



S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykioterapeutprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Vårterminen 2016

Det otydliga uppdraget

The unclear assignment

Fem själavårdare beskriver uppdraget att erbjuda samtal.

Five church counselors describe the mission to offer discourse-therapy.

Författare:

Johanna Olander

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Teoretisk bakgrund	1
2.1	Existentiell dimension i hälsa och ohälsa	1
2.2	Psykisk ohälsa	2
2.3	Hälsa och mellanområdet	3
2.4	Religiositet, andlighet och anknytning	3
2.5	Psykoterapi	4
2.5.1	Ramar för samtal	4
2.6	Självvård	5
2.7	Skillnaden mellan psykoterapi och självvård	5
2.7.1	Utbildning	6
2.7.2	Absolut tystnadsplikt	7
3	Tidigare forskning	7
3.1	Empiriska vetenskapliga studier	8
4	Frågeställningar	10
5	Metod	10
5.1	Undersökningsdeltagare	10
5.2	Datainsamlingsmetod	10
5.2.1	Validitet och reliabilitet	11
5.2.2	Trovärdighet i kvalitativ studie	12
5.3	Bearbetningsmetod	12
5.4	Genomförande	13
6	Forskningsetiska frågeställningar	13
7	Resultat	14
7.1	Uppdrag samtal	14
7.1.1	Uppdragets idé	14
7.1.2	Förhållningssätt	15
7.1.3	Komplement	15
7.2	Varför starta en samtalsmottagning?	15

7.2.1	Tillgänglighet	15
7.2.2	Organisatorisk bas	15
7.3	Varför söker man samtal?	16
7.3.1	Inre motiv	16
7.3.1.1	<i>Relationer, skuld och skam</i>	16
7.3.1.2	<i>Upplevd samhällsstress</i>	16
7.3.1.3	<i>Existentiella frågor</i>	16
7.3.2	Yttre motiv	17
7.3.2.1	<i>Ökad tolerans/öppenhet</i>	17
7.3.2.2	<i>Ekonomisk möjlighet</i>	17
7.3.2.3	<i>Rekommendation/hänvisning</i>	17
7.4	Samtalets natur	18
7.4.1	Vad betyder själavård?	18
7.4.2	Samtalet utifrån ett själavårdsperspektiv	18
7.4.3	Samtalet utifrån ett psykoterapeutiskt perspektiv	18
7.4.4	Ramar	19
7.5	Kompetens	19
7.5.1	Grundlämplighet, fortbildning och handledning	20
7.5.2	Kompetens för att lotsa vidare	20
7.6	Identitet och gränser	21
8	Diskussion	22
8.1	Metoddiskussion	22
8.2	Resultatdiskussion	23
8.2.1	Sammanfattning av huvuddragen i resultatet	23
8.2.2	Diskussion	23
8.2.3	Forskningsprojekt	25
	Referensförteckning	26
	Bilaga 1	
	Bilaga 2	

Sammanfattning

Inledning: Den psykiska ohälsan rapporteras öka och debatten tilltar vad gäller bristande resurser. En oreglerad sektor står fri att erbjuda sina tjänster. Svenska kyrkan är *en* aktör och kyrkan har en lång tradition av att erbjuda samtal. Verkligheten utmanar och den ökade psykiska ohälsan ställer eventuellt nya krav på kompetens.

Frågeställningar: Hur beskriver intervjupersonerna uppdraget att erbjuda samtal? Hur beskriver intervjupersonerna varför konfidenten söker samtal? Hur upplever de sin kompetens och sitt utbildningsbehov?

Metod: Data har samlats in, i hermeneutisk anda och med en induktiv ansats, genom kvalitativa djupintervjuer. Materialet har bearbetats i en innehållsanalys.

Resultat: Resultatet visar att uppdraget att erbjuda samtal å ena sidan är något självklart, men å andra sidan otydligt. Begreppet själavård och dess innebörd går det att tänka olika kring och störst samstämmighet råder om vad det är man *inte* erbjuder, nämligen psykoterapi. Samtalsmottagningen fungerar som ett sätt att tydliggöra vad det är man kan, och vad man inte kan, erbjuda. Resultatet pekar på att relationer och måendet i vardagen är det man främst söker för. Samt att såväl inre motiv (upplevd samhällsstress, existentiella frågor) som yttre motiv (öppenhet i samhället, kostnadsfria samtal, blivit rekommenderad) påverkar. Uppdraget framträder oklart och resonemang om kompetens och utbildning likaså. Sammantaget visar studien att frågor som rör identitet, det unika i det man erbjuder förblir oklart, samt att gränser av olika slag, som vilken kompetens som är lämplig, frågor om ramar och handledning, lämnas till det enskilda sammanhanget att ta ställning till.

Nyckelord: själavård, psykoterapi, psykisk ohälsa

Summary/abstract

Introduction: Mental illness is recognized to be increasing, and the debate is growing in terms of lack of resources. An unregulated sector is free to offer their services. The Swedish church is an unregulated authority and the church has a long tradition of offering discourses. The reality is challenging and the increased mental illness puts potential new requirements on competence.

Questions: How do the interviewees describe the mission to offer discourses? How do the interviewees describe why the patients ask for discourses? How do they experience their skills and training needs?

Methodology: Collection of data through qualitative depth-interviews with a hermeneutical and inductive approach. The material has been processed in a content analysis.

Result: The result illustrates that the mission to offer discourses is on one hand obvious, but on the other hand indistinct. The concept of church counseling and its content allow differentiations in mindset, and consensus is primarily existing in regards of what is not offered, namely psychotherapy.

The discourse-therapy helps to clarify what church counseling can offer and what cannot be offered. The result indicate that relationships and the everyday well-being are the main-topics in the discourses. In addition inner motives (e.g. perceived everyday stress and existential questions) and external motives (e.g. openness in society, free calls, have been recommended) also influence why patients look for discourse therapy. The counseling task seems unclear as well as the reasoning regarding competence and further training. Overall, the study shows that questions regarding identity – the uniqueness in what is offered in church counseling remains unclear, and that various limitations and level of suitable competence for discourse-therapy is handed over to the individual context to decide on.

Keywords: counseling, psychotherapy, mental illness

1. Inledning

Psykisk ohälsa är ett stort och växande folkhälsoproblem såväl nationellt som internationellt. Uppgifter från Socialstyrelsen visar att psykisk ohälsa är den största diagnosgruppen och att 20% av befolkningen, i arbetsför ålder, drabbas någon gång. Psykiska sjukdomar omfattar, enligt Socialstyrelsens årliga lägesrapport, närmare 40% av de totala sjukförsäkringskostnaderna (Socialstyrelsen, 2015). I Sverige är patientsäkerheten skyddad i lagen. Legitimerad vårdpersonal är ålagd att följa de riktlinjer och skyldigheter som föreligger. I takt med att den psykiska ohälsan rapporteras öka tilltar debatten gällande bristande resurser, och vad det innebär att det idag finns en oreglerad sektor som står fri att erbjuda sina tjänster. Personer utan utbildning kan ta sig an individer med diagnostiserad psykisk sjukdom och i princip erbjuda vilken behandlingsmetod som helst (Nordgren et al., 2015). När behoven ökar, och samhällets resurser inte täcker upp, öppnar det för andra aktörer. Svenska kyrkan är en aktör som märkt av en ökad efterfrågan på samtal. Runt om i landet har församlingar och pastorat inom Svenska kyrkan startat samtalsmottagningar. Kyrkans själavårdstradition är lång och uppdraget att möta människor är en självklar del av verksamheten. Men själavårdaren möter idag en verklighet som utmanar. Den psykiska ohälsan är stor och ställer nya krav på kompetens. Det är av vikt att undersöka hur de som är verksamma på samtalsmottagningar inom Svenska kyrkan beskriver och resonerar kring sin upplevelse av samtal. Syftet med studien är att undersöka hur verksamma själavårdare på fem samtalsmottagningar inom Svenska kyrkan, med koppling till församling eller pastorat, beskriver varför man startat en samtalsmottagning, men också hur de resonerar kring uppdraget, konfidentens problematik och frågor som rör kompetens.

2. Teoretisk bakgrund

2.1. Existentiell dimension i hälsa och ohälsa

Hälsa enligt World health organisation (WHO, 1948) definieras: "Health is a stage of complete physical, mental och social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". Melder (2014) beskriver hur man historiskt sett på hälsa och sjukdom. Författaren redogör för hur utvecklingen gått i tre steg. Från 1800-talet var västvärldens hälsovård inriktad på att bota och bekämpa infektions- och bristsjukdomar. Förbättrad hygien och vikten av näringsrik kost var bland annat i fokus. Under 1900-talets andra hälft var arbetet inriktat på vällevnadssjukdomar. Fokus flyttades från förebyggande hälsovård till att nu vara sjukvård. Idag ser vi hur en mer komplex bild framträder i det som kallas "tredje folkhälsorevolutionen". Idag hittar vi orsakerna till sjukdomar bland annat i vår tids socio-kulturella samhällskontext och i samlevnads- och relationsfaktorer. I WHO:s hälsodefinition finns den

existentiella hälsodimensionen inbegripen och avser harmoni, känsla av livsmening och en förundran inför tillvaron. Melder förtydligar att WHO använder begreppet andlig hälsa (spiritual health) och att det i detta även rymmer en tolkning av personlig tro som ”kan utgå från en politisk, etisk, religiös eller vetenskaplig grund, men som också kan vara grundad i en personlig uppfattning” (s. 38). Melder (2011) lyfter fram att den existentiella hälsodimensionens betydelse allt oftare uppmärksammas i vetenskapliga studier. DeMarinis (2008) studie bekräftar stark relation och koppling mellan den existentiella/andliga dimensionens effekt på själv-skattad hälsa- och livskvalitet. Trots att positiva effekter på hälsa och välbefinnande går att slå fast, kan det konstateras, menar Melder (2011), att den existentiella hälsodimensionen trots allt inte fått genomslag varken i politiken eller i praktiskt hälso- och sjukvårdsarbete. Vader (2006) slår fast att när den andliga dimensionen ignoreras berövas individer och grupper möjligheten till förbättrad hälsa. Vader går så långt som att betona att vi aldrig kommer att komma till rätta med psykisk, fysisk och social ohälsa så länge den existentiella dimensionen ignoreras.

2.2. Psykisk ohälsa

Johannisson (2009) har undersökt begreppet melankoli. Det som förr ingick i det normala livets skiftningar har idag fått diagnostiska namn och bedöms och behandlas som ”sjukt” eller ”onormalt”. Folkhälsomyndigheten (2016) skriver att psykisk hälsa och ohälsa är svårt att definiera, men också svårt att mäta. Genom enkäter försöker Folkhälsomyndigheten fånga in: ångest, oro, ångslan, huvudvärk, trötthet, sömnbesvär, stress, nedsatt psykiskt välbefinnande, självmordstankar och självmordsförsök. Socialstyrelsen (2013) i sin tur menar att psykisk ohälsa bör ses som ett övergripande begrepp som också används olika för olika sammanhang. Det kan innebära allvarliga tillstånd som till exempel psykos, personlighetsstörning och depression. Det kan också vara att uppleva nedstämdhet, oro, stress och ångest. Val av behandling vid psykisk ohälsa varierar därför. Allmänna rekommendationer, som terapeutisk behandling och/eller medicinering, följer nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. I en underlagsrapport från Socialstyrelsen kan vi läsa ”Det kan inkludera allt från självrapporterade besvär av oro eller nedstämdhet, som är mer eller mindre plågsamma, till psykiska sjukdomar som schizofreni eller depression. Lindrigare psykiska besvär stör visserligen välbefinnandet och kan innebära påfrestningar när det gäller att klara vardagen, men behöver inte betyda att individen är psykiskt sjuk och behöver behandling. ... Psykisk ohälsa kan alltså betyda både lindriga psykiska besvär och mer allvarligare former av psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning” (s. 8).

2.3. Hälsa och mellanområdet

Centralt för Winnicott (1971) var mellanområdets betydelse, en plats för upplevelse och vila. Där ska barnets inre psykiska verklighet samsas med den yttre. En värld som skapas genom lek. Till sin hjälp tar barnet övergångsobjekt och på så sätt utvecklas förmågan att hitta system för att förhålla sig till omvärlden. Med tiden förlorar objekten sin laddning och läggs åt sidan. Lekvärlden och leken menar Winnicott (1964) utvecklas allttjämt och fylls med kultur, konst och religion. Lekens betydelse var självklar för Winnicott. Winnicott (1971) ser leken som en universell företeelse och något han tänker hör direkt ihop med hälsa. Psykoterapi, menar han därför, äger rum i det område där två lekområden möts. Det vill säga psykoterapeutens och patientens. Wikström (1999) tar upp Winnicotts *transitional space* (övergångsområde) som det område där den vuxne drömmer, upplever skönlitteratur, konst, teater, leker, spelar, men också upplever till exempel högmässor och en liturgi. Wikström menar att människan är disponerad att söka existentiella tolkningsramar. Symboler och riter hjälper människan att vara i kontakt med sitt inre. Genom dessa kan människan få fatt på, och hantera, bearbeta existentiella problem. Religionen får funktion genom att svara på meningsfrågor, erbjuda ram för tolkning, ge trygghet, tröst och känsla av sammanhang.

2.4. Religiositet, andlighet och anknytning

I Sverige lyfts det från och till fram hur den institutionaliserade religionen är på tillbakagång. Istället för att se detta som att andlighet och religion har övergetts menar flera att frågorna flyttat ut från kyrkan och hem till oss själva (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2009). Författarna visar på att individuella skillnader i religiositet hänger ihop med individuella skillnader i anknytningsmönster. Att se religiositet utifrån ett anknytningsperspektiv bygger på tankegångar om Gud som en anknytningsperson och individers upplevda relation med denne, som en anknytningslik relation. Författarna tar upp att en av de mest undersökta frågorna inom religionspsykologin är vilka egenskaper den troende tillskriver Gud. Broberg et al. skriver att majoriteten beskriver en Gud som är ”tröstande”, ”stödande”, ”beskyddande”, ”omhändertagande” och ”stark”. Egenskaper som samstämmer med idén om en ”lyhörd omvårdare”. Självklart finns avvikelser och omnämningen som ”nyckfull”, ”hämdgirig” och ”bestraffande” i resultatet. Författarna redogör vidare för hur otrygga respektive trygga anknytningsmönster påverkar utvecklingen av andlighet och religiositet. Utifrån författarnas (Broberg et al.) resonemang kan vi notera hur individer med erfarenhet av bristande lyhördhet, och som utvecklat otrygga anknytningsmönster, också har en religiositet som främst syftar till att reglera anknytningsrelaterad stress. Deras religiositet

tenderar att variera över tid och samstämmer ofta med parallella livsomständigheter. Det vill säga, gudsrelationen blir viktigare och mer angelägen vid till exempel kriser och minskar i perioder av lugn. Personer med otrygga anknytningsmönster söker sig lättare till nyandlighet och har ”en benägenhet att vara lättsuggerade” (s. 352). För dem som däremot utvecklat trygga anknytningsmönster finns oftare erfarenhet av lyhörd omvårdnad och en gudsrelation som beskrivs med termer som inom anknytningsteorin betecknas som trygga attribut. Man menar därför att otrygga anknytningsmönster *kan* öka sårbarheten för ohälsa och vara en riskfaktor, medan trygga anknytningsmönster kan fungera som skyddande faktorer.

2.5. Psykoterapi

I psykoterapi är fokus förändring. Arbetet, mellan psykoterapeut och patient, präglas av ett gemensamt utforskande, en nyfikenhet på det inre livets krafter och hur detta påverkar tankar, känslor och relationer till andra (Sigrell, 2000). Patienten söker förstå hur olika krafter fungerar i samspel, i kamp eller i konflikt med varandra. Målet i psykoterapi är en förändrad självbild, minskad ångest och ökad jagstyrka. Som redskap använder psykoterapeuten processer där tolkning av motstånd, överföring och motöverföring är centrala (Wikström, 1999). I det psykoterapeutiska arbetet söker psykoterapeuten efter hur man kan förstå patientens lidande. Förståelsehorisonten är *intern* i den bemärkelsen att målet är att se den mening som patienten själv hittar i den egna privata upplevelsevärlden (Wikström, 1994). Existensiella och religiösa frågor är, enligt Wikström, förbisedda inom psykoterapi och psykologi. Även i kurslitteratur för blivande sjuksköterskor, läkare och socialarbetare lyser existentiella och religiösa teman med sin frånvaro, noterar författaren. Wikström lyfter fram vikten av att frågor som rör mening, godhet, ondska, tro, Gud eller slump, inte reduceras ner till processer, sociala eller emotionella, som enbart ska förstås som intrapsykiska.

2.5.1 Ramar för samtal

Freud (2002) använde inte begreppet ram. I Freuds resonemang betonas vikten av att vara i ”jämnt svävande uppmärksamhet” (s. 141) och att hänge sig till sitt ”omedvetna minne” (s. 142). Tekniken som Freud beskriver har inte det fokus på ramar som senare psykoterapeutiska teoretiker och kliniker kommer att ha. Istället kunde Freud lyfta olika regler som var att betrakta som rekommendationer. En som utvecklat rambegreppet är Langs (1998). Langs var övertygad om ramens betydelse och menade att människan är omgiven av olika ramar, gränser, regler och avgränsningar. Ramar är något vi behöver förhålla oss till och något vi utvecklas i och av. Genom en uppsättning grundregler menar Langs att ”det viktiga” inte nödvändigtvis är själva materialet i timmen utan det omedvetna som visar sig i rambrott av olika slag. Langs berör det

mesta kring en psykoterapitimme. Hans tankegångar är klassiska och listan både lång och överskådlig. Bland annat problematiserar Langs betydelsen av att det i väntrummet inte ska finnas något att läsa. Synliga böcker, intyg eller liknande avslöjar för mycket om psykoterapeuten. I Langs beskrivning av ramar finns även hur patient och psykoterapeut gör upp kring tystnadsplikt och hur patienten förväntas arbeta under timmen, till exempel vikten av fria associationer.

2.6. Själavård

I uppsatsen används ordet *själavård*, det vill säga ett enskilt samtal mellan konfident och själavårdare. Ordet *konfident* används för samtal inom kyrkan och ordet *patient* när det gäller psykoterapi. Wikström (1999) beskriver själavård som något som "...innebär att utifrån den kristna kyrkans tro och verklighetsuppfattning genom det enskilda samtalet stödja människans psykiska och andliga utveckling" (s. 175). Okkenhaug (2002) redogör för tre riktningar inom själavården. Den första är den *kerygmatiskt orienterade*, det vill säga att uppgiften för själavårdaren är att förmedla Guds ord till den enskilde (kerygma betyder budskap). Den andra riktningen benämns som den *konfidentcentrerade* själavården. Den har hävdade att den kerygmatiske själavården står i vägen för konfidentens verklighet och vill istället betona vikten av detta samt de frågor som hen tar upp. Samtalet blir själavårdande för att själavårdaren är troende. Okkenhaug beskriver även en tredje riktning, den *kyrkligt orienterade tros- och livsvägledningen*. Här menar författaren att man kan se en mellanväg där metoden bygger på att ge vägledning både i livet och i tron. Den senare riktningen knyter själavården närmre den kristna gemenskapen och är något som fler och fler framhåller som centralt och betydelsefullt. Själavården hör därför hemma i ett kyrkligt sammanhang och själavårdaren kan, enligt Okkenhaug, inte bedriva privat verksamhet då hen "till sitt väsen är en del av den kristna gemenskapen" (s. 35). Wikström (1999) menar att även om erfarenheter av ångest, omedvetna konflikter och psykisk sjukdom kan förekomma i själavård så hör den, i klassisk tradition, inte främst ihop med detta. I själavården blir fokus att få kriser, existentiella bekymmer och dilemman belysta och tolkade utifrån en religiös uppfattning av verkligheten. Själavård är därför "den process under vilken en kristen verklighetsuppfattning byggs upp och blir personligt relevant, särskilt i relation till de existentiella livsfrågorna" (s. 195).

2.7. Skillnaden mellan psykoterapi och själavård

Ett försök att ringa in vad själavård är kan vara att se till samtalets innehåll, syfte och sammanhanget i vilket samtalet sker, samt med vem konfidenten talar (Wiedel, 2003). Innehållet, i ett själavårdssamtal, har en riktning (ett syfte)

genom att berättelsen som konfidenten kommer med fogas samman med den teologiska, kosmiska berättelsen. Teologin är förståelsehorisont till skillnad från psykoterapin där den dynamiska psykologin ligger till grund för förståelsen. Mening i det psykoteraeutiska samtalet skapas ur den egna livslinjen, inte i ljuset av en ideologi. Syftet i psykoterapi är inre- och mellanmänniska, känslomässiga, mer eller mindre omedvetna konflikter. Själavårdens och teologins syfte (och intresse) är inte frågor som hur man kan förstå en människa, eller hur vi ska förstå en psykisk störning. Teologin svarar på vad det är att vara människa och andra mer meningsskapande frågor (Wikström, 1999). Själavård, menar Wikström, är "...en yrkesmässig specialisering, förankrad i teologisk "teori" och i andlig erfarenhet, på samma sätt som psykoterapi är en professionell behandlingsform grundad i psykologisk teori och psykoteraeutisk erfarenhet" (s.177-178).

Psykoteraeutisk behandling är reglerad. Både behandlare och patient skyddas av regler gällande utbildningskrav, praktik, handledning, egenterapi och legitimering. Då psykoterapi är att betrakta som en behandlingsform är målet bot eller förbättring. Visserligen något man också inom själavården kan se och hoppas på, men till detta finns i själavården ett direkt antagande om en gudomlig realitet och dess betydelse för förändring och förbättring (Wikström, 1999). Okkenhaug (2002) beskriver att i terapi behöver resurserna komma inifrån patienten själv och från relationen mellan patient och psykoteraeut. I själavården menar Okkenhaug att själasörjaren istället kliver åt sidan så att ett möte kan uppstå mellan konfidenten och Gud. Wikström (1999) skriver hur själavården har en institutionell koppling till kyrkan, till församlingen och till en gemenskap. Själavården hör ihop med en ideologi, ett normsystem. Själavårdaren är beroende av bilder, metaforer och berättelser till skillnad från psykoteraeuten där det inte är brukligt att använda symboler eller liknande. Psykoteraeuten representerar bara sig själv.

2.7.1 Utbildning

För att bli diakon krävs en högskoleexamen där huvudområdet finns inom antingen vård-, omvårdnad- eller hälsovetenskap, psykologi/socialpsykologi eller annan yrkesutbildning eller program, som till exempel socionom. För att bli präst krävs magisterexamen i teologi eller religionsvetenskap. För samtliga 13 stift i Svenska kyrkan finns krav på att den sökande gått i enskilda samtal (20 timmar). I Göteborgs stift betonas minst 20 samtal i själavård, det vill säga inte psykoterapi. För både präst och diakon krävs att hen är antagen av ett stift och går igenom en antagningskonferens. Antagningskonferenserna kan se olika ut i stiftet, men ses som en lämplighetsprövning. Det är också en möjlighet för den sökande att pröva sin kallelse. Konferensen innehåller övningar och tester såväl i grupp som enskilt. Beslut föregås av enskilda samtal kring tro, kyrka

och teologi. I några stift ingår att den sökande träffar en psykolog eller psykoterapeut. Genom vigningen har präst och diakon ett särskilt uppdrag vad gäller enskilda samtal. I utbildningen ingår kurser i till exempel själavård och samtalsmetodik. Det är därefter upp till arbetsgivaren att bedöma relevant fortbildning i förhållande till den tjänst hen har. Det finns inga formella krav vad gäller handledning, möjligen lokala rekommendationer. Präst och diakon står under domkapitlets tillsyn. Därigenom finns möjlighet att pröva den själavård som bedrivs, och om något kan ha skett som inte skulle vara förenligt med vigningslöftena. Diakon och präst, med enskild själavård i tjänsten, lyder inte under de lagar och regler som gäller för vårdgivare och vårdtagare. Präst och diakon har till exempel ingen dokumentationsskyldighet (G. Carlsson, personlig kommunikation, 26/2 2016). För att bli legitimerad psykoterapeut krävs en psykoterapeutexamen. Den är en yrkesexamen och en påbyggnad på ett grundyrke. På Ersta Sköndal högskolas webbplats kan vi läsa att behörig, för psykoterapeutprogrammet, är psykologer, läkare med specialist kompetens i psykiatri, socionomer samt den med annan motsvarande examen enligt utbildningsanordnarens bedömning (<http://www.esh.se/utbildning/utbildningar/2014-08-26-psykoterapeutprogram-inriktning-psykodynamisk-individualpsykoterapi-vuxna.html>). En legitimerad psykoterapeut som bedriver psykoterapeutisk samtalsbehandling är, enligt Patientsäkerhetslagen (1 kap 4§ pl), hälso- och sjukvårdspersonal. Oberoende av var verksamheten bedrivs finns regler och skyldigheter för vårdgivaren. Det gäller bland annat regler för journal- och dokumentation och frågor som rör tystnadsplikten. Om psykoterapeutisk samtalsbehandling, bedrivs i kyrkan av legitimerad psykoterapeut, så har kyrkan en skyldighet att se till att de regler som gäller vårdgivare, definierade i Patientsäkerhetslagens (1 kap 3§), följs. Så länge samtal bedrivs av enbart präster och diakoner faller regleringen bort. (L. Wendel, personlig kommunikation, 26/2 2015).

2.7.2 Absolut tystnadsplikt

I kyrkoordningen (31 kap. 9§) står det: ”Den som är eller har varit behörig att utöva uppdraget som präst har tystnadsplikt i fråga om uppgifter som han eller hon därvid har fått veta under bikt eller enskild själavård”. Endast präster har absolut tystnadsplikt vilket innebär att de inte får höras som vittne om något hen erfarit under enskild själavård eller under bikt. (Rättegångsbalken 36 kap. 5 §).

3. Tidigare forskning

Sökning har gjorts via PsycINFO. Liknande studier i svensk kontext hittades inte, men genom olika kombinationer av sökord som ”Religious Organizations”, ”Faith Based Organizations”, ”Religion”, ”Pastoral Counseling”, ”Psychotherapy” framträdde ett 70 tal artiklar. Trots att forskning

med självklar koppling till föreliggande studie inte hittades finns intressanta aspekter värda att i korthet redovisa.

3.1. Empiriska vetenskapliga studier

Borgenback (2006) har i en kvalitativ studie undersökt skillnader mellan kristen själavård och psykoterapi, samt hur dessa tar sig uttryck i praktiken enligt verksamma själavårdare (inom Svenska kyrkan) och verksamma psykoterapeuter (inom kommun och landsting). Borgenback har genom åtta djupintervjuer undersökt om ökat samarbete är önskvärt och i så fall vilka vägar som är möjliga att gå. Studien avser att se till riskerna med att själavården alltmer börjar likna psykoterapi. Resultatet visar att de intervjuade anser att själavården och psykoterapin kan berika varandra. Detta främst inom kris- och katastrof, sorg, andliga- och existentiella frågor.

Levallius (2006) har i en fallstudie belyst vilka erfarenheter som patienter, terapeuter och läkare har av samtalsbehandling inom primärvården. Data har samlats in genom fyra informationskällor: Registerdata (omfattade 352 patienter), enkät (145 av 261 svarade), intervju med sex terapeuter och fem läkare. Författaren pekar på svårigheterna att upptäcka psykiska besvär och psykosocial problematik, samt att bedöma symptom av psykisk karaktär. Författaren ser brister i kompetens och på olika behandlingsalternativ. Studien visar att patienterna förbättrats signifikant under behandlingens gång. Läkare och terapeuter upplever tillfredsställelse genom att kunna erbjuda en behandling som fångar upp en patientgrupp som mår tillräckligt dåligt för att behöva vård, men inte är kvalificerad för specialistpsykiatri. Studien visar på brister när det gäller psykosocial kompetens och samarbete mellan olika kompetenser.

Leavey (2008) har använt grounded theory som forskningsmetod och analyserat 32 djupintervjuer. Samtliga med hemvist i London, England. Fokus var att undersöka på vilket sätt religiösa ledare tar sig an själavård och hur de ser på sin roll. Leavey lyfter bland annat fram att det finns en allmän uppfattning om att samarbete med religiösa ledare är ”bra”, men att lite forskning finns på området. Trots lång erfarenhet av att möta psykisk ohälsa i sina församlingar finns misstänksamhet från vårdens håll inför samarbete. Studien indikerar att en utveckling mot mer samarbete mellan vård och trossamfund troligtvis kommer att vara både komplext och osäkert. Studien är att betrakta som ett försök att skissa på den komplexitet som föreligger.

Wood (2011) ansats är att religiösa ledare över hela världen står i frontlinjen när det gäller att möta psykisk ohälsa. Woods lyfter fram att personer med psykisk ohälsa, som söker upp en präst, ofta gör det *innan* de söker

professionell hjälp. Trots sekularisering som, till exempel lågt antal kyrkobesök, så är gemene man positivt inställd till att söka hjälp via kyrkan. Få studier är dock gjorda med fokus på prästernas attityder och erfarenhet i mötet med psykisk ohälsa. Studien är en kvalitativ studie där fokus var fördjupad förståelse av erfarenheter och attityder. Data samlades in genom frågeformulär. Totalt tillfrågades 182 stycken. I resultatet framträder att man möter teman som smärtsamma förluster, relationsbekymmer, ångest, depression och troskriser. Slutsatserna bekräftade bland annat ansatsen, men även att många präster hänvisar vidare. Även om hänvisning ofta övervägs finns flera svar som indikerar att den som söker inte alltid uppskattar, och till och med ber om, att inte bli hänvisad vidare. I resultatet framträder dåliga erfarenheter vad gäller samarbete med vården. Det kan till exempel gälla bristen på förståelse för hur andliga frågor kan påverka, men också det faktum att många som arbetar med psykisk hälsa eller ohälsa har bristande utbildning kring frågorna.

Buhrkall (2012) har i en kvantitativ studie, med 22 deltagare, gjort en undersökning som syftar till att se om samtalsstödet som erbjuds via *SamtalsAkuten* (ett samarbete mellan Landstinget Värmland, Svenska kyrkan och kommunerna Karlstad, Kil, Forshaga och Hammarö) har haft effekt för dem som söker. Resultatet visar att samtalen är effektiva och att det skett en signifikant förbättring.

Francois (2012) har genom en kvalitativ deskriptiv studie valt att utforska hur beredskapen ser ut för religiösa och andliga frågor hos fem erfarna legitimerade psykoterapeuter. Resultatet visar att egen bearbetning av existentiella och andliga frågor påverkar hur lyhörd man som psykoterapeut blir i det egna kliniska arbetet. Studien visar på vikten av livsåskådningsperspektiv i utbildningen till psykoterapeut.

Bornsheuer, Henriksen & Irby (2012) har i en kvalitativ studie, med en fenomenologisk ansats, intervjuat församlingsmedlemmar i fyra protestantiska kyrkor i USA. Studiens syfte var att förstå medlemmarnas uppfattning om kyrkans omsorg när det gäller mental hälsa, samt hur man uppfattar hur tillgängligt detta är. I resultatet framkom vikten av konfidentialitet och svårigheterna som det kan innebära att vara själavårdare för det egna sammanhanget. Resultatet visar också på betydelsen av att inte bara visa omsorg för den andliga hälsan, utan också en önskan om att kyrkan visar omsorg för den mentala hälsan. Behovet av att integrera religiös praktik och professionell själavård framträdde. I detta fanns också vikten av att veta vad man kan göra. I resultatet fanns uppfattningar som berörde det tabu som kan föreligga då präst/pastor behöver hjälp med egen mental ohälsa. För präst/

pastor som själv kämpar med ångest, depression och känslomässiga frågor, upplevs inget bra system finnas till hands.

4. Frågeställningar

Hur beskriver intervjupersonerna uppdraget att erbjuda samtal?

Hur beskriver intervjupersonerna varför konfidenten söker samtal?

Hur upplever de sin kompetens och sitt fortbildningsbehov?

5. Metod

5.1. Undersökningsdeltagare

Fem diakoner intervjuades. Fyra var kvinnor och en man, i åldrarna 40-60 år. Ett inkluderingskriterium var att de hade sin verksamhet på samtalsmottagningar tillhörande Svenska kyrkan. Deltagarna tillfrågades via mail. Samtliga svarade ja på frågan om deltagande. Grundutbildningarna hos intervjupersonerna är teol. kand, fritidsledare, arbetsterapeut och socionom. Vidareutbildning som framkommit är kurser i psykologi, samtalsmetodik, fortbildning i enskilda samtal under fyra terminer, suicid prevention, utbildning i kris, olika fortbildningar med fokus på barn och/eller familj, kurser via Rädda barnen och grundkurs i krisberedskap. En deltagare går steg 1, psykodynamisk inriktning och en har avslutat steg 1 (samma inriktning). En deltagare är legitimerad psykoterapeut. Vid en rundringning, till Svenska kyrkans samtliga 13 stiftskanslin, formulerades önskemål om kontaktuppgifter till den som bäst kunde svara på ”Hur ser det ut med samtalsmottagningar kopplade till församlingar/pastorat” i just det aktuella stiftet. Samtliga stiftskanslier tillhandahöll kontaktuppgifter, dock fanns en osäkerhet på flera håll, om vem som var mest lämplig att kontakta. Det fanns initialt från forskaren en önskan att kartlägga hur det ser ut i landet när det gäller samtalsmottagningar med koppling till församlingar eller pastorat, en överblick som visade sig vara omöjlig att få till. Genom en bred sökning på Google, där sökord var ”kyrkans samtalsmottagning” eller ”samtalsakut” kunde sammanhang på närmare geografiskt håll ringas in. Undersökningsdeltagarna är ett resultat av dels rundringningen till stiftet och de tips som följdes upp, dels av sökningen på internet.

5.2. Datainsamlingsmetod

Studien är en kvalitativ intervjustudie där tolkning och analys genomförts utifrån en hermeneutisk syn på vetenskap. Det finns en induktiv ansats då fokus är upplevelsen och tankarna bakom det för studien uttalade fenomenet. Metoden syftar *inte* till att mäta eller se generella tendenser utan att genom en trovärdig beskrivning nå en djupare förståelse (Kristensson, 2014). Genom

metodvalet söker föreliggande studie få fatt på intervjupersonens upplevelser, tankar och erfarenheter. I den hermeneutiska processen är forskarens bidrag och roll central. Genom dennes förståelse tolkas materialet och ny förståelse, kunskap skapas. I all tolkning finns forskarens föreställningar, fördomar, bilder och förväntningar (Kristensson, 2014). Allwood och Erikson (2010) nämner Hans-George Gadamer (1900-2002) som betonade att all kunskap beror på tolkning. Forskarens förståelse är summan av erfarenheter, ett resultat av det samhälle och den kultur vi lever i. Gadamer's inställning till sina studieobjekt präglades av förhållningssättet: av att vara öppen, lära av den andre och inte misstänkliggöra eller ifrågasätta. Ett förhållningssätt som finns med i framtagandet av dels enkät (bilaga 2) och dels frågeguide (bilaga 1). Utifrån tanken om ett öppet och explorativt samtal blev frågeguiden halvstrukturerad. Frågeguiden inleddes med ”varför och vad” frågor som därefter följdes upp med ”hur” (Kvale & Brinkmann, 2014). Frågorna fokuserade på att få fatt på tankar och resonemang och utrymme fanns till följdfrågor där intervjupersonen ombads utveckla och fördjupa. Frågeguiden utformades med intentionen att ge plats för det deskriptiva. Ämnesområden som skulle täckas av var motiv och process för att starta en samtalsmottagning, intervjupersonens erfarenheter kring människors upplevelse att söka hjälp, vad man söker för och varför man söker sig till samtalsmottagningen. Övriga ämnen var det svåraste i arbetet, hur man ser på uppdraget att erbjuda enskilda samtal, om och hur sammanhanget man representerar påverkar, tankar kring psykoterapi och själavård samt egna erfarenheter av att gå i samtal. Följdfrågor, som användes för att få tag på spontana beskrivningar, kunde vara ”vad hände och hur gick det till, vad upplevde du då”? Det fanns möjlighet för intervjupersonen att i slutet av intervjun lägga till eller lyfta något som hen ville få med.

5.2.1 Validitet och reliabilitet

Studien syftar till att få fatt på data som inte går att generalisera, standardisera eller mäta (Kristensson, 2014). För få undersökningsdeltagare gör studiens resultat mindre generaliserbart. För många undersökningsdeltagare kan göra materialet svårtolkat och ökar inte nödvändigtvis studiens vetenskaplighet (Kvale & Brinkmann, 2014). God validitet, att studien mäter det som ska mätas, eftersträvas genom att studiens syfte är i fokus vid såväl framtagandet av frågeguide som hur intervjuerna genomförs. Vid en semistrukturerad kvalitativ intervju är följdfrågor en självklar del av samtalet. Reliabiliteten, studiens tillförlitlighet, stärks bland annat genom att ingen känd koppling mellan intervjuare och intervjuperson föreligger. Likaså att de olika sammanhangens medverkan förblir konfidentiellt. Reliabiliteten stärks genom en öppen och förutsättningslös sökning av undersökningsdeltagare samt att frågan om deltagande ställdes på samma sätt till de berörda. God reliabilitet

eftersträvas genom att varje intervju, så långt det är möjligt, genomförs på samma sätt. Detta genom att samtliga får samma frågor, dock blir följdfrågorna olika. Det kan vara av betydelse att intervjupersonerna är med och bestämmer val av dag, tid samt var man ses. Tillförlitligheten anses god då antalet intervjupersoner bedömts som tillräckligt (Kvale & Brinkmann, 2014). I föreliggande studie var uppsatsens syfte i fokus vid såväl framtagandet av frågeguide som under intervjuerna. Ingen känd koppling fanns mellan intervjupersonerna och deras medverkan har hanterats konfidentiellt. Vid fråga om deltagande ställdes samma fråga till samtliga. Dag och tid för intervju var möjligt att påverka.

5.2.2 Trovärdighet i kvalitativ studie

Att en studie är korrekt genomförd och att det som varit syftet att undersöka har undersökts har följaktligen att göra med begreppen reliabilitet och validitet (Thurén, 2007). Kristensson (2014) menar dock att begreppen inte riktigt fungerar, när vi ska bedöma om studien mäter det den ska mäta och om mätningen skett korrekt, av den enkla anledningen att kvalitativa studier inte syftar till att mäta. Kristensson lyfter istället fram trovärdighetsbegreppet och nämner fyra dimensioner för att säkerställa den kvalitativa studiens övergripande trovärdighet och kvalitet. *Tillförlitlighet* handlar om att tolkningar har sin grund i den data som är insamlad, bland annat genom en transparent tolkningsprocess. Intentionen har därför i föreliggande studie varit att dokumentera och redogöra för hur analysen gått till. *Överförbarhet* handlar om att det är läsaren som avgör huruvida resultatet går att överföra på andra sammanhang. För ökad överförbarhet återges så mycket som möjligt av kontext och sammanhang utan att röja anonymitet. *Verifierbarhet* handlar om att visa att tolkningarna är gjorda på insamlad data. Intervjuerna har därför skrivits ut så noggrant som möjligt och direkta citat återges. *Giltighet* handlar om data som står sig, varar och är stabil över tid. Användandet av en frågeguide har stärkt detta. Likaså att fokus hölls på studiesyftet och att alla fick öppna frågor kring samma tema.

5.3. Bearbetningsmetod

Data har bearbetats genom en innehållsanalys i sex steg (Kristensson, 2014). I steg ett läses samtliga intervjuer igenom. Den samlade texten ses då som en analysenhet. Genomläsningen har till syfte att fånga upp övergripande tankar, känslor och intryck. I steg två identifieras meningsbärande enheter. Dessa delar relaterar till studiens syfte. De avsnitt som inte relaterar till syftet raderas/bortses ifrån. I det tredje steget sker en kodning. Det är en sammanfattning och innebär att texten kondenseras/kortas ner. I fjärde steget läses samtliga koder igenom och fokus är nu att hitta likheter och skillnader. De koder som hör ihop blir en kategori. I steg fem rör vi oss mellan delar och helhet. Här sker en

tolkande fas. Vissa kategorier kan nu sammanfattas och möjliga underkategorier framträda. I det sjätte steget läses intervjuerna igenom och ställs i relation till kategorier som framträtt. Här söker vi den övergripande meningen av de kategorier som framkommit. Ett eventuellt övergripande huvudtema kan framträda. I föreliggande studie började bearbetningen genom att varje intervju skrevs ut ordagrant av forskaren. I utskriften noterades pauser, skratt, suckar samt om något var ohörbart. Efter transkriberingen lyssnades intervjuerna igenom och eventuella felstavningar korrigerades. Intervjuerna skickades till intervjupersonerna som fick återkomma med eventuella kommentarer. Fyra intervjuer blev godkända utan ändringar, en intervjuperson valde att göra vissa förtydliganden i texten. I analysens första steg lästes samtliga intervjuer igenom. Enstaka noteringar gjordes för att fånga upp spontant intryck. Samtliga intervjuer fogades samman till en helhet ur vilken meningsbärande enheter identifierades. De olika enheterna fick ”etiketter” och sammanfattades med några ord samt sorterades. I nästa steg var fokus att ordna de olika etiketterna och att skapa kategorier. Varje kategori fick en rubrik. I den mer tolkande fasen skedde en rörelse mellan delar och helhet. Det latent materialet blev i fokus. Kategorier sammanfattades och underkategorier framträdde. Innehållet lyftes till en högre nivå, en abstraktion, genom frågan ”vad betyder den här kategorin”? I det sista steget framträdde ett övergripande tema.

5.4. Genomförandet

Fem intervjuer genomfördes på intervjupersonens arbetsplats. Längden på intervjuerna varierade mellan 45-60 min. Varje deltagare informerades om inspelning, att svaren redovisas anonymt och att deltagaren har möjlighet att läsa och kommentera innan bearbetningen tog vid. Innan intervjun fick intervjupersonen fylla i en enkät om ålder, kön, utbildning med mera (bilaga 2). Intervjun spelades in på en *Zoom H5 Handy Recorder Pro* och genomfördes mellan mitten av december 2015 och början av januari 2016.

6. Forskningsetiska frågeställningar

Lagen om etikprövning (2003:460) gäller forskning som avser människor. Lagen anger riktlinjer och krav gällande samtycke, information, nyttjande och konfidentialitet. I skriften, *God forskningsed* (2011), behandlar ”Vetenskapsrådets expertgrupp för etik” olika frågeställningar när det gäller forskning med koppling till psykologi och psykoterapi. Frågor med relevans för föreliggande studie är till exempel vad forskaren får och inte får göra i relation till medverkande. Likaså hur information gått ut och hur samtycke skett. Även frågor som rör genomförandet hanteras samt hur data och material ska förvaras. Mot bakgrund av detta har forskaren i föreliggande studie gett

intervjupersonerna information om studiens syfte, att deltagandet är frivilligt samt att deras medverkan är anonym. Intervjupersonernas uppgifter, samt intervjun som helhet, har behandlats med sekretess. Intervjun avidentifierades vad gäller samtliga namn, geografiska platser och annat som skulle kunna avslöja intervjupersonens identitet och sammanhang. Insamlad data får endast användas för den aktuella studien. Intervjupersonerna fick möjlighet att läsa, kommentera och godkänna texten innan bearbetning och analys skedde. Inspelade intervjuer raderas efter det att uppsatsen examinerats. Utskrivna intervjuer förstörs.

7. Resultat

I analys av materialet framkom följande huvudteman och underteman:

7.1 Uppdrag samtal

7.1.1 Uppdragets idé, 7.1.2 Förhållningssätt, 7.1.3 Komplement

7.2 Varför starta en samtalsmottagning?

7.2.1 Tillgänglighet, 7.2.2 Organisatorisk bas

7.3 Varför söker man samtal?

7.3.1 Inre motiv - 7.3.1.1 *Relationer, skuld och skam*, 7.3.1.2 *Upplevd samhällsstress*, 7.3.1.3 *Existentiella frågor*

7.3.2 Yttre motiv - 7.3.2.1 *Ökad tolerans/öppenhet*, 7.3.2.2 *Ekonomisk möjlighet*, 7.3.2.3 *Rekommendation/hänvisning*

7.4 Samtalets natur

7.4.1 Vad betyder själavård?, 7.4.2 Samtalet utifrån ett själavårdsperspektiv,

7.4.3 Samtalet utifrån ett psykoterapeutiskt perspektiv, 7.4.4 Ramar

7.5 Kompetens

7.5.1 Grundlämplighet, fortbildning och handledning, 7.5.2 Kompetens för att lotsa vidare

7.6 Identitet och gränser

7.1. Uppdrag samtal

Samtliga uppfattar sig vara en del av ett större sammanhang. Likaså betonas ett bra förhållningssätt i mötet med konfidenter. I uppdraget finns upplevelsen av att vara ett komplement till andra aktörer i samhället.

7.1.1 Uppdragets idé

Samtalen är en del av en själavårdstradition där präst/diakon, i vigningen, avgett löften.

Jag står ju för det Svenska kyrkan står för, det har jag ju på nått sätt tagit på mig att bära fram, i och med vigningen, och det är ju väldigt tydligt.

... det är ju så fina formuleringar, "stå på de förtrycktas sida" och ja, jag kommer knappt ihåg, men just det här med "kroppslig och själslig nöd".

7.1.2 Förhållningssätt

Det förhållningssätt man önskar möta konfidenter med kan sammanfattas i att vara pålitlig, att värna om och att skydda individen, samt att erbjuda en tillåtande miljö. Ett förhållningssätt där individen blir bekräftad i att "det får ta tid".

... värnar om människan... tänker jag att det är viktigt det här att på något vis bevara människan ... Där kan jag känna att jag kan va en sån som kan bekräfta att "men det tar tid, det får ta tid, det måste få ta tid", ...

7.1.3 Komplement

Ett undertema är upplevelsen av att vara ett komplement. I detta ligger att man i samtalen kan tala om andra saker än man kanske talar med sin vårdkontakt om. Vikten av samverkan lyfts fram.

... just det här att vi samverkar tänker jag, det ena utesluter liksom inte det andra, för man pratar på lite olika sätt.

... en del uttrycker att dom vill något annat.

7.2. Varför starta en samtalsmottagning?

I svaren framträder dels önskan om att vara tillgänglig för fler dels behovet av att hitta en gemensam grund för arbetet med enskilda samtal.

7.2.1 Tillgänglighet

Samtalsmottagningen blir ett sätt att nå ut med erbjudandet om samtal.

Tillgänglighet hör även ihop med ambitionen att kunna erbjuda en tid snabbt.

... en fördel med en samtalsmottagning det är marknadsföring. Den här typen av samtal har jag haft i församlingen innan, det är inget nytt ... det handlar mycket om tillgänglighet.

Rent krasst så är det väldigt lång väntetid till kurator och psykologer. Det är väl en anledning. Jag försöker ha luckor, ... och på det viset så går det ju att erbjuda en rätt snabb tid.

7.2.2 Organisatorisk bas

Samtalsmottagningen är ett sätt att samordna den verksamhet som innebär möjlighet till enskilda samtal i kyrkans regi. Det finns en önskan om att dra åt samma håll och att tydliggöra vad det är för samtal man kan erbjuda.

... dels samordna insatserna, ... och sen att vi skulle dra åt samma håll, att vi skulle ha ungefär samma tänk när det gäller vad det är för samtal vi erbjuder, och vad det är för samtal vi inte tar, och i så fall varför.

7.3. Varför söker man samtal?

I resultatet framträder olika motiv som kan kopplas till varför man söker samtal. Motiven är dels inre i betydelsen kopplat till individens upplevelse (relationer som inte fungerar, press och krav). Dels är motiven yttre i betydelsen att de finns och påverkar ”utanför” individen. Det kan vara att bli rekommenderad av sin läkare att ta kontakt eller det faktum att samtalen är gratis.

7.3.1 Inre motiv

I resultatet finns ingen tvekan om vad man upplever är det vanligaste temat i samtalen. Svaret är relationer. Det finns en antydning om att det saknas sammanhang där man kan tala om livet och vardagen. Några uppfattar att många känner utanförskap och osäkerhet inför framtiden. Resultatet visar på en upplevelse av att många vill samtala om existentiella frågor.

7.3.1.1 Relationer, skuld och skam

Många söker först vårdcentralen för till exempel depression, ångest och/eller andra symptom. I samtal är det dock oftast relationer som det kommer att handla om. Relationer, och måendet i vardagen, ser någon som mer vanligt förekommande hos yngre, medan skuld och skam förekommer mer hos äldre. Ingen definition av ålder gjordes.

... relationer till den man lever med, det kan vara relation till barnen, det kan vara till föräldrarna, det kan vara relationer till chefen, till kollegorna.

... hur ska jag fixa vardagen, det är unga mammor framför allt, men även män, ensamstående män, ... det är ju livet, frågor om livet, hur löser jag det här ...

... det var mycket mer skuld och skam som las på folk förr från kyrkan och det ser man ju hos äldre på ett helt annat sätt än de yngre. Yngre kommer och pratar om helt andra saker, dom pratar om relation och pratar om mående.

7.3.1.2 Upplevd samhällsstress

Några intervjupersoner beskriver hur konfidenter upplever högt tempo, stress och press. Man kämpar med krav och förväntningar på hur man ska vara.

... ”vad ska jag bli när jag blir stor”, ”vart ska jag ta vägen”, där du, om du går bara 40-50 år bakåt i tiden så var farfar bonde, ”jag tar över gården”, ... man visste mer, det var mer tryggt, långsiktigt, ...

... samhällets krav på hur det ska va, alltså man har en bild av hur man ska va en bra pappa, en bra mamma, som speglas i samhället ...

7.3.1.3 Existentiella frågor

Några intervjupersoner lyfter fram att man uppfattar att konfidenterna uppskattar den kyrkliga kontexten och söker för existentiella frågor

*... vet att dom kommer till kyrkan och uppskattar det. Och det är inte så ofta vi pratar Gud, det händer, och ibland kommer det efter ett tag.
... det som är vanligare än man tror, att folk just har en tro... man ber om ursäkt för den tron genom att säga "får jag komma fast jag inte tror exakt på det ni tror på, men jag tror på nåt".*

7.3.2 Yttre motiv

I resultatet framträder upplevelsen av att det inte är lika skambelagt som förr att söka samtal. Det faktum att samtalen är gratis tänker man har en inverkan, samtidigt som man beskriver det som självklart utifrån att vara kyrka. Samarbeten leder till fler samtalskontakter och rekommendationer kan spela stor roll för om konfidenter söker eller ej.

7.3.2.1 Ökad tolerans/öppenhet

Intervjupersonerna beskriver upplevelsen av ett mer öppet samhälle när det gäller att söka samtal. Det är inte ovanligt att konfidenter kommer med speciella önskemål.

... en lite annan öppenhet i samhället i stort när det gäller psykisk ohälsa. Det är inte lika skambelagt att må dåligt i själen som det har varit.

... men i början var det folk som ville ha mer "kvick fix", mer efterfrågan på KBT, man ville ha det, det tycker jag lite har avtagit lite faktiskt, ...

7.3.2.2 Ekonomisk möjlighet

Inget sammanhang tar betalt för samtal, med undantag för den församling som har avtal med en arbetsplats/arbetsgivare på orten. Att samtalen är kostnadsfria tänker man påverkar till exempel för dem som möjligen inte sökt samtal annars.

... man kan "unna sig" att gå i terapi här för att det är gratis, det är inte så farligt att prova, ... man har inte råd att betala 1 000 kr för terapi, här tycker jag att kyrkan har ett enormt ansvar. ... t ex studenter säger "det är väl gratis" det kan dom säga tre gånger innan dom vågar säga någonting, ...

... Jag hade ju konfidenter under utbildningen och fick prova på det här med att ta betalt och jag fixade det ju där och då, men jag känner ju, så underbart skönt att slippa den delen, ... dom flesta här är ju medlemmar och då ska dom väl ha nått för sina pengar, tänker jag.

7.3.2.3 Rekommendation/hänvisning

Rekommendationer och hänvisningar från andra aktörer bidrar till fler kontakter.

... men, det är ju så att både Hälsodisken och Vårdcentralen skickar när dom inte har tid, det är så samarbetet ser ut...

7.4. Samtalets natur

Begreppet *själavård* går att förstå och tänka olika kring. Stor samsyn finns om samtalet när det gäller att konfidenten får komma med sin ”berättelse” och hur man tänker kring att dela egna erfarenheter. Likaså att samtalet *inte* är psykoterapi, något man ser som behandling. I resultatet finns en medvetenhet om ramar. Det är främst dag, tid och plats man resonerar om.

7.4.1 Vad betyder själavård?

Ordet ”själavård” används av någon, medan begreppet ”enskilda samtal” används av fler. Begreppet beskrivs å ena sidan som ett enbart kyrkligt begrepp och som nödvändigtvis inte hör ihop med innehållet i samtalet. Å andra sidan beskrivs själavård som något som tydligt hör ihop med teologi.

... men sen vad är själavård kontra stödsamtal, alltså jag vet inte, vad vi tjänar på att försöka förklara eller dela upp.

... är kyrkans begrepp så, det behöver inte alls vara någon skillnad mot vårdcentralens samtal, förutom den skillnaden att den som kommer vet att jag är kristen för det är klart och tydligt.

... jag vill inte säga att jag bedriver själavård, för själavård är enbart ett avstamp utifrån bibelordet och teologin.

7.4.2 Samtalet utifrån ett själavårdsperspektiv

Samtliga ser konfidentens ”berättelse” som viktig. Likaså berör man att dela egna erfarenheter, dock inte i betydelsen att vara privat, utan mer kopplat till att erbjuda egna tankar, erfarenheter i samtalet. Framför allt i jämförelse med psykoterapeuten som man tänker sig är neutral.

... hon fick berätta sin historia, hon fick ju också någon form av bekräftelse på att det här var ju inte bra..

... om någon frågar mig om jag tänker så, då säger jag ”nä, jag tror absolut inte det, för mig, jag tänker att det sker totalt meningslösa saker”.

... det är verkligen vårt uppdrag att lära känna människor, och tillåta att människor lär känna oss...

7.4.3 Samtalet utifrån ett psykoterapeutiskt perspektiv

Psykoterapi omnämns som ”något annat”. En intervjuperson lyfter fram att psykoterapi hör ihop med att något är osunt och dysfunktionellt. I psykoterapi behöver något rättas till.

... terapi förutsätter att nåt är fel och att nåt ska rättas till, det behöver inte själavård per definition... du behöver inte terapi om du är frisk, utan det är nåt osunt, dysfunktionellt, ...

... dom kanske först säger att "jag har ångest eller jag är deprimerad" ... och vi är då väldigt tydliga med att vi bedriver ingen terapi, men vi är vana vid att prata om nästan allt.

En intervjuperson är legitimerad psykoterapeut och ser den psykoterapeutiska kunskapen som självklar i arbetet. Andra formulerar att de kan använda terapeutiska verktyg och ser terapeutiska vinster, men betonar att de inte erbjuder terapi.

... jag har ju en kunskap om psykisk ohälsa, som inte man som diakon har, och som man i dag behöver. ... När det är en depression t ex, det är skillnad på tvivel och depression, och då är det jätteviktigt att kunna se det.

... samtalen har ju terapeutiska vinster det är jag med på, men att gå in i terapi, ... då kommer vi inte att mötas som människor, då kommer inte jag att ge, då kommer inte vi att byta erfarenheter, ...

... jag bedriver inte terapi, ... jag ska inte, och jag gör det inte, men jag drar nytta av en del verktyg.

7.4.4 Ramar

Det finns en betoning på att hålla det man lovar och att skapa trygghet och förtroende. Det finns en förståelse för att frågor om betalning är något man skulle kunna arbeta med i samtalen.

Vi har ett rum, vi har handledning, vi har 45 min har vi bestämt, vi har liksom vissa sånna ramar, jag har en streckad eftermiddag, ...

... bra bemötande och då tänker jag ramar, det är något viktigt att det blir tydliga och trygga ramar både för den som sitter där och för mig... och verkligen hålla det jag lovar.

... rätt många avbokar hela tiden, jag tror att det också har en koppling till att det inte kostar, speciellt när dom kommer sent, avbokningarna. ... Jag kan se ett bekymmer i det. ... Sen kan vi säkert bli bättre på att prata med konfidenterna om detta, ...

7.5. Kompetens

Intervjupersonerna upplever att man möter en problematik som man uppfattar hänger ihop med ökad psykisk ohälsa. Man möter också en problematik som man tänker har hamnat "rätt". Några har fortbildning inom S:t Lukas och andra har fortbildning genom "icke kyrkliga" sammanhang. Någon efterlyser mer teologi. Någon annan ser psykoterapeutisk kompetens som en nödvändig väg vidare. Det finns de som anser sig ha bra och tillräcklig kompetens medan andra har specifika behov.

... profession är viktigt inom kyrkan, vi får inte slarva med det, jag tror det är framtiden...

I: Känner du att du har dom verktygen, den kompetens, ... som du behöver, som är relevant för det du står i?

IP: Ja, det känner jag, däremot så kände jag väl kanske att dom diakonala utbildningarna, profilåret, inte alltid stämmer överens, alltså utbildningen speglar inte alltid den verklighet du möter.

... ingen av oss har fortbildning i terapi och vi har sagt nej till det, ... det är ju väldigt olika hur man tycker om det, däremot så har vi ju andra utbildningar.

7.5.1 Grundlämplighet, fortbildning och handledning

Samtliga lyfter fram begrepp som att vara lämplig och att ha relevant fortbildning. Det finns resonemang kring ”grundlämplighet” och det faktum att man nödvändigtvis inte blev diakon för att ta emot enskilda samtal. Några lyfter fram att vissa konfidenter utmanar mer än man upplever sig ha redskap för.

... handlar om, ... ”intresse och fallenhet”, det finns ju dom som jag tänker inte skulle vara så lämpliga att dra igång det här, ...

... en problematik som den människan har som jag inte är ensam om att inte kunna tackla, eller hjälpa.

... människors psykiska ohälsa är så komplicerad, och där måste kyrkan vara uppdaterad, ... det är jätteviktigt att vi skaffar oss kunskap.

Betydelsen av handledning, för att kunna göra ett bra arbete, betonas av flera intervjupersoner. Någon föredrar grupphandledning, någon annan enskilt. Hur frekvent varierar, ibland varje månad eller tätare, ibland enbart vid behov. Inget sammanhang har valt bort handledning på grund av tystnadsplikt.

... Bikt är en helt annan sak och vittna är en helt annan sak, men diakoner har inte större, mindre skyldigheter att prata bredvid munnen, där har vi precis samma, ingen får prata bredvid munnen, ...

... jag tänker också att det finns en gräns där, man kan ta bort namn, men sen går det inte att ta bort så mycket mer då blir det ju inte handledning om jag ska sitta och hitta på, det blir bara tillkrånglat, utan mer att man i gruppen känner att så fort jag känner att det här vet jag ju, då ska jag lämna på stört.

7.5.2 Kompetens för att lotsa vidare

Genom ökad kompetens blir det lättare att lotsa vidare. En intervjuperson upplever en större frimodighet och trygghet. Någon annan lyfter att hen förr kunde känna rädsla inför en viss problematik. Andra uttrycker att man nu mer tydligt kan förmedla vad det är man erbjuder.

... men då kunde jag ju känna att när någon nämnde det här med ”ja, jag har kontakt med psykiatrin” eller med den diagnosen så då kände jag ”hjälp, det här låter lite läskigt” eller svårt eller så, men jag tycker, dom åren gav väldigt mycket kunskap och erfarenhet.

... idag, när människors möte med vården är så komplicerad. Det finns varken tid eller utrymme i vården att få hjälp, så har kyrkan en otrolig uppgift där att hjälpa människor, att lotsa människor, ...

7.6. Identitet och gränser

Det antyds i resultatet att det är de vigdas lott och kyrkans uppdrag, att ”stå på de förtrycktas sida” och att finnas för människor med ”kroppslig och själslig nöd”. Att erbjuda enskilda samtal uppfattas givet och sanktionerat utifrån en lång tradition. Alla är välkomna och man kan tala om allt. *Identitet* sammanfattar något av den otydlighet som föreligger när det gäller uppdraget i sig.

... så står det ”om relationer, någon kris du går igenom, sorg, stress, känsla av ensamhet, att alla är välkomna oavsett om man är medlem eller inte”, ...

... man kan prata tro här, och tvivel och existentiella frågor, men man måste inte ...

Otydligheten spiller över på vilken kompetens som upplevs relevant och angelägen. *Gränser* handlar om förhållandet till andra/annat. Dels det faktum att man är en del av ett större sammanhang, Svenska kyrkan. Dels hur de resonerar om samtalen i förhållande till självvård och psykoterapi. Gränser handlar också om vilken fortbildning som behövs. *Vilken* fortbildning och *var* man söker sig är otydligt. Gränser handlar även om hur man tänker om förhållandet till konfidenter. Att det finns olika uppfattningar tänker man inte nödvändigtvis behöver vara problematiskt. Inte heller det faktum att gränser av olika slag blir frågor för det enskilda sammanhanget eller ibland för den enskilde. Till skillnad från psykoterapeutiskt arbete, där ramar är centrala nämns detta mestadels utifrån praktiska frågor. Det finns citat som bekräftar en medvetenhet om att till exempel betalning kan påverka, men få resonemang berör gränsernas, ramens betydelse för dem själva. Materialet visar dock att en samordning genom samtalsmottagningen har underlättat för frågor som dessa.

... liksom veta lite mer vad jag kan, men också vad jag inte kan...

... ”ta du det med din läkare, det är ju viktigt, så att jag känner var mina gränser går”.

... i så fall är det omfattningen, att försöka hålla 45 min max en timme, men vi har haft nån gång flera samtal i veckan, just för att det har varit så katastrofartat ...

... sen kan vi säkert bli bättre på att prata med konfidenterna om detta, att inte bara låta det ske utan att ta upp det och jobba med det, liksom föra ett samtal...

8. Diskussion

8.1. Metoddiskussion

Kvalitativa halvstrukturerade djupintervjuer var ett självklart val för att få in den mängd data som ansågs nödvändig. Metodvalet bedöms relevant med tanke på frågeställningarna. Fem undersökningsdeltagare valdes ut genom en öppen sökning. Slutgiltigt val gjordes med hänsyn till att sammanhangen ligger inom en radie på max tre timmars bilresa från Göteborg. Samtliga är diakoner och medverkan styrdes av deras funktion i en samtalsmottagning före vilken yrkeskategori inom kyrkan de representerade. Det är naturligt att fundera över hur resultatet skulle påverkas av om både diakoner och präster medverkat. Att fyra av fem är kvinnor förefaller rimligt även om fler män idag blir diakoner. Vid en semistrukturerad kvalitativ intervju är följdfrågor en självklar del av samtalet. Det är viktigt att beakta att olika följdfrågor troligen påverkar resultatet och därmed också kan påverka reliabiliteten. Före intervjun informerades deltagarna om möjligheten att läsa och komplettera texten innan bearbetning. Detta kan ha påverkat hur fritt och spontant man talat. Möjligheten kan ha bidragit till upplevelsen av att intervjun genomfördes i en trygg miljö.

Data insamlad via enkät visade sig vara överflödigt vid analys. Det var däremot en fördel att ta in uppgifter om ålder, utbildning med mera innan intervjun startade. Det har varit viktigt att värna om anonymitet. Likaså vikten av att ingen känd koppling fanns mellan intervjupersonerna och/eller intervjuaren. De sex stegen, som användes vid innehållsanalysen, visade sig vara pedagogiskt hjälpsamma. Intervjuarens ambition har varit att möta varje intervjuperson med öppenhet och nyfikenhet. Intervjuarens förförståelse och förväntningar bör dock nämnas. Samtliga intervjupersoner är vigda diakoner. Ett uppdrag som inte delas med forskaren. Dock finns, som förförståelse, en mycket god kännedom att vad det innebär att arbeta i Svenska kyrkan som organisation och som medarbetare i församlingstjänst. Intervjupersonerna informerades, i intervjuens inledning, om att intervjuaren är verksam inom Svenska kyrkan. För att i möjligaste mån undvika ”nickar i samförstånd” ombads intervjupersonerna att berätta mer, förtydliga och förklara. Frågeguiden blev en hjälpsam ram där fördjupande och förtydligande frågor därför var noterade.

I förförståelsen finns också en upplevelse av att kyrkan idag möter många med psykisk ohälsa. Förväntningar fanns att intervjupersonerna skulle bidra med liknande upplevelse. Ny kunskap har skapats genom att materialet tolkats genom förförståelse, fördomar och förväntningar (Kristensson, 2014).

8.2. Resultatdiskussion

8.2.1 Sammanfattning av huvuddragen i resultatet

Det finns en upplevelse av att vara en del av ett större sammanhang. Vikten av ett bra bemötande lyfts fram och att vara ett komplement.

Samtalsmottagningen har medverkat till att synliggöra erbjudandet om samtal samt underlättat i arbetet kring att dra åt samma håll. Konfidenter söker främst för relationer och måendet i vardagen. Varför man erbjuder samtal framträder inte tydligt. Motiv går att ana i de vigdas uppgift, kyrkans uppdrag och en lång själavårdstradition. En av deltagarna ser psykoterapeutisk kunskap som helt grundläggande i arbetet. Andra ser terapeutiska vinster och använder terapeutiska verktyg. Utifrån ett själavårdsperspektiv framträder att konfidentens berättelse är i fokus. Man tänker också sig själv som mer aktiv i samtalet jämfört med en psykoterapeut. Tankar om kompetens och fortbildning, blir i ljuset av ett otydligt uppdrag, svårt att se samstämmighet i. Det finns en medvetenhet om att ”alla inte är lämpliga”. Kompetens medför trygghet och frimodighet. Begreppet identitet sammanfattar otydligheten och frånvaron av en gemensam hållning i uppdraget. Begreppet gränser sammanfattar det som rör kompetens/fortbildning, betydelsen av ramar och hur man förhåller sig till andra aktörer och konfidenter.

8.2.2 Diskussion

I föreliggande studie ser vi resultat som beskriver upplevelsen av att psykisk ohälsa ökar (Socialstyrelsen, 2015) samt att orsakerna möjligen går att förstå i samlevnads- och relationsfaktorer (Melder, 2014). I resultatet ser vi att flera kommer till samtal via samverkan. Ibland med motivering att kyrkan ”kan det där bättre”, ibland för att tiden och resurserna inte räcker till. I resultatet ser vi hur flera intervjupersoner uppfattar en öppenhet inför att söka samtal generellt, men även en öppenhet inför att söka utifrån existentiella frågor. Melder (2011) och Vader (2006) lyfter vikten av att ta den existentiella dimensionen på allvar för att komma åt ohälsan idag. Lavallius (2006) studie uppmärksammar brister inom vården när det gäller att bedöma symptom av psykisk karaktär. Lavallius lyfter fram en patientgrupp som faller mellan stolarna, de i behov av omsorg, men inte tillräckligt sjuka för att behöva psykiatrisk specialistkompetens. I Woods studie (2011) framträder att många är positivt inställda till att söka hjälp hos sin präst/pastor, till och med innan man söker sig till vården. Vidare noterar Wood att det hos dem som arbetar med psykisk ohälsa många gånger saknas en förståelse och en kompetens för hur andliga frågor kan påverka måendet. Detta ser vi även i Francois studie (2012) där författaren lyfter vikten av att vara bekant med frågor som rör andlighet och existentiella teman i mötet med patienter. Möjligen kan vi förstå ökad psykisk ohälsa utifrån det samhälle som beskrivs i resultatet. Ett samhälle, med färre sammanhang för reflektion, med utanförskap och upplevelser av osäkerhet och krav. Att kyrkan får ta emot

samtal kan å ena sidan uppfattas som ett behov av samtal med existentiell inramning, och å andra sidan som en rimlig konsekvens av ökad psykisk ohälsa och att något saknas i de insatser som idag står till förfogande. Möjligen behöver ohälsan rent generellt, men även konfidentens problematik specifikt, ”undersökas” i ljuset av detta. Melder (2014) menar att frågor som gäller framtidshopp, vad som ger mening och inre styrka, idag är förlagt till individens privata sfär. Författaren menar vidare att frågor av detta slag sällan diskuteras, inte heller något vi nödvändigtvis tar upp i mötet med vården i allmänhet och vår medicinskt ansvarig läkare i synnerhet. Melder menar att vi behöver förhålla oss till dessa frågor. Behovet är stort och möjligen extra angeläget när vi upplever oss sårbara och utsatta. Här kan livsåskådning och religion få en funktion. Borgenback (2006) och Buhrkall (2012) ser i sina studier hur samarbete mellan olika aktörer har god effekt och leder till en signifikant förbättring för patienten. I sammanhanget ska även Leaveys (2008) studie lyftas fram. Leavey visar på komplexiteten i samarbete mellan vård och trossamfund. Trots att många församlingar har lång erfarenhet av att möta psykisk ohälsa visar studien att misstänksamhet från vårdens håll inte är ovanligt. I resultatet finns gemensam upplevelse av att själavården och själavårdaren hör ihop med ett kyrklig sammanhang, en gemenskap. Något Okkenhaug (2002) lyfter fram. I resultatet finns även betydelsen av samverkan och ett bra bemötande. Det vill säga *hur* och *vad* uppdraget kan handla om, samt *var* man befinner sig (i en tradition och i samverkan med andra). I resultatet saknas en gemensam hållning om *varför* man erbjuder samtal och vad det är för *typ* av samtal. Möjligen besvaras frågan med att det ligger i kyrkans uppdrag och i linje med att hjälpa människor i nöd. Men otydligheten kvarstår. Det finns en önskan om att dra åt samma håll, men uppdraget förefaller nästan främst motiverat utifrån andras behov. Om psykoterapeutens *mål* är bot och förbättring, så finns det inte i resultatet något som pekar på liknande ”mål”. Wikström (1999) skriver att mening, i det psykoterapeutiska samtalet, skapas ur patientens *egen* livslinje, inte i ljuset av en ideologi. I Wikströms och Okkenhaugs resonemang finns ett fokus som handlar om att förstå vad det är att vara människa i ljuset av den ideologi som ligger i botten. Kriser blir belysta utifrån en religiös uppfattning. I resultatet finns ingen liknande idé eller mål för samtalen, som det vi kan hitta hos Okkenhaug och Wikström. Stor samsyn går att se i vad uppdraget *inte* är, nämligen psykoterapi. Frågan om identitet handlar möjligen om det *unika* i det som erbjuds. Möjligen är detta besvarat som att man erbjuder *något annat*. Uppdraget att erbjuda samtal beskrivs å ena sidan som självklart, men å andra sidan framträder det otydligt. Genom att prioritera god tillgänglighet och ett bra bemötande går det att ana en ambition: att möta med omsorg. Att vara en samtalsmottagning kan vi tänka och förstå som *ett* steg i en riktning mot att tydligare ringa in uppdraget och skapa klarhet i vilka samtal som faller inom ramen för en

samtalsmottagning i just den lokala kontext man befinner sig. I det otydliga uppdragets kölvatten finns inte heller klar samsyn om kompetens och fortbildning. Svaren pekar på vikten av lämplighet och relevant fortbildning samt handledning. Vilken fortbildning som är relevant eller ej lämnas åt det enskilda sammanhanget, eller den enskilde, att ta ställning till. I resultatet finns en medvetenhet kring ramar, men mest om praktiska frågor. Langs (1998) menar att vi behöver ramar, gränser och avgränsningar. Winnicott (1971) ser hur lek och hälsa hör ihop. Samtal skulle vi kunna se och förstå som en lek där konfidenten kan vila en stund från det som oroar, besvärar och skapar stress. På samma sätt som leken upprätthålls/bevaras av förhållningsregler är det rimligt att komma fram till att samtalen behöver sina överenskommelser. I dessa ”gränser” kan vi även tänka in vilken kompetens och fortbildning som är relevant, men även vilka ramar som kan vara av betydelse. Det kan handla om uteblivet besök, svårigheten att gå i samtal *utan* att betala, eller vad det gör med konfidenten att själavårdaren inte bara representerar sig själv. Ramar kan också sättas i relation till det Broberg et al. (2009) lyfter fram. Andlighet och frågor om religion har flyttat ut från kyrkornas sammanhang och hem till oss själva. Författarna beskriver, utifrån ett anknytningsperspektiv, hur kriser kan aktualisera behovet av en gudsrelation, och hur trygga respektive otrygga anknytningsmönster inverkar på hälsan. Vid otrygghet ökar sårbarheten och *kan* bli en riskfaktor för ohälsa. Det må vara tidsbrist eller kompetensbrist, men faktum kvarstår. Oavsett hur lidandet eller ohälsan ser ut så är det rimligt att fundera på vad som händer när ”omvårdaren” inte har tid, är svår att nå eller om osäkerhet finns kring relationen som helhet. Det är rimligt att anta att för den med otryggt anknytningsmönster finns en risk att ohälsan ökar om osäkerhet och gränslöshet på ett eller annat sätt förstärks.

8.2.3 Forskningsprojekt

Fortsatt forskning kan med fördel fokusera på om och hur ohälsa påverkas av att den existentiella dimensionen tas på allvar. Kan fortbildning i livsåskådning och existentiella teman påverka patientens mående och även behandlarens upplevelse? Skulle lidanden lindras, ja, kanske till och med ”botas” om olika kompetenser samverkar? Med ökad invandring och många livsåskådningssystem i rörelse kan detta vara angeläget att studera vidare.

I en rapport från Arbetsmiljöverket (2016) slår man fast att diakoner tillhör den grupp där sjukskrivningarna ökat kraftigt de senaste två åren. Fortsatt forskning behövs för frågor som rör lämplighet och kompetens. Även betydelsen av handledning och egna samtal. Det kan noteras att det för blivande psykoterapeuter krävs minst 125 timmar i egenterapi. Skulle liknande krav ha inverkan på diakoners/själavårdares sjukskrivningstal? Kan ramfrågor av olika slag påverka ohälsan? Eller ligger problemet i själva uppdraget?

Referensförteckning

Allwood, C. M., & Erikson, M. G., (2010). *Grundläggande vetenskapsteori: för psykologi och andra beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.

Arbetsmiljöverket (2016). *Sjukt stressigt. Arbetsmiljön i välvärden måste förbättras*. Hämtad från <http://mb.cision.com/Public/1167/9925611/904ecea4e6489194.pdf>

Borgenback, R., (2006). *Mötet mellan själavård och psykoterapi: ur ett själavårdsperspektiv*. C-uppsats, Högskolan i Gävle, Institution för humaniora och samhällsvetenskap.

Bornsheuer, J. N., Henriksen Jr., R. C., & Irby, B. J., (2012). Psychological Care Provided by the Church: Perceptions of Christian Church Members. *The American Counseling Association*. Counseling and Values, Vol. 57, No. 2, 199-213. Hämtad från <http://eshproxy.esh.se>.

Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T., (2009). *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur & Kultur.

Buhrkall, L. (2012). *En effektivitets studie av samtalsstödet som erbjuds på SamtalsAkuten*. C-uppsats, Karlstads Universitet, Fakulteten för ekonomi, kommunikation och IT.

DeMarinis, (2008). The Impact of Post-Modernization on Existential Health in Sweden: Psychology of Religion's Function in Existential Public Health Analysis. *Archive for the Psychology of Religion*, 30, 57-74.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Psykisk hälsa*. Hämtad 6 maj, 2016, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/>

Francois, C., (2012). *Andlighetens utrymme i det psykoteraeutiska samtalet*. Examensuppsats på avancerad nivå, Ersta Sköndals Högskola, S:t Lukas utbildningsinstitut.

Freud, S. (2002). *Råd till läkaren vid den psykoanalytiska behandlingen*. I *Psykoanalysens Teknik* (s 141-150). (C. Crafoord, L. Sjögren, B. Warren, övers). Stockholm: Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1912).

- Johannisson, K., (2009). *Melankoliska rum. Om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur: Stockholm.
- Kvale, B., & Brinkmann, S, (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kyrkoordningen 2016. *31 kap. Uppdraget som präst*. Hämtad 6 maj, 2016, från <https://www.svenskakyrkan.se/default.aspx?id=1444126>
- Langs, R. (1998). *Ground Rules in Psychotherapy and Counseling*. London: Karnac Books.
- Lavellius, J., (2006). *Samtalsterapi på vårdcentralen - varför, hur och för vem?*. Examensuppsats, Stockholms Universitet, Psykologiska institutionen. Hämtad från <http://eshproxy.esh.se>.
- Leavey, G., (2008). U.K. Clergy and People in Mental Distress: Community and Patterns of Pastoral Care. *Transcultural psychiatry*, Vol. 45, No. 1, 79-104. doi:10.1177/1363461507087999.
- Melder, C. (2011). *Vilsenhetens epidemiologi: En religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa*. Doktorsavhandling, Uppsala Universitet, Religionspsykologiska institutionen. Hämtad från <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:371919/FULLTEXT01.pdf>
- Melder, C. (2014). Bättre och bättre dag för dag? Existentiella hälsa på äldre dar. I S. R., Suvanto (Red.), *Äldres psykiska hälsa och ohälsa: Prevention, förhållningssätt och arbetsmetoder* (s. 36-63). Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Nordgren, B. L., Burell, G., Jüris, L., Katz, D., Rosental, A., Stensmyren, H., Lundberg, S., L., Perris, P., Wahlberg, A. (2015, 30 juni). *Förbjud oseriös behandling av psykiskt sjuka patienter*. Dagens Nyheter. Hämtad från <http://www.dn.se/debatt>
- Okkenhaug, B., (2002) *Själavård. En grundbok*. Örebro: Libris. SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 6 maj, 2016, från <https://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20100659.htm>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Sigrell, B., (2000). *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi. En introduktion*. Stockholm: Natur och Kultur.

Socialstyrelsen (2013). *Psykisk ohälsa bland unga*. Underlagsrapport 2013. (2013-5-43). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst*: Lägesrapport 2015. (2015-2-51). Stockholm: Socialstyrelsen.

Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. (2. uppl.) Malmö: Liber.

Vader, J-P. (2006). Spiritual health: the next frontier. *European Journal of Public Health*, Vol. 16, No. 5, 457. doi: 10.1093/eurpub/ckl1234.

Vetenskapsrådets expertgrupp för etik. (2011). *God forskningssed*. (Ur Vetenskapsrådets rapportserie, nr 1:2005) Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://www.publikationer.vr.se>.

WHO, World health organisation, (1948). *Constitution of WHO: principles*. Hämtad 6 maj, 2016, från <http://who.int/about/mission/en/>

Wiedel, B., (2003). *Lära genom samtal. Om själavårdens pedagogiska roll*. Örebro: Libris.

Wikström, O., (1999). *Den outgrundliga människan. Livsfrågor, psykoterapi & själavård*. (Ny utg.). Stockholm: Natur och Kultur.

Wikström, O., (1994). *Det bländande mörkret. Om andlig vägledning och psykologi i vår tid*. Örebro: Libris.

Winnicott, D. W., (1964). *Barnet, familjen och omvärlden*. Stockholm: Natur och Kultur.

Winnicott, D. W., (1971). *Lek och verklighet*. (3. uppl) Stockholm: Natur och Kultur.

Wood, W., (2011). *To what extent are the Christian clergy acting as frontline mental health workers? A study from the North of England.* *Mental Health, Religion & Culture*, Vol. 14, 769–783. doi:10.1080/13674676.2010.522565.

Bilaga 1

Frågeguide

Beskriv hur ni kom fram till beslutet att starta samtalsmottagning?

Motivet/processen/eventuella komplikationer

Hur får samtalsmottagningen konfidenter?

Hur tror du att människor upplever att söka hjälp?

Vad är de vanligaste områden som de som du möter önskar få hjälp med?

Varför tror du att människor väljer er?

Vad är det svåraste i jobbet som du gör?

Beskriv hur du ser på kyrkans uppdrag när det gäller enskilda samtal?

Hur upplever du att det sammanhang du representerar påverkar hur du tar dig an det som konfidenten söker för?

Beskriv hur du ser på skillnaderna mellan själavård och psykoterapi?

Egna erfarenheter av att gå i samtal

Bilaga 2

Enkät

Dagens datum _____ / _____ 20

Sätt ett kryss på raden

Kvinna _____ Man _____ Ålder: _____

Skriv på raden. Så tydligt du kan!

Vilken grundutbildning har du?

Skriv på raden. Så tydligt du kan!

Vilken profiltutbildning har du, diakon eller präst?

Skriv på raden. Så tydligt du kan!

Vilka fortbildningar, kurser, vidareutbildningar med relevans för ämnet har du?

Hur många % av din tjänst är inom samtalsmottagning?

Exempel:

Anställningsgrad: _____ 100 % _____

Varav % inom samtalsmottagning _____ 20% _____

Ditt svar:

Anställningsgrad: _____

Varav % inom samtalsmottagning _____

Hur länge har du haft delar eller hela din tjänst inom samtalsmottagning?

Hur länge har samtalsmottagningen funnits i församlingen/pastoratet?

Sätt ett kryss på raden.

För du journal?

Ja _____ Nej _____

Är samtalen kostnadsfria? Ja _____

Om inte, vilken avgift per timme _____

Hur ofta har du handledning?

Handledarens kompetens/yrkesbakgrund?
