kontrolleras om de förkortade delarna av texten verkligen stämmer överens med vad informanten avsåg att säga, vilket ibland kunde vara svårt att avgöra (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106-107: Kvale & Brinkman, 2014, s. 259).

Kodning

Varje meningsbärande enhet kodades utifrån det manifesta innehållet, det vill säga det som faktiskt uttrycktes i texten. Koderna formulerades kärnfullt för att fånga olika individuella uttryck i intervjumaterialet, och de var medvetet detaljerade och varierade för att fånga in så många nyanser som möjligt (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106–107; Kvale & Brinkman, 2014, s. 241; Krippendorf, 2019, s. 88). Poststrukturalister varnar för att kodning kan förenkla komplexa och motsägelsefulla utsagor och felaktigt tro att en kod kan fånga en föränderlig verklighet (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 243). Koder sågs därför inte som fasta data, som reducerar ursprunglig kontext. I kvalitativ innehållsanalys tas även hänsyn till det osagda (Krippendorf, 2019, s. 389) vilket gjorde att den ursprungliga andemeningen bevarades. Något studenten kunde uppfatta vid intervjuerna utifrån kroppsspråk och tonfall.

Kategorisering

Koder med liknande innehåll grupperades i bredare kategorier som speglar återkommande mönster på gruppnivå. Kategorierna bygger på det manifesta innehållet i materialet, det vill

säga det som uttrycks direkt i texten (Kvale & Brinkman, 2014, s. 249). Inga koder förekom i mer än en kategori, och alla koder inkluderades för att analysen skulle spegla intervjumaterialet som helhet (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106–107). Kategorierna fick inte utformas kvantitativt, där antalet koder avgör kategorins storlek eller utrymme. Istället skulle kategoriernas betydelse spegla materialets kvalitativa helhet (Kvale & Brinkman, 2014, s. 244-246). Vid kategorisering användes existentiell hermeneutik för att fördjupa förståelsen, både av det som uttrycks direkt och det som antyds eller förblir outsagt. Kategorier formades i dialog med textens djupare meningslager men också i relation till teorier (Alvesson & Sköldberg, 2017, s. 178-179), och i detta steg blev analysen abduktiv. Dessa kategorier kopplades även till relevanta teorier, vilket möjliggjorde en djupare förståelse av hur kuratorernas erfarenheter relaterar till etablerade begrepp och teoretiska perspektiv inom området.

Tematisering

I analysens inledning var fokuset på det manifesta innehållet i materialet, alltså det som kuratorerna uttryckligen beskrev i sina berättelser om konkreta situationer. I det avslutande steget förändrades analysens inriktning till att söka efter latenta teman, det vill säga underliggande betydelser som inte nödvändigtvis uttalades direkt men som kunde tolkas fram i relation till det som sades (Krippendorff, 2019, s. 111). Det slutliga resultatet analyseras på gruppnivå i relation till teori, vilket innebär att individuella avvikande utsagor endast inkluderats om de bidrar till att nyansera helheten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106-107).

Tabell

För att tydliggöra analysprocessen presenteras nedan en tabell som visar hur materialet har bearbetats i den kvalitativa innehållsanalysen. Tabellen illustrerar övergången från meningsbärande enheter till kondensering, kodning, kategorier och slutligen tema. Syftet är att öka transparensen och ge läsaren inblick i hur analysen stegvis har genomförts.

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Kategori	Tema

Man kommer dö i sjukdomen liksom. Och att försöka förhålla sig till det och känna någon slags mening och ändå ro i livet, trots att det är som det är. Så jag tänker att det måste ju ändå ingå existentiell hälsa. (IP 7)	Man kommer att dö av sjukdomen och man försöker förhålla sig till det och känna någon slags mening och ro i livet. Jag tänker att det måste ingå i existentiell hälsa	Existentiell hälsa är ett förhållningssätt gentemot sin dödliga sjukdom och ändå uppleva mening och ro i livet.	Existentiell förmåga att vara medvetet närvarande inför livets ändlighet	Den immanenta existentiella hälsan i kuratorns yrkespraktik
Bara liksom "sit back relax" tänker jag då till mig själv. Och så bara att jag själv är så, känner jag att jag kommer framåt, att jag är närvarande och lyssnar på personen. Så det här med närvaro är väldigt viktigt. Din personliga närvaro, inte metoden i sig utan att närvaron, lyssna och fånga upp vad personen säger och hur. (IP 5).	Bara "sit back relax", tänker jag till mig själv. Bara jag själv är så, känner jag att kommer framåt. Det här med närvaro är väldigt viktigt. Din personliga närvaro, inte metoden i sig själv utan närvaron, lyssna och fånga upp vad personen säger och hur	Genom min närvaro, lyssna och fånga upp vad patienten säger kommer jag framåt.	Medveten närvaro utifrån ett icke-vetande	Fronesis som ett professionellt förhållningssätt i kuratorns yrkespraktik
Läkare kan hamna i en situation när det blir mycket emotionellt. Till exempel om man driver kanske lite	Läkare kan hamna i en situation när det blir mycket emotionellt. Till exempel om man driver lite bort från	När läkare möter patienter som blir mycket emotionella remitterar de till kuratorer, och därmed	Tydligt behov av kurator i existentiella svårigheter	Kuratorns jurisdiktionella utmaningar och möjligheter i arbetet med existentiell hälsa

bort från det medicinska.Att det kan vara utmanande för dem att hantera och då och då ropar de gärna på oss. Så på så sätt kompletterar vi varandra. (IP 1).	det medicinska. Det kan vara utmanande för dem (läkare) att hantera och då ropar de på oss. Så vi kompletterar varandra	kompletterar läkare och kuratorer varandra.		

Under arbetets gång prövades flera teoretiska perspektiv, men alla visade sig inte vara användbara i förhållande till materialet. I takt med analysens utveckling blev det några få teorier kvar som bäst kunde bidra till att förstå kuratorernas beskrivningar. Analysen kom att i den slutliga tematiseringen fokusera på:

- Teorin om hälsa som förmåga (Brülde & Tengland, 2003; Tengland, 2020), som möjliggör att förstå hälsa i relation till både inre och yttre faktorer, inklusive sociala och samhälleliga förhållanden.

- Bornemarks (2020) begrepp om den mänskliga omdömesförmågan, baserat på Aristoteles begrepp Fronesis, vilket fångar kuratorernas egna beskrivningar av hur de navigerar i komplexa situationer där standardiserade lösningar inte är tillräckliga.

- Frankls (1986) begrepp om viljan till mening, som speglar kuratorers upplevelser av patienters behov av existentiell orientering, särskilt i mötet med sjukdom, lidande och död.

- Abbotts (1988) professionssociologiska jurisdiktionsteori, förklarar hur professioner konkurrerar om makt och auktoritet genom att kontrollera specifika kunskapsområden och yrkespraktiker. I denna studie används teorin för att analysera hur kuratorer etablerar sin expertis och autonomi inom existentiell hälsa i hälso- och sjukvården. Fokus ligger på hur de definierar sina arbetsområden, sin roll gentemot andra professioner som läkare och sjuksköterskor, samt hur de positionerar sig i vårdteamet för att hantera patienters existentiella behov.

Etik

I denna studie har specifika etiska riktlinjer följts, vilket garanterar informanterna följande rättigheter: rätten till information (öppenhetskrav), krav på samtycke (självbestämmandekrav), behovet av konfidentialitet samt användningskrav (autonomi) (Kvale & Brinkman, 2014, s. 97, 105, 107-109). Rätten till information innebär ett krav på öppenhet kring studiens syfte, metod och möjliga fördelar. Detta säkerställdes genom skriftlig information i form av ett informationsbrev samt muntlig information i samband med intervjuerna. Kravet på samtycke har tillgodosetts genom att informanterna tydligt informerats om sitt självbestämmande. De fick både skriftlig och muntlig information om att deras deltagande bygger på ett informerat samtycke, samt att de när som helst kan avbryta sitt deltagande eller begära att uppgifter tas bort efter intervjun. Användningskravet innebär att det insamlade materialet enbart kommer att användas för denna uppsats. Informanterna informerades om att deras uppgifter inte kommer att användas för andra syften än de som de har godkänt, vilket stärker respekten för deras autonomi (Hermerén, 2017, s. 40).

All personlig data kommer att behandlas i enlighet med den allmänna dataskyddsförordningen (GDPR 2016/679) och arkivlagen (SFS 1990:782). Efter avslutad uppsats kommer de transkriberade intervjuerna att raderas. Ingen identifierbar information om informanterna, såsom namn, kön, ålder eller specifik arbetsplats, har inkluderats i vare sig det transkriberade materialet eller den slutliga uppsatsen. Endast en övergripande distinktion mellan somatisk och palliativ vård görs. Även om mer kontext kring informanterna hade kunnat vara av intresse för läsaren, bedömdes detta olämpligt eftersom sjukhusvärlden i regionen är relativt liten. En mer detaljerad beskrivning hade kunnat göra det möjligt för insatta att identifiera vilka personer som intervjuats, vilket skulle riskera att bryta konfidentialitetskravet. När specifika diagnoser, exempelvis cancer, nämns återges detta, vilket motiveras av att majoriteten av informanterna möter cancerpatienter i sitt arbete. Syftet är att belysa att kuratorer även inom somatisk vård arbetar med existentiella frågor. För att ytterligare säkerställa anonymitet och konfidentialitet benämns informanterna med koden "IP" (förkortning av Intervju Person) följt av ett nummer.

Studien har utgått från Kvale och Brinkmanns (2014, s. 114–116) etiska riktlinjer för kvalitativ forskning, med särskild tonvikt på kontextualisering, narrativisering, fokus på enskilda exempel samt förståelse av den praktikbaserade gemenskapen. Informanternas

utsagor kontextualiserades genom att anknyta intervjuerna till deras konkreta yrkesvardag som hälso- och sjukvårdskuratorer inom somatisk och palliativ vård. Samtalen utgick från faktiska situationer och erfarenheter, vilket möjliggjorde att yrkespraktiken förankrades i både det individuella och det kollektiva sammanhanget. Narrativisering var en central metodologisk princip. Intervjuerna gav informanterna möjlighet att formulera sina erfarenheter i berättelseform, där de själva satte ord på hur existentiell hälsa hanteras i yrkespraktiken. Val av citat i resultatredovisningen gjordes för att framhäva dessa berättelser, med särskilt fokus på enskilda exempel som belyser hur informanterna förstår och gestaltar existentiell hälsa inom sin professionella kontext.

Betydelsen av den praktikbaserade gemenskapen, det vill säga arbetsplatsens kultur och normer, beaktades (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 116). Det fanns en medvetenhet om att lojalitet gentemot den egna organisationen och den professionella identiteten kunde påverka vad och hur informanterna valde att uttrycka sig (Hermerén, 2017, s. 13). Eftersom informanterna intervjuades i egenskap av yrkesutövare fanns en risk för att deras utsagor färgades av en vilja att upprätthålla en professionellt godtagbar bild. Samtidigt fanns en medvetenhet om att deras perspektiv inte nödvändigtvis är representativa för hela yrkeskåren, då deras deltagande sannolikt präglades av ett särskilt intresse för existentiella frågor.

Vidare skedde en reflektion över maktförhållandet i intervjusituationen, särskilt i relation till frågor om kompetens och kunskap kring begreppet existentiell hälsa. Då detta begrepp saknar en vedertagen definition inom professionen, kunde det uppstå en tyst förväntan att informanterna borde ha svar. För att motverka detta betonades informantens eget narrativ kopplat till konkreta exempel ur deras arbetsvardag, i linje med Kvale och Brinkmanns (2014, s. 116) syn på etiskt forskningsbeteende.

Resultat

Den immanenta existentiella hälsan i kuratorns yrkespraktik

Tema 1	Kategorier
Den immanenta existentiella hälsan i kuratorns yrkespraktik.	1 Den existentiella hälsan relaterar till sociala och fysiska utmaningar.
	2 Existentiell förmåga att vara medvetet närvarande i relation till livets ändlighet

I den abduktiva analysen är det första temat "Den immanenta existentiella hälsan i kuratorns yrkespraktik" som relaterar till den första frågeställningen gällande hur hälso- och sjukvårdskuratorer tolkar begreppet existentiell hälsa i relation till sitt arbete med patienter inom somatisk och palliativ vård. Ur ett professionsperspektiv förstås den existentiella hälsan som immanent del i kuratorns yrkespraktik, det vill säga inte som ett separat arbetsområde utan som en integrerad del av kuratorns psykosociala yrkespraktik. Informanterna beskriver att begreppet existentiell hälsa sällan används uttryckligen inom somatisk och palliativ vård, men att denna dimension är ständigt närvarande i det psykosociala arbetet.

Existentiell hälsa framträder därmed som en oupplöslig dimension i mötet med patienter vars fysiska hälsa, sociala trygghet och andliga orientering utmanas av svår sjukdom och stundande död. För patienten förstås det existentiella som en immanent dimension, oupplösligt sammanvävd med de socioekonomiska och medicinska utmaningar som möts. Den existentiella hälsan finns alltid närvarande som en underliggande del av livet, men blir särskilt synlig och medvetandegjord i livshotande situationer, då behovet av samtal med kurator kan aktualiseras på patientens initiativ eller via remiss från vårdpersonal.

Under detta tema identifierades två kategorier som belyser existentiell hälsa ur olika perspektiv. Den första kategorin, "Den existentiella hälsan i relation till sociala och fysiska utmaningar", beskriver hur kuratorer uppfattar att existentiell hälsa är intimt sammanlänkad med både de sociala utmaningar som ryms inom deras ansvar och de fysiska begränsningar som följer av somatisk sjukdom och stundande död.

Den andra kategorin, “Existentiell förmåga att vara medvetet närvarande i relation till livets ändlighet”, visar hur existentiell hälsa kan förstås som en förmåga snarare än ett hälsotillstånd. I kuratorns yrkespraktik framträder den existentiella förmågan som en möjlighet att stanna upp, vara medvetet närvarande och integrera insikten om livets ändlighet. Denna förmåga kan finnas hos både patienten och kuratorn och kan också växa fram gemensamt i mötet mellan dem. På så sätt kan existentiell förmåga förstås som en dynamisk process där närvaro, reflektion och acceptans av livets grundläggande villkor delas och fördjupas i det professionella samtalet.

Den existentiella hälsan relaterar till sociala och fysiska utmaningar.

Kuratorns arbete utgår huvudsakligen från ett psykosocialt perspektiv (Regeringen, 2018; Akademikerförbundet, 2020; Socialstyrelsen, 2014). Intervjuerna visar att det psykosociala perspektivet ofta fungerar som en ingång till arbetet med existentiell hälsa, där det existentiella i hög grad framträder i relation till patientens sociala utmaningar och de svårigheter som sjukdomen för med sig. Informanterna beskriver att de ofta tolkar patientens livssituation ur ett systemteoretiskt perspektiv. Utifrån denna förståelse tolkas och hanteras existentiell hälsa som en integrerad del av patientens sammanhang, där de existentiella behoven är nära sammanflätade med sociala, ekonomiska och praktiska förutsättningar. Det överensstämmer med Frankls (1986, s. 16–17) synsätt, enligt vilket meningsskapande inte begränsas till religiösa uttryck, utan är kopplat till det liv som individen faktiskt lever och till de utmaningar som denne möter, ofta i relation till sitt sociala sammanhang.

Informanterna beskriver att kuratorn har jurisdiktion att informera och vägleda patienter och anhöriga om juridiska frågor relaterade till dödsfall, såsom hantering av dödsbo, ekonomiska aspekter, arvsrätt, möjligheten till närståendepenning samt tillgång till ekonomiskt stöd via fonder. I samtal med döende patienter undersöker kuratorn vilka resurser och former av stöd patienten har till sitt förfogande, både på det sociala och ekonomiska planet. Det handlar om att identifiera de hållpunkter i livet där patienten kan rikta sin kraft i en meningsfull riktning. Det kan innebära för vissa en önskan att ordna sina ekonomiska angelägenheter inför döden, exempelvis genom att sälja egendom eller säkerställa efterlevandes ekonomiska trygghet. Andra befinner sig i en kamp för sin dagliga överlevnad, präglad av ekonomisk utsatthet, där döden inte är den enda prövningen, utan även livet självt framstår som ett ohanterbart hinder. En del patienter saknar fast bostad, medan andra har ett socialt nätverk eller en familj som kan ge stöd, vilket både kan vara en tröst och en källa till smärta, särskilt när avskedet från

barn och närstående närmar sig. Citatet nedan från en informant inom palliativ vård beskriver hur kuratorn riktar fokus mot samspelet mellan olika livsområden och kan möta patienten i det som upplevs som mest akut.

> "Det är ändå viktigast det här med att ha basen liksom att de har pengar och de har, ja, det säger ju sig självt. Men det är vissa saker ändå som, nu är det ju alltid mycket dyrare för alla med mediciner och hit och dit. Och om man har den oron så kanske man inte har lika mycket de här existentiella frågorna eller den aspekten, utan då är det väl mer det som är på tapeten liksom att ja, jag ska bli av med min lägenhet och jag håller på att dö. Och jag liksom ja, det där kan man ju. Det är ju svårt för den patientgruppen, men där tycker jag nog att det kommer långt bak eller långt ner på listan att prata om existentiella" (IP 3).

Citatet belyser hur ekonomiska faktorer och grundläggande livsvillkor kan utgöra betydande utmaningar som inte går att bortse från. Patientens socioekonomiska situation påverkar i hög grad motivationen att föra samtal om existentiella frågor med kuratorn.

Informanterna belyser inte enbart den existentiella hälsans koppling till socioekonomiska faktorer, utan lyfter även fram andlighetens betydelse inom ramen för begreppet. Flera informanter poängterar dock att existentiell hälsa inte är synonymt med andlig hälsa inom vårdkontexten. Istället kan existentiell hälsa uttryckas genom individens egna resurser och personliga styrkor, eller genom att patienten hämtar kraft från olika sammanhang, vilket tydligt framgår i citatet från en informant inom palliativ vård.

> "Jag har en massa liksom andlig, som inte behöver vara religiös, men liksom andliga resurser och styrkor i mig och jag hämtar kraft från naturen eller från andra viktiga källor, och för en del är det just religiöst att jag tror på Gud eller så. Existentiell hälsa tycker jag inte är ett jättebra begrepp. Jag har ju som sagt läst Folkhälsomyndighetens kartläggning, är ganska kritisk att de där tycker man att existentiell hälsa, som det används i svensk kontext, är i en direkt översättning av Spiritual Health, så då blir det direkt. Då har man dessutom missat ganska mycket av det, en existentiell filosofi, tradition och existentiell psykologi och sånt som jag tycker finns i palliativ vård. Där använder man begreppet existentiell bredare än existentiell hälsa" (IP 2).

Informanten i citatet ovan kritiserar Folkhälsomyndighetens kartläggning av begreppet existentiell hälsa, eftersom denna beskrivning tenderar att sammanblanda det existentiella med det andliga. Argumentet för att använda begreppet existentiell hälsa är att vissa erfarenheter och frågor inte kan förklaras fullt ut inom den traditionella biopsykosociala hälsomodellen, utan kräver ett existentiellt angreppssätt för att förstå människans vilja till mening i sitt liv. Samma informant inom palliativ vård utvecklar detta resonemang och beskriver hur existentiell hälsa kan lite paradoxalt fungera både som ett överordnat begrepp och som en enskild dimension i det kliniska arbetet.

> "Det som inte täcks in av de tre första dimensionerna, om man ska säga så, är helt enkelt att när vi blir sjuka så händer det saker i kroppen och det händer sociala saker så att säga. Och det händer psykologiska mekanismer, känslor och tankar. Och sen är det också något annat som kan vara att tankar på meningen med livet. Vad är viktigt liksom? Vad har jag gjort med mitt liv? Så där är det också. Jag använder existentiell hälsa som ett överordnat begrepp som också rymmer tro och andlighet" (IP 2).

Citatet indikerar att det existentiella har en distinkt kvalitet som skiljer det från fysiska och psykologiska processer. Det existentiella framträder som individens relation till livet i dess helhet, där meningsskapande är centralt och kan potentiellt inkludera en andlig transcendent dimension. Även Sigurdsson (2016, s. 7-8) särskiljer andlig hälsa från existentiell hälsa, där den existentiella dimensionen förstås som relationell till, snarare än identisk med, det andliga och religiösa. Existentiell hälsa kan därmed förstås en övergripande dimension på metanivå som ramar in och påverkar alla andra aspekter av människans liv, såsom fysisk, psykisk, social och andlig hälsa. Den är inte ett separat område, utan en immanent dimension som genomsyrar individens sätt att förstå, relatera till och finna mening i sin tillvaro, inklusive i det andliga och religiösa.

Informanterna beskriver existentiell och psykosocial hälsa som nära sammanflätade och samverkande processer, som de menar går "hand i hand". Detta överensstämmer med Stiwne (2023, s. 67-68), som betonar att existentiell hälsa bör förstås utifrån individens livsomständigheter och inte enbart som en individualistisk psykologisk aspekt. Exempelvis kan patientens ekonomiska svårigheter inte bara ses som praktiska problem utan som existentiella utmaningar som hotar individens möjlighet att leva ett meningsfullt liv. Teorin om hälsa som förmåga kan appliceras genom dess betoning av att yttre socioekonomiska

faktorer påverkar individens förmågor (Brülde & Tengland, 2003, s. 210, 212). En informant som arbetar med palliativa patienter uttryckte det på följande sätt: “Har man bekymmer för sin ekonomi så lägger det sig som en blöt filt över alltihopa, över hela situationen” (IP 1). Detta illustrerar att det existentiella inte enbart bör förstås i relation till livshotande sjukdom, utan även i ljuset av hotande socioekonomiska faktorer. Citatet nedan från en informant inom palliativ vård belyser hur ekonomiska problem utgör en betydande påfrestning för döende patienter.

> “Det är ändå viktigast det här med att ha basen liksom att de har pengar och de har, ja, det säger ju sig självt. Men det är vissa saker ändå som, nu är det ju alltid mycket dyrare för alla med mediciner och hit och dit. Och om man har den oron så kanske man inte har lika mycket de här existentiella frågorna eller den aspekten, utan då är det väl mer det som är på tapeten liksom att ja, jag ska bli av med min lägenhet och jag håller på att dö” (IP 3)

Citatet ovan belyser att bostadssituation och ekonomiska resurser är avgörande faktorer som inte kan förbises, och att stöd till patienter i dessa frågor utgör en central del av kuratorns arbete, som prioriteras före de existentiella frågorna. Citatet nedan belyser hur ekonomiska svårigheter kan hota individens identitet och existens, och hur dessa problem ofta upplevs som det mest meningsfulla att fokusera på i en utsatt livssituation.

> “Kan jag ha kontroll över min ekonomi som jag alltid haft tidigare? Det börjar rinna mig ur händerna. Det var en identitetsfråga och en existentiell fråga. Då blir det för mig väldigt tydligt hur de psykosociala och det kroppsliga hänger ihop. Den där till synes sociala utmaningen i det här fallet, ekonomin var ju en existentiell utmaning i min tolkning i alla fall” (IP 2).

Citatet kan tolkas i ljuset av Sigurdssons (2016, s. 7) perspektiv på det existentiella inte kan separeras från människans övergripande livssituation. I kuratorns yrkespraktik, som framförallt präglas av psykosocialt arbete, uppger informanterna att patienter ofta prioriterar stöd i ekonomiska frågor framför mer explicit existentiella frågeställningar. En informant som arbetar inom somatisk vård betonar dock i citatet nedan hur det existentiella och det psykosociala ömsesidigt påverkar varandra. Existentiella verktyg, såsom mindfulness, kan underlätta individens hantering av existentiella utmaningar.

> “Jag tror att till exempel sådana färdigheter som mindfulness och andra sådana här saker som jag skulle säga är existentiella verktyg har ett väldigt direkt samband med vad man kan ta sig an psykosocialt. Men jag tror också att det kostar jättemycket energi att inte integrera de här frågorna, och att det i sig är en underliggande anledning till massvis med lidande. Då tänker jag att det existentiella påverkar de psykosociala resurserna. Jag kan också se det som att om man inte har god ekonomi och bostad och det ena och det andra, då har man inte tid och ork att ta tag i de existentiella frågorna. Det finns två vägar att se. Absolut. I det korta loppet, men i det långa loppet så kommer det att ta tag i dem oavsett om du är rik eller fattig. Men det är klart att det blir inte lättare av att man är nyamputerad och utförsäkrad samtidigt” (IP 4).

Citatet ovan belyser att det är centralt att inte underskatta hur yttre faktorer, såsom bristande ekonomiska resurser i kombination med fysisk sjukdom, utgör betydande och komplexa utmaningar för individen. Att reducera patientens lidande till något som kan hanteras enbart genom enkla interventioner riskerar att förbises de sammansatta påfrestningar som påverkar patienten. Detta överensstämmer med Tenglands (2020, s. 26-27) förmågeteori, som betonar att individens reella handlingsutrymme formas av en komplex väv av både interna resurser och externa möjligheter och begränsningar. I linje med Sen (1999, s. 10) förmågeteori kan detta även förstås genom begreppet substantiell frihet, där individens faktiska möjligheter att agera och uppnå värdefulla funktioner i livet är avgörande.

Informanterna betonar att existentiell hälsa inte enbart ska förstås ur ett individperspektiv, utan även i relation till människans sociala sammanhang, vilket överensstämmer med Viktor Frankls (1986, s. 16) syn på viljan till mening som något som ofta aktualiseras och förverkligas i relation till andra och i mötet med olika livssammanhang. Informanten, som arbetar inom palliativ vård, beskriver nedan i citatet att existentiell hälsa relaterar till att lämna sitt sociala sammanhang vid döden.

> “Om man nu tänker kring existentiell hälsa, då föreställer jag mig ändå att det är så man utgår från sin egen identitet på något sätt. Där man befinner sig, och där hela ens existens är liksom ett stort hot mot sin existens, tänker jag liksom. Och döden finns ju där liksom, så att hela tillvaron blir ju färgad av vad som komma skall. Hos de allra

> flesta patienter, så det påverkar ju hela också den sociala aspekten eller hela omgivningen kring i det livet som finns kvar och alla närstående som finns runt om som blir en del i det här också" (IP 1).

Citatet belyser att existentiell hälsa även omfattar relationen till andra människor. I kuratorns yrkespraktik innebär det att döden inte enbart upplevs som en fysisk process utan också som en social och relationell erfarenhet. Kuratorn arbetar därför med att stödja patienten i att förstå och hantera de existentiella konsekvenserna av sjukdom och död, inte bara för sig själv utan i relation till viktiga andra i livet. Detta synsätt överensstämmer med Frankls (1986, s. 16) uppfattning om att meningen i livet ofta uppstår i relation till andra människor, där kärlek, ansvar och gemenskap utgör centrala vägar till meningsskapande. Frankl (1985, s. 17) beskriver viljan till mening som en rörelse bortom det egna jaget, där individen strävar efter att finna en mening som inte nödvändigtvis är knuten till religiösa övertygelser, utan som kan uppstå i relationer, handlingar eller förhållningssätt till livet.

Existentiell förmåga att vara medvetet närvarande inför livets ändlighet

Existentiell förmåga framträder i kuratorns yrkespraktik inom somatisk och palliativ vård som ett centralt begrepp för att förstå hur individen hanterar att befinna sig i en omvälvande eller livshotande situation. Denna förmåga bör inte förstås som ett statiskt tillstånd, utan snarare som en process som kontinuerligt formas och omformas i mötet mellan individens fysiska hälsa, livserfarenheter och socioekonomiska sammanhang. I detta perspektiv blir existentiell hälsa inte en statisk egenskap hos individen, utan ett uttryck för en föränderlig förmåga att förhålla sig till livets grundläggande villkor såsom att människan föds, lever och dör. Mot denna bakgrund kan det vara mer ändamålsenligt att tala om existentiell förmåga än om existentiell hälsa, eftersom hälsobegreppet enligt Brulde & Tengland (2003, s. 237–238) ofta associeras med ett idealiserat och statiskt tillstånd. Detta ligger även i linje med Tenglands (2020, s. 26, 31) syn på hälsa som en processuell och förmågebaserad dimension, som formas i relation till både inre och yttre faktorer.

Informanterna beskriver att existentiell hälsa aktualiseras i kuratorns yrkespraktik i samband med oåterkalleliga förändringar i patientens liv, där patientens förmåga att hantera dessa krisartade situationer uppfattas som en central aspekt av den existentiella hälsan. Situationer

såsom skilsmässa, åldrande, allvarlig sjukdom eller en nära förestående död kan utlösa existentiella kriser hos patienten, vilket beskrivs i citatet nedan.

> "Så är det inte alltid kanske livshotande, men det kan ändå vara väldigt allvarligt så att man kan få. Det blir en jättestor förändring i livet som ändå kan likställas med någon typ av existentiell kris och fara för liv och död. Så att de inte bara dör av svår sjukdom, kan också vara en existentiell kris" (IP 7).

Citatet antyder att det existentiella ofta aktualiseras i samband med förändringar som påverkar patientens liv och identitet. Särskilt betonas förmågan att förhålla sig till sin egen död som en central dimension av existentiell hälsa. En informant inom palliativ vård beskriver existentiell hälsa som förmågan att vara närvarande inför och acceptera oåterkalleliga förändringar, där döden utgör ett konkret exempel på en sådan förändring, vilket ligger i linje med Binders (2022, s. 5) syn på existentiell hälsa som en förmåga att medvetet närvara i och omfamna sitt lidande.

> "Att kunna härbärgera den här situationen och bara kunna vara, bara vara i att det är så, och på något sätt accepterat den tanken, eller låta den, att man vågar släppa in den tanken för sig själv och inte att man motar bort den på olika sätt, utan att man faktiskt kan härbärgera, precis så" (IP 1)

Citatet beskriver existentiell hälsa genom verb som härbärgera, acceptera och släppa in, vilket framhäver hälsa som en dynamisk process snarare än ett statiskt tillstånd. Detta kontrasterar mot WHO:s (2024) beskrivning av andlig hälsa i termer av substantiv som hopp och optimism, där hälsa framställs som fasta, positiva tillstånd. I informanternas berättelser förstås existentiell hälsa istället som förmågor att hantera förändringar och utmaningar, i linje med Tenglands (2020, s. 29–30) beskrivning av förmågan att reflektera över och förhålla sig till livsval och vad som är gott i livet. Till skillnad från WHO:s (2025) fokus på statiska tillstånd av välbefinnande handlar dessa förmågor om ett fortlöpande förhållningssätt till livets villkor.

Vikten av att tolka existentiell hälsa som processuellt blir tydligt när en patient blir medveten om att som sin stundande död. Det kan det framkalla en intensiv och alarmerande upplevelse i nuet, vilket en informant från somatisk vård beskriver i detta citat.

> “Att man behöver kurator, att man behöver här och nu och prata om det här, annars spricker man typ. Alltså att det verkligen är att de existentiella nöden är väldigt akut. Ja, precis skulle jag säga. Det är lite här och nu. Ja, det är verkligen att det är psykiskt akut i alla fall” (IP 7).

Citatet illustrerar hur kuratorns arbete innebär att möta existentiell nöd som en omedelbar verklighet, snarare än något som är distanserat eller teoretiskt. Kuratorerna relaterar existentiell hälsa till dessa intensiva ögonblick, där patienten i dessa situationer behöver stöd för att hantera de ovillkorliga begränsningar som döden innebär. En av informanterna som arbetar med cancerpatienter beskriver den existentiella hälsan som en förmåga att kunna förbli medvetet närvarande i insikten om att döden överskrider människans kontroll och förståelse. Förmågan att kunna stanna i en insikt utan att omedelbart omvandla den till diskurs, utan istället förhålla sig medvetet närvarande i ögonblicket, relaterar till Binders (2022, s. 5) beskrivning av existentiell hälsa som innefattande just förmågan till medveten närvaro.

Den existentiella hälsan beskrivs av en informant inom somatisk vård som en förmåga att “luta sig in i det som sker utan att bli omskakad”. Det handlar om att erfara en hisnande känsla inför att döden innebär en form av upplösning. Det kan vara svårt att vara medvetet närvarande i den upplevelsen förutom i korta stunder, uppger informant inom somatisk vård, om hur svårt det är för patienter att hantera information om att de snart ska dö. En informant som arbetar med cancerpatienter beskriver hur döden undflyr både patientens och kuratorns försök att fullt ut begripa dess innebörd. Inför det existentiella faktumet att människan oundvikligen dör, återstår främst möjligheten att utveckla en förmåga att förhålla sig öppet och sårbart. Detta illustreras i citatet nedan från en informant verksam inom somatisk vård.

> “Jag tror att det är en färdighet att stå i upplevelsen snarare än att härbärgera upplevelsen. Om det är rätt ord, när det handlar om upplösning. Man kan härbärgera en känsla för att man är större än en känsla. Men man kan inte härbärgera något som är större än en själv. Det är någonting man måste, surrender. Det är någonting man måste ge upp inför det existentiella. Och, ja, det kanske är att klyva hår, men du fattar vad jag menar i alla fall. Man ska inte förminska det existentiella, för det är större än människan. Det är inte en liten del av människan utan det är, ja, det är ju alltså, döden

> fanns ju innan vi kom, och den är helt likgiltig inför att vi är i samband med lidandet, i samband med livets mening" (IP 4).

Citatet relaterar till en förmåga att vara i ett icke-vetande inför döden, en hållning där både kuratorn och patienten, med öppenhet och utan att reducera dödens innebörd, kan möta det existentiella som något som sträcker sig bortom den egna förståelsen. Detta förhållningssätt kan förstås i ljuset av Bornemarks (2020, s. 25) begrepp icke-vetande, som betonar värdet av att stanna kvar i osäkerhet och komplexitet, snarare än att hitta konkreta svar. Vidare beskriver samma informant i citatet nedan hur döden är ett allmänmänskligt och oundvikligt fenomen, som fungerar som en gemensam referenspunkt i människors livserfarenheter.

> "Men det existentiella är ju ett allmängiltigt trauma eller vad man ska säga. Det kommer att väcka något i alla som stöter på det. Jag menar att det existentiella är oundvikligt och alla är rädda för döden och alla är rädda för livets meningsfullhet eller meningslöshet. Alla måste förhålla sig till lidande och ha mer eller mindre dysfunktionella sätt att göra det" (IP 4).

Citatet beskriver hur det existentiella aktualiseras i mötet med lidande, död eller andra upplevelser av meningslöshet. I dessa situationer framträder den existentiella förmågan att förhålla sig till tillvarons grundläggande villkor som en central aspekt av existentiell hälsa. Det existentiella framträder här som en del av den allmänmänskliga erfarenheten och uppfattas inte som något patologiskt eller begränsat till vissa individer. Även Svenaeus (2019, s. 471) lyfter att det existentiella är allmänmänskligt och ska inte patologiseras. I kuratorns arbetskontext avser den existentiella förmågan att kunna bevara en känsla av inre ro och meningsfullhet vid sjukdom och kommande död, vilket tydliggörs i citatet nedan av en informant verksam inom somatisk vård.

> Försöka förhålla sig till sin situation, även om den är väldigt svår och där man kanske också ser att den inte kommer hålla på så länge till, för att man kommer dö i sjukdomen liksom, och att försöka förhålla sig till det och känna någon slags mening och ändå ro i livet, trots att det är som det är. Så jag tänker att det måste ju ändå ingå existentiell hälsa (IP 7).

Citatet beskriver existentiell hälsa som en vilja och förmåga att uppleva mening trots livets svårigheter, vilket kan kopplas till Frankls (1986, s. 14) beskrivning av viljan till mening,

som människans grundläggande drivkraft att söka och skapa mening även under smärtsamma och utmanande omständigheter. Enligt informanterna innefattar existentiell hälsa inte enbart förmågan att erfara och stanna kvar i insikten om livets grundläggande villkor, vilket innebär att människan föds, lever och slutligen dör. Det handlar även om en existentiell förmåga att ha en medveten livsföring, vilket illustreras i citatet nedan från en informant verksam inom somatisk vård.

> "Existentiell hälsa kan vara ett mått på att ha en nivå av medveten livsföring och hållning när det gäller livsval. Hur man vill leva sitt liv, så är det en viktig sak att vårda den här omständigheten med den existentiella frågan faktiskt, och i och med att vi är människor. Vi föds, vi lever och vi dör. Och att möjliggöra att kunna leva bra och att kunna också lämna livet på ett så bra sätt som möjligt. Och då kan jag tänka att då ingår det också i att bearbeta det här med sitt liv, och att det blir på ett medvetet sätt" (IP 5).

Citatet kan tolkas som ett uttryck för den existentiella förmågan, där individens medvetna reflektion över sitt liv och sina livsval utgör en central komponent. Informanten betonar att existentiell hälsa inte endast innebär att förhålla sig till döden, utan även att leva medvetet och meningsfullt, vilket inkluderar både skapandet av ett värdefullt liv och en aktiv reflektion över livets slut. Detta kan relateras till förmågeteorin och Sens (1999, s. 10) begrepp om substantiell frihet, där hälsa förstås som individens faktiska förmåga att förverkliga värdefulla funktioner i enlighet med sina egna värderingar.

Fronesis som ett grundläggande professionellt förhållningssätt i kuratorns yrkespraktik

Tema 2	Kategorier
Fronesis som ett professionellt förhållningssätt i kuratorns yrkespraktik	1 Medveten närvaro utifrån ett icke-vetande
	2 Intuitivt utforskande

Det andra temat i den abduktiva analysen är "Fronesis som ett grundläggande professionellt förhållningssätt i kuratorns yrkespraktik", vilket relaterar till studiens andra frågeställning om hur kuratorer arbetar med existentiell hälsa med patienter inom somatisk och palliativ vård. Informanterna beskriver att deras arbete med existentiell hälsa inte enbart bygger på teoretisk kunskap, utan även på deras erfarenheter och på förmågan att med sina sinnen uppfatta och respondera på de känslor som uttrycks och cirkulerar i mötesrummet. Detta kan relatera till begreppet fronesis definieras som Bornemark (2020, s. 51) definierar som en mänsklig omdömesförmåga som förenar flera dimensioner av mänsklig kunskap och erfarenhet.

Den första kategorin, "Medveten närvaro utifrån ett icke-vetande", belyser hur kuratorn i mötet med döden förhåller sig till situationer präglade av osäkerhet och komplexitet. Ett förhållningssätt grundat i icke-vetande innebär en medveten öppenhet inför att vissa frågor saknar definitiva svar (Bornemarks (2020, s. 35), när det inte finns någon självklar lösning på hur sjukdom och död ska hanteras. Kuratorns närvaro är inte endast ett fysiskt "bara varande" utan är form av medveten öppenhet inför patienten där kuratorn medvetet kan använda sin närvaro för att patienten ska utveckla en existentiell förmåga att förhålla sig till livets ändlighet.

Den andra kategorin, "Intuitivt utforskande", belyser hur kuratorn utforskar tillsammans med patienter livssituationer som upplevs som präglade av osäkerhet. Informanterna beskriver att de använder sig av en intuitiv förmåga att närma sig existentiella frågor på ett öppet och reflekterande sätt när det inte finns givna svar. I det mellanmänskliga rummet mellan kurator

och patient uppstår en gemensam erfarenhet av att utforska och bearbeta det existentiella, som varken tillhör kuratorn eller patienten ensam, utan utvecklas i samspelet dem emellan.

Medveten närvaro utifrån ett icke-vetande

Informanternas beskrivningar av mötet med patienten betonar en form av medveten närvaro som innefattar både strukturella och relationella dimensioner. Dels handlar det om organisatoriska förutsättningar där kuratorn ges en medvetet etablerad fysisk och tidsmässig närvaro inom sjukvårdsorganisationen, och dels om en professionsspecifik förmåga att vara medvetet närvarande i mötet med patientens existentiella lidande, vilket beskrivs i citatet nedan av informant från palliativ vård.

> "Närvarande rent organisatoriskt och praktiskt, jag kan dela, jag har tid. Men sen är det andra närvarande i någon slags mer mellanmänsklig. Då är frågan, tänker jag, då kan jag stå ut med att inte ge ett svar. Då kan jag stå ut med att inte lösa ett problem. Det kan jag stå ut med att dela en känsla av meningslöshet, härbärgera det och liksom bara också normalisera känslan av att det här känns skit och det här känns meningslöst och värdelöst" (IP 2).

Detta kan relateras till Tenglands (2020, s. 26–27) beskrivning av förmågor som beroende av samspelet mellan yttre och inre faktorer. De yttre faktorerna, såsom att kuratorn ges en tydlig organisatorisk plats i vårdteamet och tillräckligt med tid för patientmöten, skapar de strukturella förutsättningarna för arbetet. De inre faktorerna, exempelvis kuratorns förmåga att reglera sina känslor, hantera stress och visa mod, avgör hur dessa möjligheter tas i bruk. Tillsammans påverkar dessa faktorer hur kuratorns professionella förmågor faktiskt kan manifestera sig i mötet med patienten och därmed vilken kvalitet det existentiella stödet får. I kuratorns arbete inom somatisk sjukvård och palliativ vård framträder ofta existentiell nöd som en akut och alarmerande upplevelse. När en patient däremot av egen vilja söker en kurator för att samtala om existentiella frågor, bär denne redan ofta på en vilja att tala om sin situation. I dessa fall behöver kuratorn inte initiera eller styra processen; den existentiella frågan är redan levande och akut i patientens medvetande, och en informant inom somatisk vård, beskriver det som att kuratorn"behöver knappt säga någonting alls. Det är bara liksom så det flödar liksom. Det är sällan jag behöver sälja in mig liksom" (IP 7).

Kuratorns tydliga organisatoriska roll kan bidra till att patienten instinktivt förväntar sig att kuratorn, utifrån en etisk hållning, möter deras lidande med ett gott omdöme med respekt för patientens egna livsval och värderingar. Dessutom kan kuratorns medvetna närvaro i rummet fungera som en katalysator som underlättar för patienten att utforska sina känslor och tankar. I det existentiellt smärtsamma nuet blir kuratorns närvaro avgörande, där kuratorn har en förmåga att vara medveten närvarande inför patientens svåra situation och förmår möta det olösliga och uthärda det tillsammans med patienten. Framför allt lyfter informanterna i intervjuerna fram den medvetna närvaron där kuratorn möter patientens känslor med öppenhet och uthållighet, även vid patientens upplevelser av meningslöshet och förtvivlan. Kuratorn använder sin närvaro, för att inte "väja, backa eller ducka" för patientens existentiella lidande. En informant lyfte fram, i det följande citatet, vikten av att kunna förhålla sig lidande och döden: "Kan man förhålla sig till lidande? Kan man förhålla sig till smärta? Kan man förhålla sig till oundvikliga faktum?(IP 4). Detta kan förstås utifrån Bornemarks (2020, s. 21) koncept om icke-vetande, där individen erkänner att fullständig kunskap aldrig är möjlig och inom denna osäkerhet behöver kuratorn tillämpa omdömesförmåga för att avgöra vad som är värdefullt i varje möte med enskild patient i ett viss ögonblick. Bornemark (2020, s. 31) beskriver icke-vetande som extra viktigt vid reflektioner om döden.

I mötet med patienten utgår kuratorn från patientens egen berättelse och intar en mottaglig, lyssnande hållning. En informant inom somatisk vård betonar vikten av att ha "en vilja att vara medmänsklig och att vara icke dömande" (IP 4). Även Tengland (2020, s. 29–30) lyfter fram medkänsla som en viktig mänsklig förmåga. Genom att tillämpa medkänsla och en icke-dömande hållning kan kuratorn stödja patienten i att utveckla och stärka flera av de förmågor som Tengland (2020, s. 29-30) beskriver, såsom förmågan att uppleva och bearbeta känslor, att reflektera över sitt liv och sina värderingar, samt att fatta välgrundade livsval som främjar individens autonomi. På detta sätt fungerar kuratorns förmågor som en katalysator för patientens existentiella och reflekterande förmågor. Kuratorn avstår från att styra samtalet och därigenom ges utrymme och stöd för att patienten ska kunna forma samtalets riktning, vilket beskrivs nedan av en informant inom somatisk vård.

> "Börja med att låta personen berätta själv och visa att man lyssnar och kommer ihåg vad som sägs och att man är intresserad och lite van. Förhoppningsvis att man är

> öppen och tar emot, och det tänker jag, skapar en kontakt. Där själva din närvaro i sig, hur du är i din närvaro" (IP 6).

Citatet visar hur kuratorn använder sin närvaro, och att denna närvaro är en medveten öppenhet gentemot patienten. En informant beskriver det som att det "handlar inte så himla mycket om att göra, utan mer om att vara kanske eller möta någon annan människa och närvaro" (IP 2), vilket kan relateras till Bornemarks (2020, s. 17) poängtering att relatera till att varje människas liv är ett mysterium. Vidare beskriver informanterna vikten av att inte forcera samtalet, utan att med lyhördhet och närvaro följa patientens uttryck och varsamt fånga upp det som formuleras i ord och tonfall, vilket beskrivs nedan av en informant som arbetar med somatisk vård.

> "Bara liksom "sit back relax" tänker jag då till mig själv. Och så bara att jag själv är så, känner jag att jag kommer framåt, att jag är närvarande och lyssnar på personen. Så det här med närvaro är väldigt viktigt. Din personliga närvaro, inte metoden i sig utan att närvaron, lyssna och fånga upp vad personen säger och hur" (IP 5).

Citatet illustrerar kuratorns förmåga att vara närvarande och uppmärksam, där kuratorn inte bara lyssnar på patientens ord utan även på hur dessa uttrycks. Detta visar att kuratorn inte enbart använder sina kognitiva förmågor utan också aktivt engagerar sin hörsel, vilket överensstämmer med Bornemarks (2020, s. 51–53) beskrivning av sinnesperceptionernas betydelse för ett välgrundat omdöme. I linje med detta betonar Tengland (2020, s. 31) att sinnesperceptioner utgör en central inre faktor som både möjliggör och påverkar utvecklingen och utövandet av olika förmågor.

Informanter beskriver att förmågan att vara medvetet närvarande förutsätter att kuratorn är förankrad i sin egen självförståelse, vilket är avgörande för att kuratorn ska kunna bevara sin inre stabilitet i mötet med patientens existentiella utmaningar. En informant uttrycker vikten av "träna på att vara närvarande och att utveckla en egen samtalsteknik som bottnar i en själv, för då tror jag att det är lättare att vara närvarande också" (IP 5). Detta kan förstås utifrån Tenglands (2020, s. 27) betoning att god självmedvetenhet är en central inre faktor för utvecklingen av olika förmågor.

Informanterna betonar vikten av att kuratorn har förmåga att möta patienten på ett genuint plan, där yrkesrollen kan transcenderas till förmån för ett mellanmänskligt möte mellan två människor. Kuratorns egna erfarenheter av dödens närhet, förutsatt att de är integrerade, kan utgöra en tyst styrka och ett medvetet icke-vetande, en hållning där kuratorn avstår från att ha färdiga svar och i stället möter patientens existentiella frågor med öppenhet och lyhördhet. Det handlar inte om att dela personliga erfarenheter, utan om att den inre mognaden och medvetna närvaron blir påtaglig i mötet, vilket möjliggör en äkta mellanmänsklig närvaro där traditionella professionella barriärer till viss del kan upplösas vilket beskrivs i citatet nedan av en informant som arbetar med cancerpatienter.

> "Jag tror att mitt liv präglas väldigt mycket av att jag tidigt var nära att dö i en sjukdom och att jag kan bidra på det viset med egen erfarenhet och frukterna av det arbetet med att integrera dödlighetens närvaro. Typ, och det är också det jag upplever är verksamt, ofta att man pratar om de sakerna och att den personen möter någon som känner igen och att det märks av den personen alltså. Om jag träffar någon som håller på att arbeta med att integrera, har en otrolig dödsångest under samtalet. Men min erfarenhet märks av att jag har en omfattande övning på att stå kvar i den dödsångest att det inte märks. Det gäller att vara i det. Ja, precis som kurator för att jag tror att det existentiella perspektivet transcenderar kurator. Alltså, där är jag inte kurator utan medmänniska. Det transcenderar barriärer" (IP 4).

Citatet illustrerar att när kuratorn har integrerat förståelsen av döden som en naturlig del av människolivet, kan kuratorn hantera patientens dödsångest. Genom att använda sin egen erfarenhet av döden, både på ett personligt plan och genom tidigare möten med döende patienter, kan kuratorn möta patienten på ett öppet omdömesfullt sätt. Detta kan kopplas till Bornemarks (2020, s. 60–62) beskrivning av att olika erfarenheter över tid kan förkroppsligas, vilket yttrar sig i en professionellt förankrad och omdömesgill hållning. Genom att skapa en form av gemenskap som inte nödvändigtvis bygger på fullständig förståelse av patientens upplevelser, utan snarare på en mellanmänsklig samvaro i det som är svårt, möjliggör ett delat utrymme där patienten inte behöver bära sin upplevelse ensam, vilket beskrivs nedan av en informant inom palliativ vård.

> "Att vi vågar vara i de här svåra tankarna, i det här existentiella, att jag kanske snart kommer att dö. Att vi vågar vara där med patienten och att vi inte blir rädda eller

> tycker det är svårt. Eller jo, det kan det ju vara så klart. Men vi har också accepterat. Vi visar det inte på något sätt utan vi erbjuder patienten och vi bjuder in till att vi kan vara där tillsammans. Vi kan dela den här upplevelsen, även om jag aldrig kan helt och fullt förstå hur patienten har det i sin situation" (IP 1)

I citatet ovan beskriver informanten den professionella förmågan kuratorer har att vara medvetet närvarande med patientens lidande, samtidigt som kuratorn accepterar att det inte alltid finns lösningar eller definitiva svar på de existentiella frågor som väcks. Precis som Bornemark (2020 s. 17, 20) skriver att det krävs förundran inför det mystiska som varje mänskligt liv innebär, så är kuratorn öppen för att varje patientens situation är unik och kanske inte kan förstås fullt ut. Istället för att söka snabba svar, kräver dessa möten en förmåga att stanna kvar i osäkerheten och bära det ovissa tillsammans med patienten. Det mellanmänskliga mötet i sig bär ett värde, oberoende av om det leder till konkret förändring, det är i den delade närvaron och bekräftelsen av lidandet som möjliggör att patienten kan uttrycka sin vilja till mening. En informant inom palliativ vård beskriver i citatet nedan förmågan att kunna vara i det svåra, som en central förmåga hos kuratorer.

> "Andra inte klarar av det, men många andras impuls kanske är att direkt försöka lösa det eller komma på en lösning, eller trösta, eller lindra eller fixa för att det är så man är liksom, det är så man jobbar. Men jag tänker att vi kuratorer har en förmåga, om vi vill säga det, att stå ut med att här är det frågor eller problem som vi inte kan fixa. Och det är inte heller det som är syftet" (IP 2).

Citatet kan tolkas som en etisk hållning där kuratorn möjliggör för patienten att vara medvetet närvarande i relation till sin egen död, utan att försöka styra eller påverka patientens upplevelse. Kuratorn presenterar inga absoluta sanningar eller förklaringsmodeller kring döden, istället syftar mötet till att skapa ett rum där patienten kan orka vara i sina upplevelser.

Intuitivt utforskande

Kuratorns arbete med existentiell hälsa beskrivs som en form av intuitivt utforskande som är "hemmasnickrat" och att det inte finns en exakt "verktygslåda". Informanterna beskriver att de saknar bedömningsinstrument, manualer eller frågeformulär i sitt arbete med existentiella utmaningar. Enligt Bornemark (2020, s. 48, 113) är detta ovanligt att arbeta utan manualer i ett samhälle som premierar effektivitet genom standardiserade bedömningar, där det goda handlandet inte värderas som ett mål i sig. Genomgående beskriver informanterna att deras arbete vilar på en intuitiv förmåga till utforskande i mötet med patienter som upplever existentiell nöd. Informanterna beskriver att i dessa möten räcker inte teoretisk kunskap till. Även Abbott (1988, s. 54) betonar betydelsen av en situationsbunden förståelse som sträcker sig bortom abstrakta teoretiska koncept. Det betyder inte att kuratorn inte använder sina kognitiva förmågor, vilket en informant beskriver hur hen analyserar i följande citat: "Min intention är ju att förstå vad vill den här personen här? Vad behöver den här personen? Vad säger den och vad säger den inte? Min hjärna jobbar ju hela tiden" (IP 5).

Informanter beskriver att de med fingertoppskänsla försöker utforska vad patienten upplever och då räcker inte rationella förklaringsmodeller till. Denna intuitiva förmågan kan förstås som en form av fronesis, vilket Bornemark (2020, s. 48) beskriver som en mänskliga omdömesförmåga med en känslighet inför vad som är viktigt för varje människas unika livssituation. En informant inom somatisk vård beskriver hur existentiella kriser kräver ett förhållningssätt där det är viktigt att förstå varje unik situation, där kuratorns erfarenhet kan skapa trygghet när patientens meningsstrukturer rasar.

> "Hamnar i ett tillstånd som han inte kan navigera i och som inte är rationellt. Och när han är i det tillståndet så är schamanen viktig för att kunna peka ut landmärken och typ förhållningssätt och jorda i att det är ingenting som är farligt. Det är ju inte det att det finns någonting som är likt det. Och när någon står i att de har mött döden och alla de här meningsstrukturerna som man hade rasar. I och med att det existentiella är så typ fundamentalt eller grundläggande. Och då måste jag, alltså, den frågan transcenderar båda våra roller. Och då måste jag också transcendera min roll för att möta den personen. Och där finns det något shamanskt i att göra det så här. Då måste vi mötas där" (IP 4).

Citatet beskriver att kuratorn försöker möta individen på en djupare existentiell nivå och möjliggöra ett genuint mellanmänskligt möte. Den intuitiva utforskande är en form av existentiell öppenhet, där kuratorn förmår vara i den levda erfarenheten av mötet, utan att omedelbart sätta ord på eller kategorisera det som uppstår. Detta kan relateras till Bornemark (2020, s. 51), som beskriver det professionella omdömet som en fördjupad situationsbunden kunskap där sinnen, känslor och erfarenheter tas i bruk utan att reduceras till etiketterande tolkningar. En informant som arbetar med cancerpatienter beskriver i citatet nedan, hur hen använder sitt omdöme för att öppet utforska vad som berör patienten.

> "Att prata om det i sig som är lindrande. Att kunna få vara i de frågorna utan att få ett exakt svar. Det finns inga. Jag ger aldrig någon exakt. Nej, det handlar alltid om att för varje människa att hitta sitt. Och så tänker jag att det handlar mer om att försöka ge nycklar. Eller försöka peka på att det är något som slår an hos dig. Eller så ser jag på dem att de blir berörda och då är det någonting" (P 5).

Citatet kan relateras till Bornemarks (2020, s. 53–55) beskrivning av omdömesförmågan, där känslor fungerar som en instinktiv vägledning för att uppfatta vad som är viktigt. I det mellanmänskliga rummet där kuratorn och patienten möts, använder kuratorn sina känslor som ett aktivt redskap i mötet för att kunna känna intuitivt vad som berör patienten. Vidare utvecklar samma informant hur hen i citatet nedan hur hen intuitivt försöker utforska vad som korrelerar med patientens värderingar.

> "Jag kanske kan föreslå ett ord och se om det är något som verkar slå an hos personen, och den nappar på det. Det där intuitiva utforskandet. Ja, det är mycket intuition. Det är mycket det. Det är mycket att försöka avläsa och att försöka förstå personen. Kanske inte, men försöka ha respekt och inte slänga något på någon som inte. Det får man försöka. Det är också intuition, tänker jag" (IP 5)

Citatet visar hur kuratorn läser av patienten, och andra informanter beskriver att patienten utforskar även kuratorns förhållningssätt till existentiella frågor. Informant inom palliativ vård beskriver det som att patienten "upplever att man är lite fri på något sätt. Att jag inte har några mallar eller ramar eller så, utan de testar säkert mig lite i min roll och så går de igång på det" (IP 3). Vidare beskriver informanter att vad som får en patient att öppna sig är ofta svårt att förutsäga och kan ske spontant. För vissa patienter är ögonkontakt och möjligheten

att i sin egen takt få tid och utrymme avgörande för att ett förtroligt samtal ska kunna uppstå. Citatet nedan beskriver kuratorn sin förmåga att bedöma när patienten behöver tyst närvaro respektive när hen behöver prata omgående.

> "Känner man ju i rummet när man kommer in tycker jag, vad man behöver göra. För vissa kommer man in och man bara dras in. Och sen så är det liksom igång. Medan vissa är liksom så att man behöver först sätta sig. Man behöver titta på varandra och ta det lugnt och prata. Det beror helt på vad det är för stämning" (IP 7).

Citatet illustrerar hur blicken kan fungera som en katalysator i samtal och som ett medel för att uppfatta patientens upplevelser, vilket understryker betydelsen av sinnesperception i mötet mellan kurator och patient. De kroppsliga sinnena spelar en central roll i situationen och betonar vikten av att inte inleda mötet med förutbestämda teoretiska tolkningsmodeller. Brülde och Tengland (2003, s. 223) framhåller att förnimmelseförmågan är en grundläggande fysisk kapacitet, och både Tengland (2020, s. 29–30) och Bornemark poängterar att fysiska sinnesintryck är avgörande för att kunna göra professionella omdömen och läsa av individen i nuet. Det intuitiva utforskandet kan tolkas som ett sätt använda sinnesperceptioner och känslor för att känna stämningen i rummet.

Sernbo (2019, s. 140) framhåller att kuratorn ofta har uppgiften att stödja patienter med komplexa behov. I följande citat beskrivs kuratorns roll som katalysator för att patientens röst ska bli hörd; "att patienterna ska liksom mer ta tillvara och höja sin röst och bli delaktiga" (IP 5). Patienter med kognitiva nedsättningar kan ha svårt att verbalisera sina existentiella svårigheter. I vissa fall kan sjukdomstillståndet i sig försvåra talförmågan, vilket ställer krav på ett mer intuitivt och icke-verbalt utforskande av patientens känslotillstånd. Enligt informanter kan de använda olika kommunikativa verktyg som slutna frågor, bildstöd och kroppskontakt för att anpassa sig efter patientens behov och förmåga. I citatet nedan beskriver en informant hur patienter med neurologisk sjukdom bemöts när de inte kan samtala eller reflektera.

> "Alltså verkligen fruktansvärt sjuk och då kan det ju vara att hålla armen och typ säga korta, korta meningar som att man inte kan, att det blir någon typ av samtal. Och det blir typ ett samtal men ändå närvaro. Ja precis. Men då blir det att man försöker rent kroppsligen liksom ta på och typ av ögonkontakt" (IP 7).

Citatet illustrerar hur kuratorns medvetna närvaro, uttryckt genom ögon- och kroppskontakt, möjliggör ett situationsanpassat utforskande av kommunikation som överskrider ordens begränsningar. Tengland (2020, s. 27) betonar vikten av samhällsstöd för individer med begränsade förmågor, så att de kan uttrycka sina känslor. Brülde och Tengland (2003, s. 200–202) beskriver att en förmåga inte ska ses som individualiserad utan är beroende om det finns ett sammanhang där förmågan kan få uttrycka sig, vilket kuratorn ger möjlighet till genom ett anpassat sätt att kommunicera.

Kuratornsamtalen har som utgångspunkt i både det som implicit och explicit uttrycks i samtalet, inklusive aspekter av andlighet, religion eller sekulära värdegrunder. Informanter beskriver att de intuitivt utforskar de värderingsstrukturer som påverkar patientens föreställningar om hur olika livsval bör gestalta sig, vilket beskrivs i citatet nedan från en informant inom somatisk vård

> "Den interna kulturen som folk har tycker jag är väldigt intressant också. Att det kan vara väldigt, väldigt viktigt med vissa saker för vissa familjer och så där. Som kanske inte är någon som inte tillhör någon större trossystem eller religion, men där det finns någon slags interna tankar om hur saker ska vara och vad som är viktigt och vad som ska göras och hur det ska vara" (IP 7).

Citatet visar att informanten har en öppenhet inför att värderingar kan utgå ifrån patientens konkreta sociala sammanhang, och inte nödvändigtvis vara religiösa. De existentiella samtal kan beröra föreställningar som utmanar etablerade normer inom en traditionell sjukvårdskontext, såsom önskemål om att diskutera möjligheten till assisterat döende eller att söka kontakt med avlidna genom spiritistiska medier, vilket beskrivs nedan av en informant från palliativ vård.

> "Vi hamnar ju i mycket existentiella frågor då. Allt mellan liv och död och vad som händer sen och om man tror på någon religion eller inte, eller att man absolut inte gör det. Och det kan komma frågor om dödshjälp och det är väldigt mycket allt från det ena till det andra och det kan vara sådana här medium de vill prata med med sin gamla, så att det är många som vill göra det när man har förlorat en nära anhörig och vill söka kontakt genom ett medium" (IP 3)

Citatet visar vikten av att även ha teoretisk kunskap om olika synsätt på döden, och även Bornemark (2020, s. 51) lyfter att teoretisk kunskap (episteme) är värdefullt för ett gott mänskligt omdöme. I det intuitiva utforskandet behöver kuratorn tillämpa sin medicinska kunskap för att på ett realistiskt sätt kunna förklara och sätta patientens oro i ett begripligt sammanhang. Det kan vara frågor om hur dödsprocessen kommer att upplevas, eller hur man samtalar om sin död med sina närstående. Citatet från en informant i palliativ vård beskriver nedan hur utforskandet av existentiella frågor kan vara både konkreta och relationella.

> "En existentiell fråga eller funderingar för en patient… Hur det blir liksom för de närstående. Eller hur? Det här att man ska dö. Och kommer det att göra ont och kommer man få hjälp. Och kommer jag vara hemma eller kommer jag kunna vara på hospice? Eller hur ska jag prata med barnen eller barnbarnen?" (IP 3).

Citatet kan förstås utifrån förmågeteorin (Tengland, 2020, s. 26–27), som utvidgar hälsobegreppet bortom individens fysiska kropp och inkluderar yttre faktorer, såsom tillgång till sjukvård och möjligheten att erhålla begriplig information, vilka tillsammans påverkar individens förmåga att leva ett meningsfullt liv. Tengland (2020, s. 29) framhåller dessutom att hantering av den sociala situationen är central för att kunna utöva substantiell frihet och göra livsval. Ur kuratorns perspektiv innebär detta att intuitivt utforska patientens sociala sammanhang. Detta sker inte genom att "bocka av" olika områden, utan genom att intuitivt utforska vilken mening och betydelse patienten tillskriver dem, och hur detta påverkas av att patienten är svårt sjuk eller döende.

Kuratorns jurisdiktionella utmaningar och möjligheter i arbetet med existentiell hälsa.

Tema 3	Kategorier
Kuratorns jurisdiktionella utmaningar och möjligheter i arbetet med existentiell hälsa	1 Brist på samhälleligt erkännande av existentiell hälsa
	2 Kuratorns erkända psykosociala jurisdiktion skapar förutsättningar för att integrera arbete med existentiell hälsa.

Det tredje temat, "Kuratorns jurisdiktionella utmaningar och möjligheter i arbetet med existentiell hälsa", belyser hur professionella rättigheter och ansvar formar kuratorns arbete. I Abbotts (1988) teori innebär jurisdiktion den professionella rätten och skyldigheten att definiera problem, tillämpa kunskap och erbjuda lösningar inom ett specifikt område. Temat visar att det idag saknas en etablerad jurisdiktion för kuratorer avseende existentiell hälsa. Samtidigt finns möjligheter eftersom kuratorn har en erkänd jurisdiktion inom hälso- och sjukvårdsorganisationen för psykosocialt arbete, vilket gör det möjligt att inom denna ram integrera ett existentiellt perspektiv i det professionella arbetet.

Den första kategorin är "Brist på samhälleligt erkännande av existentiell hälsa" och den beskriver hur kunskap och medvetenhet i det svenska samhället om betydelsen av existentiell hälsa är begränsad. Det finns bristande utbildning inom existentiella och andliga frågor på socionomprogrammet, och vården domineras av ett biomedicinskt perspektiv. I ett sekulärt samhälle blir det dessutom svårt att öppet diskutera döden. Denna osynlighet kring det existentiella medför att kuratorns arbete inom området ofta förblir outtalat och istället beskrivs med alternativa begrepp, såsom dödsångest. Som en följd av detta upplevs kuratorns existentiella arbete inte alltid som fullt legitimt, vilket försvårar att axla rollen som existentiell "rådgivare" eftersom det saknas en enhetlig samhällelig förståelse av vad denna roll innebär.

Den andra kategorin är “Kuratorns erkända psykosociala jurisdiktion skapar förutsättningar för att integrera arbete med existentiell hälsa”. Den kategorin beskriver hur kuratorn har en etablerad roll inom det psykosociala arbetet på sjukhus. Inom hälso- och sjukvårdsorganisatonen är det tydligt att patienter med existentiella svårigheter remitteras till kuratorn. Andra professioner, såsom läkare och sjuksköterskor, erkänner värdet av att patienter får träffa en kurator, vilket innebär att det redan finns en etablerad struktur inom vården för kuratorns arbete med existentiella frågor. Denna struktur har vuxit fram utifrån ett konkret behov och utgör ett befintligt arbetsområde, vilket möjliggör för kuratorer att utvidga sin jurisdiktion och hävda att de, utöver psykosocial hälsa, även arbetar med existentiell hälsa.

Brist på samhälleligt erkännande av existentiell hälsa

Enligt Abbott (1985, s. 58, 78) definieras socialarbetarnas offentliga jurisdiktion som det sociala arbete som är kopplat till accepterade samhälleliga värden. Informanterna framhåller att psykosocialt arbete utgör kärnan i deras yrkesutövning, men att det är utmanande för kuratorer att etablera offentlig jurisdiktion över existentiell hälsa, eftersom kunskap och medvetenhet om dess värde är begränsad inom den sekulära befolkningen. Patienter med religiös tillhörighet söker ofta stöd hos sina religiösa företrädare, medan andra vänder sig till närstående. Abbott (1988, s. 54, 58, 64–65) betonar att ett kunskapsfält blir legitimt först när det erkänns ha ett samhälleligt värde, vilket är en förutsättning för att yrkesutövning inom området ska bli offentligt accepterad.

Informanter uttrycker att det är en utmaning att det inte finns utbildning om existentiell hälsa på socionomprogrammet, vilket skulle legitimera kuratorns kompetens inom området existentiell hälsa. Även Abbotts (1988, s. 53-54) lyfter fram vikten av akademisk kunskap för att det ska bli legitimt att arbeta inom ett visst kunskapsområde, men att teorin inte kan direkt appliceras i yrkespraktiken utan det krävs praktisk erfarenhet för att kunskapsområde ska kunna fullt ut appliceras i yrkespraktiken. Det lyfts även fram av informanter att det existentiella arbetet i praktiken ofta sker genom "learning by doing", och är beroende av kuratorns egen erfarenhet, personliga reflektioner och individuella intresse för att kunna arbeta med existentiell hälsa.

Utöver kunskap om tro och religion efterfrågar informanterna utbildning i existentiella samtal som inkluderar en djupare bearbetning av existentiella frågor, och att “det rätt så viktigt att

man själv bearbetar sin egen dödlighet och meningsfullhet" (IP 5). Citatet nedan från en informant inom somatisk vård belyser vikten av utbildning för att kunna bemöta patienters mest svårbearbetade upplevelser, något som kan relateras till Abbotts (1988, s. 70) professionsteori där kompetens i form av praktisk kunskap är viktig för få legitimitet att arbeta inom ett visst område.

> "Lite träning på att orka liksom våga prata om sådana här svåra tunga saker liksom och inte väja för det. Det tycker jag är bra och även bra att ha med sig liksom, för det är så lätt att man väjer lite för det på något sätt. Eller att det blir lite att man tvekar att gå in i. Tvekar att ställa frågan. Eller ja. Jag menar att man backar inför att möta det svåraste hos patienten" (IP 6).

Informanterna beskriver att det är en utmaning för kuratorer att axla rollen som existentiell vägledare, då denna roll saknar tydlig förankring i det svenska samhället. Detta kan jämföras med Abbotts (1988, s. 76–77) beskrivning av hur präster i vissa kontexter har jurisdiktion över existentiella frågor. I linje med detta nämner en informant att det i andra kulturella sammanhang finns etablerade roller, såsom präster, shamaner eller andliga ledare, med ett erkänt mandat att fungera som existentiella vägvisare. Citatet nedan beskriver hur kuratorn, trots en svag offentlig legitimitet att hantera existentiella frågor, ofta får axla denna roll i brist på andra aktörer.

> "Det är väl bara en existentiell eller andlig vägvisare, ur ett annat kulturellt perspektiv, tänker jag, i en annan skrud. Men jag tror inte att vi har en sådan tydlig skrud i det västerländska samhället som shamaner. Schamaner, så att den rollen hamnar lite varstans, men att ett ställe den hamnar på är här" (IP 4).

Citatet kan relateras till Abbotts (1988, s. 91–93) beskrivning av hur professioner i praktiken utvecklar och tar på sig arbetsuppgifter utanför sin formella jurisdiktion när ett behov uppstår. En profession kan fylla detta behov, men det kan vara svårt när det råder osäkerhet kring hur uppgiften ska hanteras. Historiskt har religionen, med sin etablerade jurisdiktion över det existentiella, kunnat förhålla sig till döden på ett meningsskapande sätt Abbott, 1988, s. 35, 76–77). Melder (2011, s. 23) betonar vikten av att förstå det existentiella även inom en sekulär kontext. En informant inom somatisk vård beskriver svårigheten att diskutera existentiella frågor i en modern, sekulär kontext där döden ofta marginaliseras, både i vardagliga och professionella samtal. Döden uppfattas ofta som ogripbar och informanten

beskriver metaforiskt döden som en hänsynslös “skurk”. Denna distansering till döden gör det svårt för patienter och vårdpersonal att utveckla ett gemensamt språk för att tala om döden, vilket är särskilt viktigt i akuta vårdsituationer. Citatet nedan av en informant inom somatisk vård beskriver svårigheterna i det sekulära samhället att förhålla sig till döden.

> “De flesta som möter sin egen dödlighet är chockade efteråt och skakade efteråt liksom. Och det är väl ett tecken på något i sig att man, och jag tänker också på ett kulturellt plan, att vi har noll förberedelse eller noll hjälp i att integrera döden exempelvis. Religioner har ju gjort anspråk på att beskriva döden och ja. Men kristendomens lösning på det är att lova att den inte är slut ändå. Alltså, vi lever i en kultur som helt sopar under mattan. Om man tittar på film och så där, så är det ju väldigt få representationer av någon som hanterar en sådan fråga på ett vettigt sätt eller på ett integrerat sätt, tänker jag. Att om man är rädd för döden, man är rädd för att dö. Den kan vara iscensatt som en skurk i sig” (IP 4).

Citatet belyser behovet av samhälleliga modeller för hur existentiella utmaningar kan bemötas. En central svårighet för att skapa legitimitet kring att prata om döden, är att den ofta uppfattas som meningslös i det samtida samhället, enligt informanter.

Abbott (1988, s. 75) beskriver att det biomedicinska perspektivet är rådande inom hälso- och sjukvården. Informanter inom somatisk vård beskriver att i den professionella hierarkin prioriteras yrkesgrupper med ansvar för kroppens överlevnad, vilket placerar kuratorer i en mer perifer och underordnad position. Denna hierarkiska struktur bidrar även till att reproducera ojämlika maktrelationer gentemot patienten, där patienten förväntas inordna sig i vårdens logik av turtagning, väntan och passiv mottagarroll som beskrivs i citatet nedan av en informant inom somatisk vård.

> “När man ser en kirurg, det finns ju en hierarki på sjukhus också och det handlar ju också om ett ansvarstagande gällande kroppen, att se till att den överlever. Och det ligger inte på kuratorn, men kuratorn har ju andra uppgifter då. Men men, det finns ju en ojämlikhet där. Ta en nummerlapp och sätt dig ner på stolen och vänta nu. Vänta på din tur. Och det finns någonting i det som gör att patientens egen aktivitet minskar” (IP 5).

Citatet beskriver hur hierarkiska strukturer med biomedicinskt fokus dominerar hälso- och sjukvården, vilket skiljer sig från kuratorns mellanmänskliga existentiella samtal. De

biomedicinska övertaget med sitt fackspråk visar på ett hierarkiskt övertag. När ärenden överlämnas från läkare eller sjuksköterskor till kuratorn används sällan begreppet existentiell hälsa explicit. Istället för fackspråk, beskrivs patientens situation genom vardagliga termer som riskerar att osynliggöra att kuratorn arbetar med de existentiella dimensionerna av lidande. Detta kan förminska erkännandet av kuratorns unika kompetens inom hälso- och sjukvårdens organisatoriska struktur. Det faktum att kuratorer möter regelbundet patienter vars behov uttrycks genom ångest, oro och självmordstankar, indikerar att existentiella frågor är en reell del, men existentiell hälsa inte uttrycks explicit av hälso- och sjukvårdsorganisationen. Citatet nedan beskriver hur det uppstår arbetsuppgifter att hantera rädslor för döden eller annan existentiell rädsla, men att andra professioner inte uttalar att kuratorn arbetar med existentiella frågor utan benämner det som oro och ångest, vilket gör att det låter som ett psykiatriskt fenomen.

> "Jag har inte varit med om att någon sjuksköterska eller läkare har benämnt behovet på det sättet. Och det kanske också är för att det inte är lika vedertaget eller utvecklat eller integrerat eller implementerat eller vad man vill. Men däremot att det finns ångest. Det finns oro. Det finns tankar om döden. Det finns självmordstankar. Det finns också en del i det här att personer som mår psykiskt extremt dåligt och kanske behöver kontakt med psykiatriakuten eller någonting också såklart. Men det finns ju de som har funderingar och som inte hamnar på akuten. Ja. Och då, då kommer det väl mer av samtalet. Det är min erfarenhet att det kommer upp mer i själva samtalet. Oro. Ångest i livet. Oro. Ångest just nu. Rädsla för vadå? Rädsla för döden. Rädsla för livet efter döden. Och att det är outhärdligt just nu med att ha fått sjukdomsbesked. Och det finns inget mer att göra och outhärdligt. Det känns lite akut kanske. Ja, och då av ett sådant samtal då med den patienten som befinner sig där" (IP 5).

Citatet kan tolkas som att det finns en underförstådd uppfattning om att kuratorn arbetar med existentiella frågor. Formellt omfattar kuratorns ansvarsområde främst socioekonomiska svårigheter, vilka remitteras till kuratorn inom ramen för den officiella jurisdiktionen (Abbott, 1988, s. 78). Abbott (1988, s. 60–61) beskriver att vid konkurrens om arbetsuppgifter kan en profession använda sin jurisdiktion för att tränga undan andra professioner. Citatet nedan illustrerar hur kuratorn behöver hålla sitt existentiella arbete i bakgrunden för att undvika att utmana de professioner som har jurisdiktion inom psykoterapi.

> “Jag tror att det är för nära angränsande till terapi också på något vis. Att det blir svårt att skilja ut vad som är vad, i och med att vi inte ska hålla på med terapi. Förstår du vad jag menar? Att det blir svårt av den anledningen kanske också. Och som profession så är jag inte säker på när jag säger att om det är vi så tala om det eller om existentiella frågor i största allmänhet. Ofta är det en undermedveten strömning. Det är klart vi gör det. Och det är klart att vi kommer att vara tvungna att göra det. Men om vi pratar om det så kanske man kommer att säga att vi inte bör. Så det håller sig lite i skymundan” (IP 4).

Citatet belyser en epistemologisk utmaning, vilket enligt Abbott (1988, s. 40) innebär att kunskap och perspektiv behöver göras explicita för att en profession ska få jurisdiktion för att kunna tolka och hantera ett problem. En informant inom somatisk vård framhåller att även om begreppet existentiell hälsa förekommer inom hens arbetsgrupp, utgör det en utmaning eftersom det redan finns en utbredd okunskap om kuratorns professionella uppdrag, då “det har alltid varit så med kuratorsyrket i sjukvården att det kan vara jävligt otydligt vad vi gör” (IP 7). Även Sernbo (2019, s.177) lyfter att kuratorsrollen är otydlig.

Informanter lyfter även att det är svårt för patienten att ibland föreställa sig att kuratorn kan hjälpa dem med deras dödsångest. “De kan inte ta bort den här smärtan och jag kommer dö ändå” (IP 3). Ett samtal som inte kan ta bort en smärta kan ibland ses som meningslöst för patienten. “Det är för smärtsamt att prata om detta, att jag ska dö ifrån mina barn och de kanske inte ens har börjat skolan.” (IP 3). Det kan därför vara viktigt att erkänna de utmaningar som uppstår när patienter förväntar sig att en sjukvårdsprofession ska kunna "lösa ett problem", och hur detta påverkar upplevelsen av mötets värde. När det inte finns en tydlig lösning kan patienten uppfatta att mötet saknar värde. Kontakten med kuratorn har emellertid ett annat värde än enbart problemlösning; det kan erbjuda kuratorns medvetna närvaro och möjlighet till att utveckla en existentiell förmåga att förhålla sig till livets ändlighet.

Det är samtidigt inte självklart att patienten initialt vänder sig till kuratorn för detta stöd, utan frågor om existentiell hälsa kan lika gärna kanaliseras genom närstående, religiösa företrädare eller andra stödjande personer i patientens liv enligt informanter. Detta understryker behovet av att kuratorn tydliggör sitt yrkesmässiga bidrag och skapar förutsättningar för att mötet får ett värde utöver problemlösning.

Kuratorns erkända psykosociala jurisdiktion skapar förutsättningar för att integrera arbete med existentiell hälsa.

Enligt Abbotts (1988, s. 59) jurisdiktionsteori kan ett tydligt erkänt samhälleligt behov skapa en möjlighet för en profession att utvidga sitt arbetsområde. När ett kunskapsfält får socialt erkännande och integreras i kulturella normer, öppnas möjligheten för att ett nytt yrkesfält etableras och får legitimitet inom samhället. Att existentiella svårigheter remitteras till kuratorn indikerar att kuratorns psykosociala arbetsfält ses som värdefullt inom organisationens ramar, och inom detta kan även existentiella perspektiv tillämpas. Citatet från en informant inom somatisk vård beskriver att det finns ett samhälleligt behov att inkludera existentiell hälsa och att det kan tillföra ett värde i ett sekulärt samhälle.

> "Men jag tror att det finns ett behov i vårt samhälle också på ett samhälleligt plan att inkludera det här med existentiell hälsa och att ta hänsyn till det behovet och se vad det kan tillföra. Jag tror det kan tillföra mycket också. Jag tänker att det kan saknas både i det svenska samhället och i andra samhällen. Och att det finns andra religioner där man lever på ett annat sätt än just i Sverige. Där man ju också naturligtvis har olika religioner såklart, men de är ändå mer präglade av den västerländska. Eller hur? Men att ge utrymme för behovet på olika sätt och att också att öppna för att det kan benämnas existentiell hälsa, men även att det kan öppna upp för att det kan vara och ger utrymme för olika varianter på temat" (IP 5).

Citatet kan tolkas som att det finns ett behov att utveckla ett professionellt och kontextspecifikt ramverk för hur existentiell hälsa förstås och praktiseras, även inom hälso- och sjukvårdens ramar. Genom att utveckla gemensamma riktlinjer och dokumentera vad som omfattas av deras uppdrag kan kuratorerna tolka vad existentiell hälsa innebär och hur de kan arbeta med området. Detta möjliggör etablering av en professionell jurisdiktion inom existentiell hälsa genom att tydliggöra deras specialistkompetens. Genom att betona kulturell och religiös mångfald kan kuratorer skapa en tydlig professionell nisch, med särskild kompetens att förstå hur individ, samhälle och livsdimensioner är sammanflätade, vilket gör dem väl lämpade att axla en existentiellt inriktad roll. En informant beskriver i citatet nedan, hur de arbetar med ett utvecklingsarbete i en kuratorsgrupp där de tydliggör att även

existentiell hälsa ingår i deras arbetsuppgifter, vilket illustreras i citatet nedan från en informant inom somatisk vård.

> "Om att man ska lämna över ett ärende, då pratar man om krisreaktion eller att man bara säger det. Att den här patienten har mycket tankar kring livet och döden eller vad som ska hända när han blir sjukare och inte kan göra det som man kunde göra innan. Alltså att man pratar om det i vanligt språk eller vad man ska säga. Ja. Ja, men jag tänker att mycket av det är ju existentiell hälsa. Ingår ju det på något sätt, bara det att man använder liksom inte det riktigt kanske till vardags mest. Arbetar nu med existentiell hälsa som en arbetsgrupp för att få några direktiv. Utan vi jobbar i kuratorsgruppen. Så har vi utvecklingsarbete nu som vi har hållit på med nu ett halvår så vi håller på och fortsätter med det, så är det en del av utvecklingsarbetet att vi ska definiera och få ner snyggt på print, vad vårt uppdrag är och vad som ingår i det. Alltså vad jobbar vi med? Och då har det kommit upp som en del av det vi jobbar med existentiell hälsa. Då har vi använt det som begrepp" (IP 7).

Citatet illustrerar hur kuratorerna inom somatisk vård i praktiken arbetar med existentiell hälsa, men de har ännu inte har en tydligt definierad professionell jurisdiktion. Däremot visar citatet att existentiell hälsa kan ingå i kuratorns psykosociala uppdrag. Enligt Abbott (1988, s. 35, 54-58) uppstår legitimitet och jurisdiktion inom ett yrkesfält när kunskap, definitioner av problem och arbetsuppgifter görs explicita och socialt erkända. I citatet framgår att kuratorerna informellt arbetar med existentiell hälsa, men att begreppet ännu inte är etablerat i vardagsspråket eller i organisationens strukturer. Abbott (1988, s. 35–36, 42) betonar att tolkningsprocesser av problem som kräver specialistkompetens är centrala för att en profession ska kunna etablera legitimitet. Genom att utveckla gemensamma direktiv och dokumentera vad som ingår i deras uppdrag, skapar kuratorerna en process av tolkningsarbete som kan bidra till att definiera och etablera deras jurisdiktion inom området existentiell hälsa. Detta är ett exempel på hur kuratorsprofessionen kan formas och stärka sin legitimitet genom att tydliggöra sin specialistkompetens och arbetsfält.

Enligt Abbott (1988, s. 66, 74) utgör kontrollen över remissvägar en maktfaktor inom sjukvården, som traditionellt styrs av läkare. När kuratorer får ärenden via dessa remissvägar stärks deras möjligheter att etablera jurisdiktion inom området existentiell hälsa. Informanterna beskriver remittering som en vanlig ingång till patientkontakt med kuratorer,

vilket speglar en tydlig organisatorisk förståelse av deras funktion. Abbott (1988, s. 66, 74, 91) menar att arbetsuppgifter ofta uppstår i tomrum, där ett problem inte ännu har hanterats av någon profession. I sådana situationer eftersöks en profession som kan lösa problemet. Informanterna berättar att dessa tomrum ofta uppstår när läkare saknar tid eller kompetens att hantera sociala och existentiella frågor, vilket leder till remittering till kuratorer. Patienter som inte är inskrivna kan även identifieras via **1177**, akuten eller vid telefonrådgivning med sjuksköterska. I situationer där patienter befinner sig i emotionellt svåra kriser framträder kuratorns roll som särskilt central och legitim inom vårdteamet. Värdet av kuratorns arbete med existentiella frågor värderas inom hälso- och sjukvårdens organisatoriska ramar, vilket tydligt illustreras i citaten från informanterna.

> "Läkare kan hamna i en situation när det blir mycket emotionellt. Till exempel om man driver kanske lite bort från det medicinska.Att det kan vara utmanande för dem att hantera och då och då ropar de gärna på oss. Så på så sätt kompletterar vi varandra" (IP 1).

Citatet kan förstås som ett exempel på arbetsfördelning, där läkare remitterar till kuratorer när situationen går bortom det medicinska och blir existentiellt komplex. Det visar att det är potentiellt möjligt med ett erkännande av kuratorns jurisdiktion inom existentiell hälsa och det illustrerar en pragmatisk, komplementär snarare än konkurrerande, relation mellan professionerna. När patienter uttrycker uttalade existentiella funderingar intar kuratorn en självklar och erkänd professionell roll i vårdteamet, vilket beskrivs i följande citat från en informant inom somatisk vård; "Jag tycker att det känns som att det är självklart från andras håll att det är mig de ringer. Det finns ju ingen psykolog där liksom" (IP 7). När patienten upplever att vården är sammanhållen och koordinerad underlättar det kuratorns arbete, vilket framhävs i citatet nedan från en informant inom palliativ vård.

> "Har vi ju sjuksköterskor dygnet runt och läkare dygnet runt och då kan man få mycket mer kvalitetstid även med de personalkategorier. Så det kan ju vara så att de tar mycket sådana samtal med dem också faktiskt i ett sånt här team. Då hela team. Där det finns ett helt team betyder så mycket för patienten att den har många olika. Det tänker jag också att man får ju en speciell allians" (IP 3)

Utifrån Abbotts (1988, s. 91-93) jurisdiktionsteori kan citatet tolkas som ett exempel på delad eller överlappande jurisdiktion inom ett tvärprofessionellt team, där olika professioner

formas i relation till varandra. Det tvärprofessionella samarbetet inom vårdteamet lyfts fram som en värdefull resurs för kuratorn, då det ger tillgång till viktig kunskap om smärthantering och en tydligare bild av den hjälp patienten kan erhålla, särskilt i livets slutskede. Sjöström (2013, s. 270) beskriver också hur kuratorer i Sverige eftersöker att vara i tvärprofessionella team för att hävda sin jurisdiktion. Abbott (1988, s. 91-93) beskriver att det är vanligt att professioner formas utifrån konkreta behov eller tomrum som behöver fyllas. Informanterna beskriver att det uppstår olika former av situationer där det blir naturligt att kuratorns expertis efterfrågas.

Informanterna beskriver att kuratorn har, särskilt inom palliativ vård, ett tillfredsställande handlingsutrymme kring existentiella samtal. Samtal med kurator kan anpassas efter patientens individuella behov och de frågor som denne önskar att ta upp. Det möjliggör att det finns utrymme för existentiella frågor, vilket beskrivs i citatet nedan från en informant inom palliativ vård.

> "Det (kuratorssamtalet) måste inte ha en tydlig rubrik eller ett tydligt problem, utan det kan bara vara så, men jag vill faktiskt bara testa bolla lite tankar med någon, och då har jag utrymme att att vara i det utan att jag ska ha någon specifik produkt att redovisa efteråt. Det kan vara väldigt konkret ändå. Det är inte bara flum eller bara ett samtal, det kan vara en behandling också. Men i det här sammanhanget tänker jag att det är en unik förmåga eller förutsättning för kuratorns arbete. Sen handlar det om en förmåga att kunna vara närvarande med patienten" (IP 2).

Citatet kan förstås utifrån teorin om hälsa som förmåga (Tengland, 2020, s. 26–27), där förmågor påverkas av både inre och yttre faktorer. Informanten beskriver den yttre faktorn i kuratorns arbete som mandatet att hantera ospecificerade, relationellt förankrade samtal som inte kräver mätbara resultat, medan den inre faktorn utgörs av kuratorns förmåga att vara närvarande med patienten på ett medvetet professionellt sätt. Tillsammans kan dessa förutsättningar stärka patienten vid existentiella utmaningar. Abbott (1988, s. 40–41) belyser att vården ofta domineras av biomedicinska perspektiv, och Bornemark (2020, s. 48–49, 133) framhåller att vården blivit alltmer manualstyrd med kvantitativa mål. Som informanterna beskriver sitt handlingsutrymme står det i stark kontrast till det biomedicinska och manualstyrda arbetet, och tillför värde inom hälso- och sjukvårdens organisatoriska ramar.

Diskussion

Detta diskussionsavsnitt är relativt omfattande, vilket motiveras av uppsatsens breda ingångar i ämnet, som sträcker sig från begreppsliga förklaringar till arbetsmetoder och jurisdiktionella frågor. Dessutom behandlas ett både kontroversiellt och sparsamt utforskat område, nämligen existentiell hälsa. Uppsatsen visar att begreppet existentiell hälsa inte är etablerad i kuratorernas egen vokabulär, även om det kan fungera som ett analytiskt redskap för att synliggöra och beskriva de hälsoområden kuratorer inom somatisk och palliativ vård faktiskt verkar inom. Även Nygaard et al., (2022, s. 2–16) studie visar att existentiell hälsa, även inom den akademiska världen, inte är ett allmänt vedertaget begrepp. Däremot har Folkhälsomyndigheten (2025) aktualiserat begreppet och därigenom bidragit till dess cirkulation i det svenska sammanhanget. Denna uppsats kan förstås som en pilotstudie som visar att existentiell hälsa förtjänar vidare utforskning. Diskussionen delas upp utifrån frågeställningarna och relateras till teori och framförallt tidigare forskning.

Hälso- och sjukvårdskuratorerna tolkning av begreppet existentiell hälsa i sin yrkespraktik inom somatisk och palliativ vård

Det första temat är “den immanenta existentiella hälsan i kuratorns yrkespraktik”, som indikerar att det existentiella utgör en immanent dimension i kuratorns yrkespraktik inom somatisk och palliativ vård. Den första kategorin i detta tema är; “den existentiella hälsan relaterar till sociala och fysiska utmaningar”, visar att existentiell hälsa inte endast påverkas av fysisk sjukdom utan även av betydande sociala konsekvenser, vilka ytterligare förstärks av socioekonomiska faktorer. Existentiell hälsa kan således inte betraktas som en isolerad kategori av hälsa, skild från andra hälsodimensioner, utan bör förstås som något immanent i hela människans livssituation och lidande. Denna uppsats visar att det existentiella inte är begränsat till palliativ vård utan även förekommer inom somatisk vård, vilket är i linje med Bäckersten et al., (2024, s. 1186–1188).

Det existentiella hälsan kan förstås som en relation till människans hela tillvaro, i linje med Heideggers begrepp Dasein eller ”varandet-i-världen”, som framhäver den situerade existensen och medvetenheten om livets ändlighet (Frankl, 1986, s. 11; Heidegger, 1992, s. 24-25). På liknande sätt beskriver Nygaard et al. (2022, s. 12) att det existentiella i vetenskapliga artiklar ofta knyts till just denna medvetenhet om människans konkreta villkor och även sociala begränsningar. Det visar att informanterna förmedlat en syn på begreppet

existentiell hälsa som ligger nära den akademiska världens användning av begreppet existentiell. Det existentiella relaterar inte till teoretiska förklaringsmodeller eller trossystem, utan beskrivs av informanterna snarare som en kontakt med själva existensen, där medvetenhet om livets villkor erfars på djupet. Detta ligger i linje med Binders (2022, s. 5) beskrivning av existentiell hälsa som ett varande i relation till alla de aspekter som utgör mänskligt liv, såsom meningslöshet och meningsfullhet, liv och död. Informanternas skildringar av sina möten med patienter framstår som ett utrymme där dessa olika delar av livet kan integreras. Denna uppsats visar att det existentiell hälsa gestaltas som en relation till hela livet, inklusive sociala relationer, vilket samstämmer med Nygaards et al. (2022, s. 7, 17, 21, 26, 34–36) analys av hur det existentiella gestaltas inom vetenskapliga artiklar i Skandinavien.

Den andra kategorin som exemplifierar hur begreppet existentiell hälsa tolkas i kuratorns yrkespraktik är "existentiell förmåga att vara medvetet närvarande inför livets ändlighet". Uppsatsen har inspirerats av Tengland (2020, s. 27) som lyfter fram att det är funktionellt att byta ut begreppet hälsa mot förmåga, för att bredda perspektivet och inkludera individens relation till det som finns utanför henne, istället för att se hälsa som något som enbart är inneboende inom människan. Inom somatisk och palliativ vård framstår döden som den mest grundläggande existentiella utmaningen. Bolmsjö (2019, s. 1311) beskriver döden som en ontologisk utmaning som påverkar patienternas förståelse av vad det innebära att leva och att öd. Att konfronteras med livets ändlighet kan upplevas som en akut och alarmerande erfarenhet, där förmågan att stanna kvar i denna insikt och acceptera dess innebörd återkommer som ett centralt tema i informanternas möten med patienter. Livets ändlighet kan förstås som ett immanent och oundvikligt villkor för människans existens, men när den aktualiseras genom sjukdom eller dödshot väcks ofta en vilja till mening. Denna vilja kan ta sig uttryck i en medveten livsföring, vilket är i linje med Frankl (1986, s. 16-17) som lyfter fram att hårda utmaningar kan väcka en vilja att leva ett meningsfullt liv i relation till andra människor och värderingar. Värdet av den existentiella förmåga att ta in dödens realitet, kan liknas vid Byung-Chul Han (2016, s. 33) som är professor i filosofi, syn att en existentiell kollaps kan öppna en möjlighet för människan att bli mer närvarande och öppen gentemot andra människor och livet i stort.

I intervjuerna framkommer att existentiell hälsa inte ses som mätbar på en dikotom skala, där hälsa ställs mot ohälsa. På liknande sätt kritiserar Sigurdson (2016, s. 13) praxis där

existentiell ohälsa definieras som en avvikelse från normalitet. Istället för att reducera människan till mekanistiska eller deterministiska modeller betonar Frankl (1986, s. 15, 25–26) vikten av att förstå individens egna erfarenheter. Informanterna beskriver existentiell hälsa snarare som en dynamisk existentiell förmåga som manifesteras i ett kontextuellt sammanhang, än ett statiskt tillstånd som kan mätas kvantitativt vid ett givet tillfälle, vilket överensstämmer med Rehnsfeldt och Arman (2012, s. 541), som också betonar att existentiell hälsa är en process. Tengland (2020, s. 26, 31) framhåller även att hälsa som förmåga bör förstås som något processuellt, som påverkas av och relaterar till både föränderliga inre och yttre faktorer.

Hälso- och sjukvårdskuratorers arbete med att främja existentiell hälsa och deras professionella förmågor

Det andra temat i denna uppsats är "fronesis som ett grundläggande professionellt förhållningssätt i kuratorns yrkespraktik", vilket relaterar till begreppet fronesis som Bornemark (2020, s. 50-51) tolkar som omdömesförmåga, det vill säga förmågan att fatta kloka och etiskt förankrade beslut i konkreta situationer, exempelvis inom vården. Informanterna beskriver att de har specifika förmågor som de använder i mötet för att hantera samtal om döden, och även andra studier visar att i mötet med svårt sjuka eller döende patienter krävs särskilda förmågor (Bolmsjö et al., 2019, s. 1311; Bäckersten et al., 2024, s. 1186–1188).

Den första kategorin inom detta tema är "medveten närvaro utifrån ett icke-vetande". Kuratorn använder i mötet med patienten sin närvaro på ett medvetet sätt, vilket inte enbart innebär ett passivt "bara vara", utan en medveten användning av sina sinnesintryck, erfarenheter, kunskap och känslor, i linje med Bornemark (2020, s. 51). Icke-vetande ska här inte förstås som en form av total tabula rasa, där kuratorn är nollställd, utan snarare som en ödmjuk medvetenhet om att fullständig kunskap om patientens livssituation och existentiella upplevelser inte är möjlig. Icke-vetande betraktas alltså inte som en brist, utan som en medvetenhet om begränsningar, som möjliggör en lyhörd och ödmjuk medveten närvaro i mötet, där kuratorns omdöme styr valet av det mest stödjande och meningsfulla för patienten i den konkreta situationen. I kuratorns arbete med existentiell hälsa blir omdömet en kärnkompetens, verksamt i gränslandet mellan den kunskap kuratorn besitter och det

icke-vetande, som Bornemark (2020, s. 25, 30) beskriver som en förundran inför det mystiska och det ännu outsagda i människans tillvaro.

Även andra studier lyfter fram vikten att vara närvarande på ett medvetet sätt i mötet med en patient som konfronteras med sin dödlighet. Strang et al., (2014, s. 564–567) beskriver vikten att vara aktivt närvarande med öppenhet för signaler som är icke-verbala. Även Chan et al., (2015, s. 104–105) studie beskriver att en central förmåga är att kunna vara närvarande och öppen inför patientens upplevelser. Informanterna lyfter fram sin medvetna närvaro som ett arbetsredskap i en situation där de inte kan presentera färdiga lösningar. Även Voetmann et al., (2022, s. 3–5) framhåller vikten av att "bara vara", att finnas fysiskt närvarande, men betonar, likt informanterna, att detta också innebär att lyssna in patientens icke-verbala kommunikation och vara närvarande i situationen. Även Bäckersten et al., (2024, s. 1186–1188) lyfter fram den icke-verbala kommunikationens betydelse. Icke-vetande handlar således inte om passivitet, utan om aktiv närvaro och öppenhet i mötet med patientens existentiella erfarenheter.

Informanterna betoning av vikten av att vara medvetet närvarande i mötet med patienten, kan liknas vid Bernler och Johnssons (2001, s. 131, 137) beskrivning av närvaron som kärnan i det existentiella arbetet, där "jaget" och "du:et" tillsammans formar ett "vi". I detta perspektiv framträder kuratorn inte enbart som professionell aktör, utan som medvandrare i patientens existentiella process, med medveten närvaro som centralt verktyg. Det existentiella beskrivs av informanterna som allmänmänskligt, och Karlsson et al. (2016, s. 164–165) understryker vikten att den professionella ser sig själv som medmänniska, med vetskap om att även hen själv en dag kommer att möta döden. Samtalet blir därmed inte en dualistisk process, där kuratorn agerar på patienten som objekt, utan en ömsesidig rörelse där kuratorn själv vågar integrera existentiella frågor. Temiz (2025, s. 130) beskriver socialt existentiellt arbete, där mötet präglas av "öppenhet, äkthet och spontanitet" snarare än standardiserade metoder. Denna öppenhet kan förstås som en praktisk form av icke-vetande, där kuratorn erkänner sina begränsningar samtidigt som hen med medveten närvaro stödjer patienten på ett meningsfullt sätt.

Den andra kategorin inom temat "fronesis som ett grundläggande professionellt förhållningssätt i kuratorns yrkespraktik" är "intuitivt utforskande". Informanterna använder ofta begreppet intuition för att beskriva hur de utforskar patientens mående och livssituation.

Intuitionen fungerar här som ett redskap för att uppfatta subtila nyanser i patientens känslor, kroppsspråk och uttryck, samtidigt som den bidrar till förståelsen av patientens konkreta sociala situation. Tengland (2020, s. 29–30) framhåller förnimmelseförmågan som en fysisk kapacitet att uppfatta världen genom sina sinnen. Kanske förnimmelseförmågan är ett annat ord för den intuition som informanterna beskriver, som är en inre faktor för en god mänsklig omdömesförmåga.

Intuitionen som informanterna beskriver framstår som en form av respektfull lyhördhet som guidar dem i sitt utforskande kring patientens situation. Ordet intuition, som informanterna använder, avser inte spontana idéer utan kan tolkas som en komplex, tyst "black box" där sinnesintryck, känslor, erfarenhet och teoretisk kunskap samverkar i situationsbundna beslut. Det intuitiva utforskandet kan förstås som en "hemlig algoritm", inte som ett tekniskt system, utan som en omdömesförmåga som inte kan kodas eller mekaniskt kopieras. Denna uppsats har därmed inte löst gåtan med hur exakt kuratorer använder sin omdömesförmåga, men att de har en komplex väv av tentakler och en förmåga att förstå rytmen i ett samtal. Sinnesintrycken såsom hörsel, syn och känsel spelar en roll, eftersom de kan ge signaler som inte alltid uttrycks i ord. I mötet med patienten blir också känslorna viktiga, då de fungerar som tentakler som hjälper informanterna att uppfatta stämningar och behov. Samtidigt tar informanterna stöd i sina egna erfarenheter, både från arbetslivet och det privata livet. I det intuitiva utforskandet använder informanterna även sin teoretiska kunskap om lagstiftning och de insatser som finns i samhället. Bornemark (2020, s. 51) beskriver denna sammansmältning av sinnesintryck, känslor, erfarenhet och kunskap som den omdömesförmåga Aristoteles kallade fronesis. Kvale & Brinkmann (2014 s. 115, 180) relaterar begreppet fronesis som en intuitiv förmåga, och denna uppsats visar att intuition är en viktig del av omdömesförmågan. Även Assing Hvidt et al. (2016, s. 388–390) studie lyfter fram intuition som viktigt i patientmöten där existentiella frågor berörs. Frankl (1986, s. 25-26) kopplar även viljan till mening till en intuitiv förmåga. Vidare studier kring intuitivt utforskande skulle kunna genomföras för att fördjupa förståelsen av hur ett djupare patientmöte, för att belysa ett arbetssätt där sinnesintryck, känslor, tidigare erfarenheter och teoretisk kunskap integreras i den professionella yrkespraktiken. Vilket är i linje Bornemarks (2020, s. 48-49, 133) kritik av den manualstyrda vården, och hennes uppmaning att lyfta fram den professionella omdömesförmågan.

Hälso- och sjukvårdskuratorers utmaningar och möjligheter att arbeta med existentiell hälsa, och hur dessa relaterar till professionens jurisdiktion och upplevda värde inom hälso- och sjukvårdens organisatoriska ramar.

Det tredje temat i denna uppsats är "kuratorns jurisdiktionella utmaningar och möjligheter i arbetet med existentiell hälsa", som visar att det finns utmaningarna och möjligheter som relaterar till kuratorns jurisdiktion inom psykosocialt arbete. Det finns ett upplevt värde av informanternas arbete med existentiell hälsa inom hälso- och sjukvårdens organisatoriska ramar, vilket ses som en klar möjlighet att arbeta med existentiell hälsa.

Däremot visar den första kategorin "brist på samhälleligt erkännande av existentiell hälsa" att det inte är inom organisationen i den konkreta yrkespraktien som erkännandet behöver komma utan ifrån att det behövs ett samhälleligt erkännande. Abbott (1988, s. 58, 78) belyser att det behövs ett erkänt samhälleligt värde för att en profession ska kunna etablera sig. Informanterna framhåller att på samhällsnivå värderas inte de existentiella perspektivens betydelse inom hälso- och sjukvården, där biomedicinska värderingar dominerar. Abbott (1988, s. 40–41) lyfter att det biomedicinska perspektivets dominans underminerar existentiella perspektiv i vården. Det finns inga tydliga riktlinjer hur det existentiella ska vara integrerat inom kuratorns yrkespraktik, och enligt Socialstyrelsen (2014, s. 23) är existentiell hälsa inte en särskild arbetsuppgift, men att det existentiella perspektivet ska ändå finnas med. Informanterna lyfter även att existentiell hälsa inte nämnvärt ingår i deras socionomutbildning och det blir upp till dem själva att bli kompetenta inom området.

Precis som Lundbergs et al., (2025, s. 2342–2351) lyfter informanterna svårigheter med att kuratorer ska prata om andligt och religiöst inom vården. I ett sekulärt sammanhang blir detta mindre självklart (Melder, 2011, s. 23). Medan rollen som religiös vägledare, exempelvis sjukhuskyrkan, är erkänd i samhället, är rollen som existentiell vägledare inom vården mer diffus, vilket skapar enligt informanterna osäkerhet kring dess innehåll och gränser. Det gör att deras roll inom existentiell hälsa inte explicit värderas högt i samhället, även om det gör det implicit inom hälso- och sjukvårdens organisatoriska ramar.

Den andra kategorin är *"*kuratorns erkända psykosociala jurisdiktion skapar förutsättningar för att integrera arbete med existentiell hälsa". Abbott (1988, s. 40–41) beskriver hur professioner ofta konkurrerar om samma arbetsuppgifter, vilket ibland kan innebära att en

profession tränger undan en annan. När det gäller kuratorers arbete med existentiell hälsa framträder däremot en särskild möjlighet, eftersom arbetsuppgifterna har vuxit fram ur patienternas faktiska behov. Dessa uppgifter kan, enligt informanterna, enkelt integreras i kuratorns redan etablerade psykosociala arbete, där de har en tydlig jurisdiktion. Informanterna framhåller att även läkare och sjuksköterskor erkänner värdet av kuratorns kompetens i att hantera existentiellt laddade frågor. Abbott (1988, s. 66, 74) betonar remitteringens betydelse för att en profession ska kunna arbeta inom ett område, och att läkare har makt över remitteringar. Assing Hvidt et al. (2016, s. 388–390) studie visar att läkare ofta remitterar patienter med existentiella behov till andra professioner, något som denna uppsats också påvisar. Det framstår därför inte som att kuratorer behöver konkurrera med andra professioner om uppgifterna, utan snarare att deras specialistkompetens möter ett efterfrågat behov inom vården och som värderas inom organisationens ramar.

Vad är det som gör att patienter remitteras till just kuratorer, då flera studier beskriver hur utmanande det är för vårdpersonal att möta döende människor. Egen sårbarhet kan vara en akilleshäl när den professionella måste konfronteras med sitt eget förhållningssätt till döden (Karlsson, 2016, s. 164–165; Chan et al., , 2015, s. 104–105; Chan et al.,, 2016, s. 35–36). Informanterna i denna studie ger uttryck för en trygghet i sitt förhållningssätt till döden och det är något som de “lärt sig själva”. Informanterna i just denna uppsats beskriver att de genom erfarenhet har landat i en inställning till livet och döden som gör att de kan vara stadiga när patientens meningsstrukturer rasar. De uttrycker att de klarar av balansera mellan att vara medmännisk och se sin egen sårbarhet och dödlighet, samtidigt förhålla sig till patienten på ett professionellt sätt, något som kan tolkas som det som Chan et al. (2016, s. 35–36) beskriver som existentiell copingförmåga.

Enligt Abbott (1988, s. 79) vilar en profession på både teoretisk och praktisk kompetens. Chan och Tin (2012, s. 903–906) utvecklar detta synsätt genom att lyfta fram självkompetens som en tredje och lika viktig dimension. Med självkompetens avses självmedvetenhet, mognad samt förmåga till emotionell och existentiell coping som faktorer som skapar en professionell förmåga att kunna använda sin egen person som redskap i mötet med patienter. En möjlig riktning för framtida forskning är därför att undersöka hur självkompetens relaterar till omdömesförmågan och hur det tar ett konkret uttryck i kuratorns yrkespraktik.

Slutligen kan kuratorns yrkespraktik inom existentiell hälsa ses som ett sätt att möta människans villkor med dess komplexitet, utan att döma eller patologisera. Genom att öppet prata om sjukdom, lidande och den oundvikliga döden som delar av livet, bekräftas människans sårbarhet och samtidigt möjliggörs en djupare förståelse för vad det innebär att vara människa.

Referenser

Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labour.* The University of Chicago press.

Akademikerförbundet SSR. (2020). *Policy för kuratorer i hälso- och sjukvård.* Hämtad 23 juli 2025 från https://akademssr.se/sites/default/files/files/Policy%20f%C3%B6r%20kuratorer%20i%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rd.pdf

Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur

Assing Hvidt, E., Søndergaard, J., Ammentorp, J., Bjerrum, L., Hansen, D. G., Olesen, F., Pedersen, S. S., Timm, H., Timmermann, C., & Hvidt, N. C. (2016). The existential dimension in general practice: Identifying understandings and experiences of general practitioners in Denmark. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 34*(4), 385–393. https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1249064

Benkel, I., Molander, U., Wijk, H. (2024). *Palliativ vård ur ett tvärprofessionellt perspektiv.* Liber.

Bernler, G., Johnsson, L. (2001). *Teori för psykosocialt arbete.* Natur och kultur

Binder, P.-E., & Hjeltnes, A. (2021). Mindfulness in psychotherapy and society—The need for combining enthusiasm and critical inquiry. *Counselling and Psychotherapy Research, 21*(2), 247–250. https://doi.org/10.1002/capr.12384

Binder, P.-E. (2022). Suffering a healthy life—On the existential dimension of health. *Frontiers in Psychology,* 13, Article 803792. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.803792 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35153958/

Bolmsjö, I., Tengland, P.-A., & Rämgård, M. (2019). Existential loneliness: An attempt at an analysis of the concept and the phenomenon. *Nursing Ethics*, 26(5), 1310-1325. https://doi.org/10.1177/0969733017748480

Bornemark, J. (2018). *Det omätbaras renässans: En uppgörelse med pedanternas världsherravälde.* Volante.

Brülde, B. (2012a). Kapitel 2: Livsmeningsfrågorna och vad man bör tänka på när man försöker besvara dem. I F. Radovic (Red.), *Livets mening* (s. 27–45). Studentlitteratur.

Brülde, B. (2012b). Kapitel 3: Innehållsteorier – tanken att ett liv är meningsfullt i kraft av sitt innehåll. I F. Radovic (Red.), *Livets mening* (s. 49–74). Studentlitteratur.

Brülde, B. (2012c). Kapitel 4: Centrala livsmål, större sammanhang och rätt förhållningssätt. I F. Radovic (Red.), *Livets mening* (s. 77–97). Studentlitteratur.

Brülde, B., Tengland P-A. (2003) *Hälsa och sjukdom - en begreppslig utredning.* Studentlitteratur.

Bryman, A., Clark, T., Foster, L., & Sloan, L. (2025). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber. (4:e uppl.)

Bäckersten, C., Molander, U., Benkel, I., & Nyblom, S. (2024). "What it is like to be human": The existential dimension of care as perceived by professionals caring for people approaching death. *Palliative & Supportive Care, 22*(5), 1185–1190. https://doi.org/10.1017/S1478951523001554

Chan, W. C., & Tin, A. F. (2012). Beyond Knowledge and Skills: Self-Competence in Working With Death, Dying, and Bereavement. *Death Studies*, *36*(10), 899–913. https://doi.org/10.1080/07481187.2011.604465

Chan, W. C. H., Tin, A. F., & Wong, K. L. Y. (2015). Coping with existential and emotional challenges: Development and validation of the Self-Competence in Death Work Scale. *Journal of Pain and Symptom Management,* 50(1), 99–107. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.012

Chan, W. C. H., Fong, A., Wong, K. L. Y., Tse, D. M. W., Lau, K. S., & Chan, L. N. (2016). Impact of death work on self: Existential and emotional challenges and coping of palliative care professionals. *Health & Social Work, 41*(1), 33–41. https://doi.org/10.1093/hsw/hlv077

DeMarinis, V. (2003). *Pastoral care, existential health, and existential epidemiology: A Swedish postmodern case study.* Verbum.

Existentiell hälsa – en bortglömd determinant? (2023). *Socialmedicinsk tidskrift, 100*(1). Specialnummer. https://publicera.kb.se/smt/issue/view/2314

Folkhälsomyndigheten. (2024a). *Kartläggning av definitioner och förståelse av existentiell hälsa utifrån litteraturen.* Hämtad 18 februari 2025 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/55af604778d84b459080a29ee6f7226e/kartlaggning-definitioner-forstaelse-existentiell-halsa-utifran-litteraturen.pdf

Folkhälsomyndigheten (2025). *Existentiell hälsa och folkhälsa, Slutredovisning – förslag för fortsatt arbete.* Hämtad 1 juli 2025 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/70eadb5fde8e4c7ba1cc4efadb50af9f/existentiell-halsa-folkhalsa-slutredovisning.pdf

Frankl, V. (1986). *Viljan till mening: Logoterapins grunder och tillämpning.* Natur & Kultur.

Föreningen för socionomer i palliativ vård (2015). *Kvalitetskriterier.* https://fsip.se/kvalitetskriterier

Gadamer, H.-G. (1996). *The enigma of health: The art of healing in a scientific age* (J. Gaiger & N. Walker, Trans.). Cambridge/Malden, MA: Polity Press.

Graneheim, U H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105 – 112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Graneheim, Lindgren & Lundman (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today, 56, 29-34.*
DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.002

Grung, H. A. (2022). *Complexities of spiritual care in plural societies: An introduction. In Complexities of spiritual care in plural societies: Existential public health and existential care in secular and interfaith contexts (Chapter 1)*. De Gruyter.

Han, B.-C. (2016). *The burnout society.* Stanford briefs.

Heidegger, M (1992) *Varat och tiden 1*. Daidalos.

Hermerén, G. (2017). *God forskningssed.* Stockholm: Vetenskapsrådet.
https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Karlsson, M., Kasén, A., & Wärnå-Furu, C. (2017). Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care. *Palliative & Supportive Care, 15*(2), 158–167. doi:10.1017/S1478951516000468

Krippendorf, K. (2019). *Content Analysis. An Introduction to Its Methodology.* Sage publications.

Kvale, S., Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Studentlitteratur.

Lundberg, E., Ozanne, A., Dellenborg, L., Öhlén, J., & Enstedt, D. (2025). Navigating complexity: Spiritual care discourses among Swedish palliative care professionals. *Journal of Religion and Health, 64*, 2337–2361. https://doi.org/10.1007/s10943-024-02106-4

Mattson, T. (2017). *Kunskap och lärande i socialt arbete.* Gleerups.

Melder, C. (2011). *Vilsenhetens epidemiologi: En religionspsykologisk studie i existentiell hälsa* (Acta Universitatis Upsaliensis. Psychologia et sociologia religionum, Nr. 25). Uppsala Universitet.

Nygaard, M. R., Austad, A., Sørensen, T., Synnes, O., & McSherry, W. (2022). 'Existential' in Scandinavian Healthcare Journals: An Analysis of the Concept and Implications for Future Research. *Religions*, *13*(10), 979. https://doi.org/10.3390/rel13100979

Nussbaum, M. (2011). *Creating capabilities: The human development approach.* Belknap Press of Harvard University Press.

Radovic, F. (2012). Religionen, naturvetenskapen och livets mening. I F. Radovic (Red.), *Livets mening* (s. 99–150). Studentlitteratur.

Regeringen. (2018). *Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer* (Ds 2018:38). https://www.regeringen.se/contentassets/f784bfd4934d482a9d28f740da08708c/legitimation-for-halso--och-sjukvardskuratorer.pdf

Regeringen, Socialdepartementet. (2024). *Regeringsbeslut 2024-04-18: Uppdrag till Folkhälsomyndigheten att genomföra insatser för att utveckla arbetet med existentiell hälsa inom ramen för den nationella folkhälsopolitiken.* Folkhälsomyndigheten. Hämtad 17 februari 2025 från https://www.regeringen.se/contentassets/a424c50e4b6b4cce8e4c9c88f512b96e/uppdrag-till-folkhalsomyndigheten-att-genomfora-insatser-for-att-utveckla-arbetet-med-existentiell-halsa-inom-ramen-for-den-nationella-folkhalsopolitiken.pdf

Regeringskansliet (2024). *Uppdrag för att utveckla arbetet med existentiell hälsa i folkhälsopolitiken*. Socialdepartementet. Hämtad 19 februari 2025 från https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/04/uppdrag-for-att-utveckla-arbetet-med-existentiell-halsa-i-folkhalsopolitiken/

Rehnsfeldt, A., & Arman, M. (2012). Significance of close relationships after the tsunami disaster in connection with existential health: A qualitative interpretive study. *Scandinavian*

Journal of Caring Sciences, 26(3), 537–544.
https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00962.x

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology,* 52, 141–166.
https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141

Sandegärd, M., & Udo, C. (2023). Existentiella samtal inom hälso- och sjukvård: Kuratorers erfarenheter av samtal om döden. *Socialmedicinsk Tidskrift,* 100(1).
https://doi.org/10.62607/smt.v100i1.22273

Sen, A. (1999). *Development as Freedom.* Oxford: Oxford University Press.

Sernbo, E. (2019). *Med avstegen som arbetsplats: En etnografisk studie av hälso- och sjukvårdskuratorns arbete* (Doktorsavhandling, Göteborgs universitet). Göteborgs universitet.

Sigurdson, O. (2016). Existential health: Philosophical and historical perspectives. In M. Demker, Y. Leffler, & O. Sigurdson (Eds.), *Health and well-being in today's Scandinavia* (LIR Journal, 6[16], pp. 1–17).
https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/82372/3570-8720-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sigurdsson, O. (2014) *Kultur och hälsa. Ett vidgat perspektiv.* Göteborgs universitet.

Sjöström, M. (2013). *To blend in or stand out. Hospital Social workers jurisdictional work in Sweden and Germany.* University of Gothenburg. Dept of social work.

Socialstyrelsen. (2014). *Legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård* (Artikelnummer 2014-4-21).
https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/legitimation-for-kuratorer-inom-halso--och-sjukvard-2014-4-21/

Stiwne, D. (2023). Existentiell hälsa – Dilemman och möjligheter. *Socialmedicinsk Tidskrift,* 100(1), 64–71. DOI: https://doi.org/10.62607/smt.v100i1.22264

Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death: Nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology, 23*(5), 562–568. https://doi.org/10.1002/pon.3456

Sundström, M. (2020) *Existentiell ensamhet hos sköra äldre personer: Vårdpersonals och volontärers behov av stöd.* (Doktorsavhandling). Malmö universitet, Fakulteten för hälsa och samhälle. https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1404255&dswid=4564

Svenaeus, F. (2019). A defense of the phenomenological account of health and illness. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine,* 44(4), 459–478. DOI: 10.1093/jmp/jhz013

Temiz, R. (2025). Existential social work in coping with death and grief. *Clinical Social Work Journal, 53*(2), 129–139. Springer US. https://doi.org/10.1007/s10615-024-00922-5

Tengland, P.A., 2020. Health and capabilities: a conceptual clarification. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23, pp.25–33. https://doi.org/10.1007/s11019-019-09902-w

Voetmann, S. S., Hvidt, N. C., & Viftrup, D. T. (2022). Verbalizing spiritual needs in palliative care: A qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices. *BMC Palliative Care, 21*(1), 3. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00886-0

World Health Organization (WHO) (2025). *Constitution*. Hämtad 20 september 2025 från https://www.who.int/about/governance/constitution

World Health Organization. (2012). *WHOQOL-SRPB field-test instrument: WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) field-test instrument: The WHOQOL-100 questions plus 32 SRPB questions (2012 revision).* World Health Organization. Hämtad 21 februari 2025 från https://iris.who.int/handle/10665/77777

Bilaga 1, Informationsbrev

Magisteruppsats om hälso- och sjukvårdskuratorers arbete med existentiell hälsa.

Jag är socionom och student på Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet på Göteborgs universitet och har sedan tidigare en filosofie masterexamen i hälsa och livsstil. Inom ramen för min magisteruppsats avser jag att undersöka hälso- och sjukvårdskuratorers arbete med existentiell hälsa och/eller existentiell vård. Studien syftar till att belysa kuratorers professionella roll i att identifiera, bemöta och integrera existentiella aspekter i vårdkontexten, samt att utforska hur detta arbete förhåller sig till den bredare hälso- och sjukvårdspraktiken.

Syfte och Bakgrund

Regeringen har nyligen gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att kartlägga innebörden av existentiell hälsa samt identifiera de aktörer som arbetar inom detta område. Detta uppdrag tydliggör vikten av att genomföra empiriska studier som även belyser hälso- och sjukvårdskuratorers specifika kompetens och professionella kunskap inom existentiell hälsa och existentiell vård.

Syftet med min studie är att undersöka hur hälso- och sjukvårdskuratorer identifierar, bemöter och integrerar existentiella aspekter i sitt arbete samt hur detta arbete förhåller sig till den bredare hälso- och sjukvårdspraktiken. Genom att belysa kuratorers erfarenheter och perspektiv avser studien att bidra till en ökad förståelse av professionens roll inom existentiell vård samt dess betydelse i det tvärprofessionella samarbetet.

Hur går studien till?

Intervjun beräknas ha en tidsomfattning på cirka 45–60 minuter. För att säkerställa en noggrann och tillförlitlig analys kommer intervjun att spelas in och därefter transkriberas i sin helhet. Det transkriberade materialet kommer att utgöra underlag för en kvalitativ innehållsanalys med en abduktiv ansats, där syftet är att systematiskt och metodiskt bearbeta de insikter och erfarenheter som ni som informanter delger.

Hantering av data och sekretess

Alla dina svar från intervjun kommer att behandlas konfidentiellt och i enlighet med gällande dataskyddslagstiftning. Dina uppgifter kommer att hanteras på ett sätt som säkerställer skydd mot obehörig åtkomst och obehörig spridning. Inga personuppgifter eller identifierande uppgifter kommer att förekomma i dokumentationen, och all data kommer att anonymiseras. De insamlade uppgifterna kommer att analyseras på gruppnivå inom ramen för en vetenskaplig studie och användas uteslutande för kvalitativ innehållsanalys. Det kommer således inte vara möjligt att koppla enskilda svar till dig som individ.

Frivillighet

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt, och du har när som helst rätt att avbryta ditt deltagande utan att ange någon orsak. Ett eventuellt avbrytande kommer inte att medföra några negativa konsekvenser, och redan insamlade uppgifter kan på begäran raderas i enlighet med gällande dataskyddslagstiftning.

Jag ser fram emot möjligheten att ta del av era erfarenheter och insikter, och jag hoppas att ni vill medverka i denna studie för att bidra till en fördjupad förståelse av existentiell hälsa inom hälso- och sjukvårdens kontext.

Ni är välkomna att kontakta mig via e-post eller mobiltelefon

Varmaste hälsningar Annelie Apeloig

Bilaga 2 Intervjuguide

Bakgrund:

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att utreda begreppet existentiell hälsa samt identifiera aktörer som arbetar med existentiella frågor i Sverige. (Känner du till det?)

Syftet med denna intervju är att undersöka kuratorers arbete med existentiell hälsa inom somatisk och palliativ vård.

Del 1 Kuratorns profession inom hälso- och sjukvårdskontexten.

1. Professionell bakgrund (kort)

- Hur länge har du arbetat som kurator inom hälso- och sjukvården?
- Är du legitimerad hälso- och sjukvårdskurator?
- Vilken patientgrupp arbetar du med inom somatisk vård?
- Arbetar du aktivt med att *främja* existentiell hälsa och/eller ger du existentiell vård genom att exempelvis *stödja* patienter vid existentiella svårigheter och utmaningar? (Hälsofrämjande eller vårdande)

2. Identifiering av behov

- Hur definierar du existentiell hälsa eller existentiell vård?
- När och hur identifierar du att en patient är i behov av existentiell vård?
- Vad är det som utlöser ett behov av existentiell vård?
- Är det patienten själv som uttrycker behovet, eller kommer hänvisningar från andra professioner (exempelvis läkare, sjuksköterskor eller sjukhuskyrkan)?

4. Relation till psykosocialt arbete

- Hur integreras existentiell hälsa i ditt psykosociala arbete?
- Vilken roll spelar existentiella frågor i den helhetsbedömning du gör av patientens situation?
- Hur ser du på sambandet mellan patientens psykosociala resurser och deras förmåga att arbeta med existentiella utmaningar?

5. Professionell gränsdragning och specifika kompetenser

- Hur skiljer sig den existentiella vård du ger från andra professioners insatser, exempelvis läkare, sjuksköterskor och sjukhuskyrkan?
- Vilka unika förmågor bidrar du som kurator med existentiell hälsa?

Del 2 Kuratorns professionella förmågor

1. Vilka specifika samtalsmetoder eller interventioner stärker din förmåga att arbeta med existentiell hälsa?
2. Hur anpassar du ditt arbetssätt beroende på patientens individuella behov och förmågor?
3. Hur hanterar du situationer där en patient saknar förmåga att verbalisera sina existentiella svårigheter?
4. Vilka strategier använder du för att skapa en relation där existentiella frågor kan utforskas?
5. Hur stärker du patientens egen förmåga att hantera existentiella svårigheter?
6. Vilka förmågor är viktiga att utveckla för att kunna främja existentiell hälsa eller ge existentiell vård.

Slutfråga:

7. Hur tänker du att kuratorns förmåga att arbeta med existentiella utmaningar kan stärkas genom utbildning?