

*KULTUR
OCH
HÄLSA*

*ETT VIDGAT
PERSPEKTIV*

*OLA SIGURDSON
[RED.]*

*KULTUR OCH HÄLSA
LIR.SKRIFTER.VARIA
©INSTITUTIONEN FÖR LITTERATUR,
IDÉHISTORIA OCH RELIGION,
GÖTEBORGS UNIVERSITET 2014.
FORM: JENS ANDERSSON
TRYCK: GRAFOMA, STRÅNGNÄS, 2014
ISBN: 978-91-88348-57-9*





*KULTUR
OCH
HÄLSA*

*ETT VIDGAT
PERSPEKTIV*

OLA SIGURDSON [RED.]



GÖTEBORGS UNIVERSITET
CENTRUM FÖR KULTUR OCH HÄLSA

INNEHÅLL

7 FÖRORD

Pam Fredman

11 INTRODUKTION TILL KULTUR OCH HÄLSA

Ola Sigurdson

- 15 Kultur och hälsa i forskning och praktik
- 19 Kultur och hälsa vid Göteborgs universitet
- 24 Begreppet kultur
- 30 Begreppet hälsa
- 36 Hur kan man forska om kultur och hälsa?
- 43 Kulturens egenvärde, hälsans egenvärde

55 KONST OCH HÄLSA

Gunilla Priebe och Morten Sager

- 56 Konst som hälsobringande länk mellan kropp och själ
- 61 Konsten som kreativt komplement till traditionell hälso- och sjukvård
- 66 Förhandlingar om konsternas förhållande till vetenskap och evidens
- 69 Argument om vetenskaplighet
- 72 Argument om konsternas vetenskaplighet
- 74 Argument om konsternas nyttogörande
- 77 Sammanfattning av gränsarbetet kring konst och hälsa
- 79 Konst och hälsa – möten mellan kunskapsideal och tillämpningar

91 *MEDICINSK HUMANIORA*

Katarina Bernhardsson

- 92 Medicinsk humanioras tre inriktningar
- 95 Den pedagogiska verksamheten
- 104 Forskning inom medicinsk humaniora
- 117 Verksamheter inom medicinsk humaniora
- 122 Framtiden för medicinsk humaniora

137 *VAD SÄGER FORSKARNA OM KULTUR OCH HÄLSA?*

Daniel Brodén

- 139 Medicin och vård
- 148 Samhälle och livsvillkor
- 156 Humaniora, konst och kultur
- 163 En mångvetenskaplig framtid?

171 *REDAKTÖRENS EFTERORD*

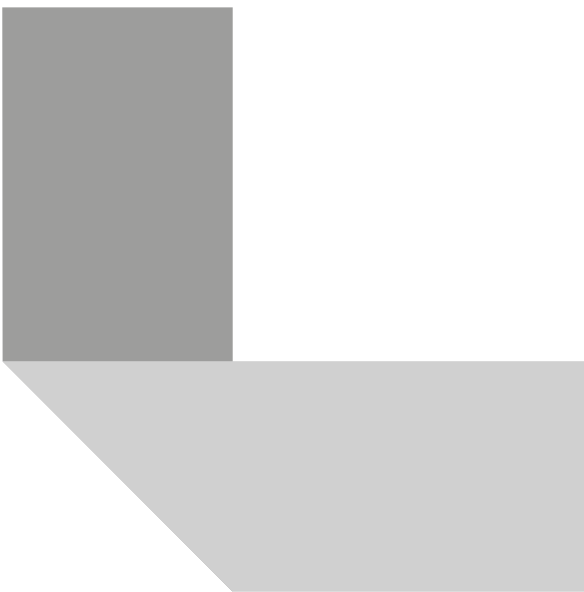
Ola Sigurdson

174 *KÄLLFÖRTECKNING*

- 174 Monografier, artiklar och rapporter
- 189 Digitala resurser
- 189 Universitetscentra, nätverk och projekt
- 192 Tidskrifter

194 *FÖRFATTARPRESENTATION*

196 *PERSONREGISTER*



FÖRORD

Pam Fredman, rektor vid Göteborgs universitet

KULTUR OCH HÄLSA. Det är två ord som i mina öron hör ihop. Som nytt forskningsområde hör det definitivt framtiden till. Detta oavsett om det handlar om förebyggande insatser för att bevara hälsa eller som motmedel för att rehabilitera och bidra till läkning vid olika sjukdomstillstånd. Området kultur och hälsa är nyskapande och bygger på tvärande perspektiv. Det rymmer många spännande möjligheter – endast vår fantasi sätter gränser för vad som kan beforskas. Samtidigt finns det många utmaningar, inte minst det faktum att området är ungt och för en vidare krets ganska okänt.

För att nå framgång med ett helt nytt vetenskapsområde som kultur och hälsa behövs tid, tålamod, långsiktigt tänkande och seriösa politiska satsningar. För att kunna lägga en stabil grund med nya tvärvetenskapliga strukturer, krävs att forskare från olika etablerade vetenskapsdiscipliner möts över gränserna och stimuleras till nya tankar och idéer. Bara då kan det hända som redan skett inom andra områden, till exempel genusvetenskap och miljövetenskap. För inte så länge sedan fanns inte dessa områden. Idag är de självklara inslag i vår verksamhet.

Även om området kultur och hälsa fortfarande är okänt för den breda massan, så har det på relativt kort tid blivit ett stort intresse och engagemang från politiker på nationell nivå. För några

år sedan var det få som hört talas om kultur och hälsa, idag finns ett särskilt riksdagsutskott för området. Som rektor för Göteborgs universitet har jag vid flera tillfällen haft möjlighet att presentera kultur och hälsa i olika riksdagssammanhang.

Men trots att det finns ett växande intresse bland politiker för kultur och hälsa så är det fortfarande en utmaning för området att söka forskningspengar över de traditionella ämnesgränserna. Detta av det enkla skälet att kultur och hälsa området ännu inte varit föremål för riktigt stora satsningar. Vilket i sin tur lett till att området inte nått full legitimitet bland forskningens finansierare. Här finns en viss risk för ett moment 22. Vad som krävs nu är därför omfattande och riktade forskningsanslag. Genom att utlysa sådana forskningspengar skulle man också skicka en signal om områdets betydelse. Politikerna måste också vara tydliga med att forskningen är viktig och att det behövs nya kunskaper inom kultur och hälsa. Och de måste också använda befintlig forskning som underlag för sina beslut.

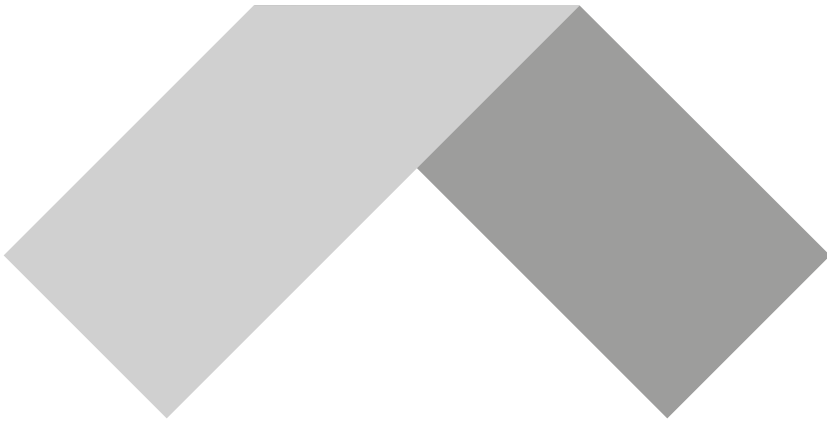
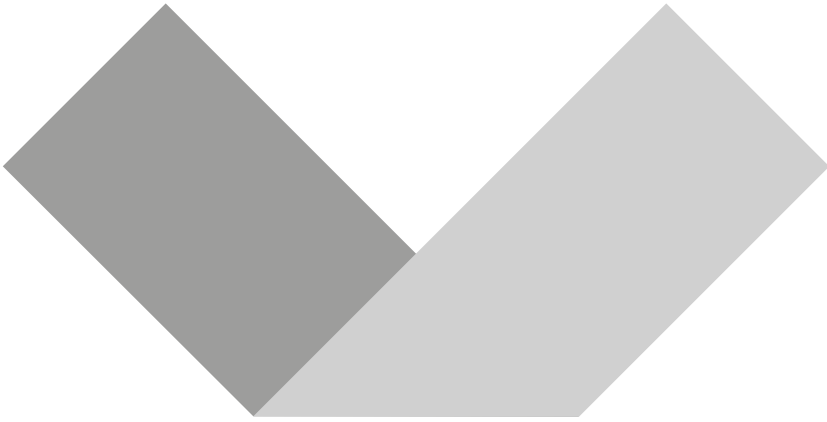
Göteborgs universitet har en viktig roll när det gäller att utveckla området kultur och hälsa. Här finns den mångfald av kompetenser som kan bidra till områdets utveckling. Det är ett naturligt led i vår allmänna strävan mot att utveckla och profilera oss som ett brett och mångsidigt universitet, men också att se bredden som en styrka. Men även om vi sitter på en mängd olika kompetenser, innebär det inte att vi ska jobba ensamma. För bästa resultat måste vi samarbeta och föra en dialog med andra universitet och högskolor såväl som med andra samhällsaktörer. Det kan exempelvis vara sjukvården, äldreomsorgen eller skolan.

Centrumbildningen för kultur och hälsa är den nod på Göteborgs universitet som ska driva forskningsperspektivet framåt. Den är kittet som kan förena och hålla ihop olika ämnesdiscipliner. Den ska på samma gång stimulera nytänkande, skapa kontaktytor mellan forskare och möten som leder till framtida forskningsprojekt. Centrumbildningen ska samordna och entusiasmera till samarbete i organisationen.

Det finns kort sagt väldigt mycket att uträtta inom kultur och

hälsa. Det kommer inte att göra alla människor friska, men det kan bidra till välbefinnande och livskvalitet, även när det handlar om kroniska sjukdomar. Kultur och hälsa riktar in sig mot mer mänskliga dimensioner och mjuka värden, sådant som traditionell sjukvård ofta förbiser. Det kan vara enkla saker som att skönlitterär läsning kan fungera som medicin vid sjukskrivning eller att musikupplevelser kan bidra till förhöjd livskänsla och snabba på rehabiliteringen av olika sjukdomstillstånd. Det kan också vara en kritisk blick riktad mot hur den samtida sjukvården bemöter människor från olika kulturer eller de praktiska och teoretiska förutsättningarna för hur medicin och hälsa förstås i vår kultur.

När alltfler upptäcker kulturens betydelse för vår hälsa, då kan forskningsområdet bidra till att göra verklig skillnad. Det är jag övertygad om.



INTRODUKTION TILL KULTUR OCH HÄLSA

Ola Sigurdson

VAD ÄR KULTUR och hälsa? Syftet med den här boken är att belysa just den frågan ur flera olika perspektiv. I det här kapitlet ska jag ge en bakgrund till arbetet med kultur och hälsa i Sverige. Jag börjar med att ge en bild av områdets historia i praktiska kultur- och vårdverksamheter och i akademisk forskning, för att sedan gå över till en begreppsdefinition, alltså vad vi menar med kultur och vad vi menar med hälsa när vi talar om kultur och hälsa. Ett område som kultur och hälsa har en historia som, även om den är kort, bestämmer vad området har kommit att bli. Området är samtidigt beroende av tydliga definitioner för att arbetet – praktiskt eller teoretiskt – inte ska bli till ett slumpmässigt famlande. Med tanke på såväl kulturbegreppets som hälsobegreppets vida betydelser blir det därefter angeläget att ställa sig frågan om hur det är möjligt att forska på kultur och hälsa – en fråga som för övrigt kommer att belysas mer i detalj i de tre följande kapitlen i den här boken. Därefter, och till sist, ska jag också ta upp frågan inte bara om kulturens egenvärde utan också om hälsans egenvärde. Även om detta är frågor vars existentiella omfattning går långt utöver denna bok, är det viktigt att inse att ett arbete med kultur och hälsa någonstans bottenar i föreställningar om poängen med kultur och vikten av hälsa – eller med andra ord vad vi tänker om det att vara människa.

Men i stället för att omedelbart närma mig frågan från en samtida synvinkel, låt mig inledningsvis nämna ett medeltida exempel på kultur och hälsa som förhoppningsvis ska tillhandahålla en förståelsehorisont för det arbete som sker i vår tid. I en läkemedelshandbok ursprungligen från 1200-talet – *das Breslauer Arzneibuch* vars manuskript finns i stadsbiblioteket i Wrocław – ges ett antal förslag för hur man ska behandla kärlekssjuka. Med kärlekssjuka menar man, förmodar jag, bland annat olycklig kärlek, men hur som helst kunde man alltså bli sjuk av kärlek. Kärlek uppfattades således i vissa fall som en sjukdom som därför kallade på sitt botemedel.¹ Lämpliga läkemedel, enligt handboken, för den som drabbats av denna sjukdom var gott vin, strängaspel, samtal med sympatiska personer och att lyssna till ”sköna berättelser”.² Den här läkemedelshandboken var en så kallad farmakopé, alltså en officiell samling föreskrifter och metoder för läkemedel. Som källa till sina råd om behandlingar anför Wrocław-handboken den grekiske läkaren Galenos liksom den persiske läkaren, filosofen och poeten Ibn-Sina som bland annat var författare till en av de viktigaste medicinska encyklopedierna under medeltiden. Galenos och Ibn-Sina utgjorde tillsammans de främsta auktoriteterna inom medicinen på medeltiden. Att bota olycklig kärlek på detta sätt hade alltså stöd i den tidens främsta medicinska vetenskap. Om det någon gång i historien varit aktuellt att tala om ”kultur på recept” så var det i farmakopén från Wrocław.

Kärlekssjuka var emellertid inte det enda som ansågs kunna botas på liknande sätt under medeltiden. ”Själens olyckor” (*accidentia animi*) var en självklar del av en medeltida teori om den sjuka och friska människan, och här ansågs konsterna, särskilt musiken och dikten men även lättsammare konster, kunna ha en botande funktion. Med andra ord fanns det tämligen utarbetade former av det vi kallar musikterapi och biblioterapi. Musik och litteratur i olika former ansågs vara lämpliga behandlingar (förmodligen tillsammans med andra) vid så olika ingrepp eller åkommor som åderlåtning och luftrörskatarr men också som un-

derhållning, tidsfördriv, distraktion, tröst, att stärka viljan vid amputationer eller att förbereda sig för döden. Den här terapeutiska funktionen tillskrevs både andlig och världslig litteratur och musik. Konsterna – musik och litteratur, men också arkitektur, målarkonsten och bildhuggeriet – skulle brukas, och de skulle brukas för människors hälsas skull.

Jag har valt att inleda med exemplet på kärlekssjuka och dess behandling eftersom jag menar att det säger mycket om vad vi menar med kultur och hälsa också i dag. Till att börja med kan vi konstatera att mellan den medeltida medicinen, som i allt väsentligt bygger vidare på den antika medicinen, och dagens skolmedicin finns det en avsevärd skillnad. Den moderna medicinen som vi känner den började växa fram under 1500-talet och fick sitt genomslag kanske först under 1700-talet. Här har läkarens och medicinens roll smalnats av jämfört med medeltiden, och att yttra sig om kärlekssjuka och andra ”själens olyckor” hör idag sällan eller aldrig till denna roll. Den medeltida läkaren ansågs emellertid kunna yttra sig om många fler dimensioner av den mänskliga existensen, eftersom ”hälsa” var ett vidare begrepp än endast ”frånvaro av sjukdom”. Därför var det inte särskilt märkligt att man kunde läsa hur man botar kärlekssjuka i en läkemedelsinstruktion från 1200-talets Wrocław.

Men också konstens självförståelse har förändrats på så sätt att det inte längre är självklart att ett centralt syfte hos konsten är att tas i bruk för människans hälsas skull. Konsten har ett egenvärde som är oberoende av dess eventuella terapeutiska funktion. Kännetecknande för det estetiska omdömet menar den för den moderna konstuppfattningen tongivande tyske filosofen Immanuel Kant i sin bok *Kritik av omdömeskraften* från 1790 är att det utgår från ett ”ointresserat välbehag”.³ Med andra ord ska konsten just som konst åstadkomma en njutning som är helt likgiltig inför ett eventuellt ändamål utanför den själv, till exempel hälsa. För den medeltida konstnären som utgick från att konsten skulle ”lära, röra och behaga” var det dock knappast förvånande att en läkemedelsinstruktion kunde ha åsikter om hur kon-

sten skulle brukas; i själva framställningen av konstverket – vare sig det rörde sig om att dikta eller att spela musik – fanns tanken med från början att konstverket kunde brukas för olika syften av läsaren eller åhöraren.⁴

Orsaken till förändringen i konstuppfattning finns emellertid inte bara att söka i förvandlingen av konstens egen självförståelse. I takt med att den moderna narkosen har övervunnit de smärtor som var förknippade med en operation – exempelvis – behöver medicinen inte längre ta litteraturen i anspråk som distraktionsmedel och litteraturen blir därmed fri att söka andra syften för sin verksamhet. Konst och medicin har med andra ord avlägsnat sig från varandra av flera orsaker: de medicinska framstegen i modern tid har inneburit att medicinen kunnat ersätta några av de funktioner som konsten tidigare haft; en uppvärdering av konstens autonomi har inneburit att dess bruksvärde tonats ned; en förskjutning av hur man förstår relationen mellan kropp och själ/medvetande mot en tilltagande dualism har lett till att medicin och konst inte ansetts ha något med varandra att göra.

När det gäller kultur och hälsa så säger mitt exempel med olycklig kärlek på medeltiden två till synes motsägande saker. Å ena sidan har man redan på medeltiden ägnat sig åt kultur och hälsa även om man av naturliga skäl inte använt just dessa ord. Å andra sidan har man på medeltiden *inte* ägnat sig åt kultur och hälsa, eftersom man på sätt och vis inte skilt dessa två åt. Konsten var inte skild från medicinen utan ingick som en del av den reper-toar av botemedel den kunnige läkaren skulle ha tillgång till. Att vi i vår tid talar om kultur och hälsa och kanske också frågar oss vad de egentligen har med varandra att göra, beror på att den moderna medicinen, konsten och människosynen ofta utgår från att de är skilda åt. De senaste decennierna har emellertid visat att det går utmärkt att ställa liknande frågor även i vår tid: Kan musik ha en terapeutisk funktion? Vilken roll spelar litteraturen för vår förståelse av hälsa och sjukdom? Hur ska ett sjukhus vara designat för optimal rehabilitering? Vilken är relationen mellan kulturens egenvärde och dess bruk i svåra stunder? Den här boken vill vara

en hjälp till att fundera över sådana här frågor på ett systematiskt sätt. Som jag inledningsvis nämnt ska det här kapitlet tjäna som en introduktion till området, så som det vuxit fram i Sverige, men också visa hur begrepp som kultur och hälsa förhåller sig till varandra och vad kulturens respektive hälsans eventuella egenvärde kan betyda för förståelsen av hur kultur och hälsa hänger ihop. Därefter kommer de tre följande kapitlen att fördjupa förståelsen av forskningen kring kultur och hälsa.

KULTUR OCH HÄLSA I FORSKNING OCH PRAKTIK

Någon fullständig historia om hur kultur och hälsa kom att bli ett begrepp i Sverige ska jag inte skriva här. Några nedslag kan emellertid visa hur begreppet under ganska kort tid kommit att bli etablerat både i praktiska kultur- och vårdverksamheter och i den akademiska forskningen. Dessutom kan den här genomgången visa något av den mångfald av resurser som området kan göra anspråk på. Jag kommer att börja med forskningen för att sedan fortsätta med praktiken – vilket inte betyder att det var forskningen som kom först. Det är snarare rimligt att utgå ifrån att praktiken kom först, vilket även mitt inledande historiska exempel antyder. Som praktisk verksamhet har nog kultur och hälsa alltid funnits, även om det inte gått under just den här beteckningen. Det blir emellertid intressant att här uppmärksamma några av de särskilda satsningar på kultur och hälsa som gjorts i olika delar av Sverige på senare tid.

En lämplig utgångspunkt är år 2005 då Statens folkhälsoinstitut gav ut skriften *Kultur för hälsa: En exempelsamling från forskning och praktik*.⁵ De exempel som anförs i skriften härrör främst från ett kartläggings- och initieringsarbete som bedrivits av Statens folkhälsoinstitut sedan 2002 då en första hearing inom området kultur och hälsa ägde rum. Inledningen av *Kultur för hälsa* hänvisar till Nationella folkhälsokommitténs slutbetän-

kande *Hälsa på lika villkor* som håller för sannolikt att ett ökat deltagande i kulturlivet också skulle bidra till en bättre och mer jämlik hälsa i befolkningen. Dessutom lyfter man fram ett nyårstal från 2005 av den dåvarande kulturministern Leif Pagrotsky som menar att ”[d]et finns ett tydligt samband mellan kulturkonsumtion och bättre hälsa”.⁶ Man nämner också att regeringens proposition *Forskning för ett bättre liv* lyfter fram vikten av ökad kunskap på området och därför avsatt 5 miljoner kronor 2006 för forskning om kultur och hälsa (prop. 2004/05:80).

Dessa öronmärkta pengar för kultur och hälsa kanaliserades via Vetenskapsrådet ut till forskare inom flera olika vetenskapliga discipliner. I sin broschyr *Forskning om kultur & hälsa* skriver Vetenskapsrådet att man under 2006–2008 delat ut sammanlagt 15 miljoner kronor till nio olika kultur och hälsa-projekt från bland annat estetiska ämnen, psykologi, sociologi, antropologi och folkhälsovetenskap. I Vetenskapsrådets broschyr yttrar sig Gunilla Jarlbro, professor i medie- och kommunikationsvetenskap vid Lunds universitet och ordförande för den beredningsgrupp som höll i forskningsprogrammet om dess framgång:

Något som blev slående vid slutkonferensen var hur oerhört många publiceringar som programmet genererat. Fem miljoner kronor gånger tre år är verkligen inte mycket för ett forskningsprogram, så det är imponerande att man med så små medel åstadkommit så mycket.⁷

Samtidigt betonar Jarlbro också att det är viktigt att följa upp detta forskningsprogram för att det ökade intresset av att forska om kultur och hälsa inte ska ebba ut. En forskare som varit av stor betydelse för området, läkaren och forskaren vid Karolinska institutet Thöres Theorell, påpekar också att en viktig uppgift för forskningen är att yttra sig om *hur* kultur blir viktig för hälsan, inte bara konstatera *att* den är det. Annars riskerar man att den praktiska verksamheten inte blir förankrad i forskningen trots allt, vilket skulle kunna underminera intresset för sambandet mellan kultur och hälsa.⁸ Broschyren innehåller korta, koncisa

presentationer av de olika forskningsprojekten tillsammans med en publikationslista för de olika forskningsprojekten. Med andra ord är broschyren en viktig källa till information om både projekt, forskare och publikationer i det vidare arbetet med kultur och hälsa.

Flera forskningsinitiativ inom kultur och hälsa har tagits även efter Vetenskapsrådets forskningsprogram. Ett av de största forskningsprojekten på senare tid är ”Den musicerande människan” som leds av Fredrik Ullén vid Karolinska institutet.⁹ Ullén är professor i kognitiv neurovetenskap men också aktiv som konsertpianist. Riksbankens Jubileumsfond har avsatt medel till detta projekt under inte mindre än sju år med början 2012. Projektet tar sin utgångspunkt i frågan om sambandet mellan å ena sidan den tid människor lägger ned på att syssla med musik på olika sätt och å andra sidan vilka positiva sidoeffekter detta får för den kognitiva förmågan liksom för hälsan. Förhoppningen är att detta ska leda till tillämpbar kunskap om hur samhället bäst stimulerar musikalisk aktivitet, organiserar musikalisk träning i hem och skola, samt tar tillvara musikens positiva effekter för kognition och hälsa. Forskningsprojektet har sitt vetenskapliga fokus i neurovetenskapen.

Från början har alltså arbetet med kultur och hälsa omfattat både forskning och praktik. Tanken är att dessa ömsesidigt ska belysa varandra. Om forskningen kan belysa och verifiera de samband mellan kultur och hälsa som vi genom erfarenhet anar kan detta förhoppningsvis innebära ett mer preciserat praktiskt arbete med kultur och hälsa i kommuner och regioner. Samtidigt är det viktigt att konstatera att forskningen också är beroende av att man på många områden redan förvaltar insikter om olika samband mellan kultur och hälsa, insikter som sprungit fram ur det praktiska arbetet. Det är alltså knappast fråga om envägs-kommunikation mellan forskning och praktik. Kulturrådet, som är en statlig myndighet under Kulturdepartementet och har förutom sitt uppdrag att verka för kulturens utveckling och tillgänglighet, också ett uppdrag att stödja praktisk verksamhet

inom området kultur och hälsa.¹⁰ Bland annat så har man på regeringens uppdrag under 2011, 2012 och 2013 stöttat ett antal olika verksamheter som rör ”Kultur för äldre”.¹¹ Kulturrådets kultur och hälsa-verksamhet sker i nära samarbete med den tvärvärdspolitiska Föreningen kultur och hälsa i Sveriges riksdag som vill främja både en större medvetenhet om kulturens betydelse och konkret även motivera till politiska beslut som stärker området.¹² Föreningen startade sin verksamhet 2007 och har sedan dess anordnat ett femtontal större aktiviteter och seminarier, både i riksdagen och utanför. Föreningens ordförande är i skrivande stund (våren 2014) Anne Marie Brodén (m) och vice ordförande är Maria Lundqvist-Brömster (fp).

Många kommuner och regioner men också privata aktörer har olika projekt och verksamheter som handlar om kultur och hälsa. Dessa är alltför många för att någon meningsfull överblick ska kunna ges här, men låt mig åtminstone nämna ett av de tidigaste och även mest omfattande arbetena inom området, nämligen det som bedrivs av Region Skåne sedan ungefär 10 år.¹³ Här är man långt framme i arbetet om hur kultur på olika sätt kan verka förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande. Både kultur nämnden och hälso- och sjukvårdsnämnden i regionen har gjort insatser inom området och ska tillsammans ta fram en strategi för en långsiktig planering av det framtida arbetet. Ett av de mest uppmärksammade inslagen i deras verksamhet är ”Kultur på recept”. ”Kultur på recept” var till att börja med ett regeringsunderstött pilotprojekt där just kultur på recept erbjöds ett antal långtidssjuk-skrivna personer i Helsingborg som behandling. Under tio receptveckor följdes sammanlagt tre grupper av deltagare åt i olika aktiviteter, exempelvis rundvandring i Sofieros slottsträdgård och körsång. Projektet genomfördes under 2010 och utvärderades sedan.¹⁴ Det positiva resultatet har inneburit att Region Skåne ånyo satsar på ”Kultur på recept” under januari 2012 till december 2014 för en grupp på 200 patienter. Syftet är att undersöka om kulturaktiviteter, eget skapande och kulturupplevelser kan vara en del i en rehabiliteringsprocess. Som rapporten med utvärderingen

konstaterar bör inte dessa kulturaktiviteter ses isolerade från det faktum att man genom dessa bryter isolationen hos en del av de långtidssjukskrivna, och att man också tar bort fokus från sjukdomen hos patienterna till kulturaktiviteter och kulturupplevelser som kreativa resurser. I dessa konkreta fall handlar det inte om att kulturen isolerad från sitt sammanhang verkar rehabiliterande utan just det faktum att kulturutövningen äger rum i ett socialt sammanhang. ”Kultur på recept” är en av flera satsningar från Region Skåne och det är viktigt att lyfta fram att för alla dessa satsningar tar man också fram en mer övergripande strategi för arbetet med kultur och hälsa. Region Skåne är naturligtvis inte ensam om att satsa på kultur och hälsa – tvärtom har flera regioner precis startat eller befinner sig i startgroparna – men deras arbete framstår som det hittills mest omfattande.

KULTUR OCH HÄLSA VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Intresset för kultur och hälsa har också givit återklang vid Göteborgs universitet och startskottet till den centrumbildning där den bok du just nu läser i är framställd. En av initiativtagarna var professorn i molekylär biologi Gunnar Bjursell. Ett projekt startades där Bjursell blev ordförande och en av de första mer offentliga manifestationerna av projektet var ett upptaktseminarium som hölls den 18 april 2007 i Vasaparken, en av Göteborgs universitets huvudbyggnader. Seminariet samarrangerades med Västra Götalandsregionen och samlade ett hundratal deltagare, bland annat kulturministern Lena Adelsohn Liljeroth, folkhälsoministern Maria Larsson, kommunstyrelsens dåvarande ordförande i Göteborg, Göran Johansson, professorn och nobelpristagaren Arvid Carlsson och universitetets rektor Pam Fredman. Genom journalisten Kerstin Wallin dokumenterades seminariet i en skrift som givits ut av Göteborgs universitet.¹⁵ Samtalet präglades av stor entusiasm men också av en betoning av att kultur

och hälsa måste vara ett mångvetenskapligt projekt för att inrymma alla de dimensioner som kultur och hälsa innehåller. I skriften framhåller Fredman att ett centrum för forskningen om kultur och hälsa är en nationell angelägenhet och Bjursell att medicin i framtiden ”kommer att vara en underavdelning till ämnet hälsa”.¹⁶ Påpekandet härrör snarast ur insikten om att hälsa är ett vidare begrepp än vad som traditionellt studerats av de medicinska fakulteterna, nämligen något som vi kallar välbefinnande.

Tillsammans med professorn i offentlig rätt, Lotta Vahlne Westerhäll, tog Bjursell ytterligare ett initiativ som resulterade i boken *Kulturen och hälsan: Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd* som publicerades 2008.¹⁷ Boken innehåller bidrag från nio forskare ur olika discipliner men också ett förord av den tidigare kulturministern Bengt Göransson och även en CD-skiva, ”Triptyk”, med flöjtmusik av Gunilla von Bahr som också skrivit ett kapitel i boken. Genom att inkludera en CD med flöjtmusik betonade boken att kultur och hälsa inte alls bara är en angelägenhet för akademiska forskare utan att forskning och praktik bör gå hand i hand. Att Göransson skrivit ett förord är inte att förvåna, eftersom den förre kulturministern visat ett fortlöpande men också kritiskt intresse för kultur och hälsa. Bland annat varnar han för en alltför naiv förväntan att kulturen ska kunna lösa våra hälsoproblem och därmed spara vårdpengar – en mening som han upprepat flera gånger i ett föredrag med den medvetet provocerande men också insiktsfulla titeln ”Inte fan blir man frisk av kultur”. Däremot skriver Göransson att han blir glad åt ”mångfalden av definitioner av begreppen kultur respektive hälsa”, eftersom den tvingar läsaren att själv tänka efter.¹⁸ Göransson har alldeles rätt i att *Kulturen och hälsan* innehåller en mångfald av definitioner. En god översikt ger emellertid idéhistorikern Karin Johannissons kapitel ”Kultur och hälsa: Två besvärliga begrepp”: båda begreppen betyder olika saker i olika sammanhang och i olika tider. Dessutom finns det flera dimensioner av båda begreppen. Jag har anledning att återkomma till den här frågan nedan.

Boken kom att bli relativt framgångsrik och gav också avtryck genom ett antal seminarier som genomfördes runt om i landet. Det av dessa som är mest väldokumenterat är det som ägde rum den 10 november 2008 i Göteborgs universitets aula i Vasaparken med Gunnar Bjursell som moderator och Karin Johannisson, Töres Theorell och jag själv i panelen och några hundra personer i auditoriet. Diskussionen varade i över två timmar och journalisten Kerstin Wallin gjorde även denna gång ett utförligt seminarierferat i skriften *Kulturen och hälsan: Symposium 10 november 2008*.¹⁹ Anledningen till att jag lyfter fram det här seminarierferatet liksom den tidigare skriften om upptaktseminariet är att båda dessa tillfällen samlat många av dem som är aktiva inom kultur och hälsa-området, inte minst som forskningsområde, och att de speglar den diskussion som förts om kultur och hälsa och dess eventuella relevans för den praktiska verksamheten. I seminarierferatet kommer dels sådant som kulturens eventuella nytta och möjligheten till att skriva ut kultur på recept upp till diskussion, men också i vilken mån frågan om människosyn är ett viktigt inslag inom ramen för kultur och hälsa som forskningsområde.

De initiativ som tagits vid Göteborgs universitet har resulterat i flera konkreta satsningar: dels en centrumbildning vid Göteborgs universitet och dels flera forskningsprojekt finansierade av Sten A. Olssons Stiftelse för forskning och kultur. Låt mig börja med säga något om dessa forskningsprojekt.²⁰ Projektet ”The Culture and Brain Health Initiative”, till att börja med, har sitt vetenskapliga centrum i forskningen kring hjärnans plasticitet och läkningsförmåga, men inbegriper också ett samarbete med musiker och musikforskare. Projektet vill undersöka effekterna av sinnesstimulans genom olika kulturella aktiviteter, såsom musik och dans. Ett av syftena är att förstå och utnyttja kulturens möjligheter att uppnå förbättrade förutsättningar för hjärnhälsa, gott åldrande med bibehållen kognitiv funktion, samt att öka möjligheterna för läkning och funktionsåterkomst efter skada och sjukdom i hjärnan. Mest medial uppmärksamhet

har ett delprojekt som går under namnet ”Kroppens partitur” rönt genom sin forskning om musikens betydelse för människans välbefinnande – ett projekt som återkommer i det sista kapitlet av den här boken.²¹

Stenastiftelsen har också stöttat det samhällsvetenskapliga forskningsprojektet ”Kultur, hälsa och personlighet” vars syfte är att belysa samspelet mellan å ena sidan hälsa och välbefinnande och å andra sidan kulturvanor och livsstilar under kontroll för personlighetsfaktorer. Huvudinriktningen är på nationella svenska förhållanden, men även regionala variationer undersöks i projektet. Ett exempel från det här projektet är det kapitel som de två forskningsledarna Sören Holmberg och Lennart Weibull publicerade 2012 i boken *I framtidens skugga* med rubriken ”Kultur befrämjar hälsa”. I den här delstudien har man undersökt sambandet mellan kultur och hälsa och konstaterar att något samband mellan kultur och hälsa som frånvaro av sjukdom inte kan påvisas. Däremot kunde de visa på ett statistiskt signifikant samband mellan kultur och hälsa som ett tillstånd av välbefinnande. Holmberg och Weibull skriver: ”Man blir inte frisk av kultur, men man kan *uppfatta* att man blir friskare.”²² I media framställdes detta upprepade gånger som att det *inte* skulle finnas något samband mellan kultur och hälsa, men det är alltså inte så resultatet bör uppfattas. Också Holmberg och Weibull återkommer i kapitel 4 i den här boken.

Stenastiftelsen har till sist även stöttat det humanvetenskapliga projektet ”Religion, kultur och hälsa” som samlar forskare från filmvetenskap, litteraturvetenskap, religionshistoria, statsvetenskap och teologi – ett projekt som jag själv, tillsammans med statsvetarprofessorn Marie Demker och litteraturprofessorn Yvonne Leffler tagit initiativ till. Forskningsprogrammet problematiserar kultur och hälsa i ett existentiellt sammanhang. Inom ramen för människors livstolkning studeras samtida politiska, sociala och religiösa betingelser för hur ”kultur” och ”hälsa” uppfattas och används. När frågor om religion och hälsa berör varandra blir det viktigt att undersöka vilken roll religion och livs-

åskådning spelar för förståelsen av kultur och hälsa och tvärtom. Projektet har en tämligen vid definition av begreppet religion och därför omfattar det alltifrån frågan om hur människor använder litteraturgenrerna chick-lit och romantiska komedier som redskap för livstolkning till statens roll att främja eller undertrycka religiösa livstolkningar. Även Demker och Leffler presenterar sina egna projekt något utförligare i kapitel 4 av den här boken.

Om det förstnämnda projektet om hjärnans plasticitet fokuserar på de biologiska förutsättningarna för människans hälsa och det samhällsvetenskapliga projektet fokuserar på människors upplevelse av hälsa, så är fokus för ”Religion, kultur och hälsa” snarast den kulturella representationen av hälsa, alltså hur hälsa framställs i media och i kulturella uttryck och vad som där räknas som friskt eller sjukt. Ett enkelt exempel på det är mitt inledande exempel med kärlekssjukan som i vår tid knappast skulle klassas som en sjukdom, men det kunde den alltså göras i en farmakopé från 1200-talet.

Till sist ska några ord sägas om den centrumbildning som står bakom den skrift du just nu läser. Centrum för kultur och hälsa (CKH) startades 1 januari 2010 med syftet att stimulera till insatser inom såväl forskning som utbildning för att belysa relationen mellan kultur och hälsa, särskilt stimulera till samarbete mellan olika vetenskapliga områden och discipliner, liksom mellan akademi och olika aktörer i samhället, stödja arbetet med att söka finansierare av forskning inom fältet kultur och hälsa samt att stödja spridandet av kunskap om utvecklingen av forskningsfältet genom olika aktiviteter. Gunnar Bjursell som var en av initiativtagarna till arbetet med kultur och hälsa vid Göteborgs universitet var föreståndare fram till sin pensionering 2011. Från och med 1 juli 2011 leds arbetet av en föreståndare – som tillika är författaren till det kapitel du just nu läser – och en forskningsamordnare med forskningsbakgrund inom neurovetenskap, Annica Sjölander. För närvarande bedrivs endast i begränsad omfattning forskning av själva centrumbildningen, även om alla som arbetar där är aktiva forskare, utan dess huvudsakli-

ga roll är att initiera ny forskning, stödja pågående forskning och sprida information om området. Det sistnämnda sker inte minst genom hemsidan www.ckh.gu.se som har ambitionen att vara en nationell (och även internationell) resurs för arbetet med kultur och hälsa. Här finns bland annat en nyhetsroll, forskarporträtt och en ständigt ökande samling av länkar till ytterligare resurser inom såväl forskning som praktik.

Naturligtvis finns det projekt som rör kultur och hälsa utan att för den skull använda sig av beteckningen som sådan; ett exempel vid Göteborgs universitet är Centrum för personcentrerad vård (GPCC) som sedan 2010 arbetar tvärvetenskapligt med vårdforskning och är finansierade av en strategisk satsning från regeringen.²³ GPCC illustrerar det faktum att det finns en hel del forskning vid svenska lärosäten som inte heter kultur och hälsa men inte desto mindre ägnar sig åt kultur och hälsa.²⁴ Den historia som återberättats här är tämligen kort. Liksom i farmakopén från 1200-talet kan vi förvänta oss att finna själva saken på många ställen där terminologin inte finns på plats, och det gäller därför att vara uppmärksam på detta.

Den bild av området kultur och hälsa som tonar fram via dessa forskningsprojekt och praktiska satsningar är att området rönt en hel del uppmärksamhet, men också att det är ett område som innehåller en hel del olika former av forskning och praktik. Att denna mångfald är motiverad av själva frågeställningen om relationen mellan kultur och hälsa hoppas jag ska bli tydligt i resten av det här kapitlet, när jag nu vänder mig till vad vi förstår med begreppet kultur respektive begreppet hälsa, men också frågan om kulturens respektive hälsans egenvärde.

BEGREPPET KULTUR

För att kunna tala om kultur och hälsa på ett meningsfullt sätt krävs att vi vet vad vi menar när vi säger både kultur och hälsa. Det är alltså en fråga om definitioner. I det här avsnittet ska jag

till att börja med säga något om begreppet kultur för att i nästa komma till begreppet hälsa. Som jag nämnt ovan menar idéhistorikern Johannisson att det rör sig om två besvärliga begrepp. Det första som är tydligt när man talar om definitioner av begreppet kultur är nämligen att det är mångtydigt. Läkaren Christina Doctare nämner i ett kapitel i samma bok som Johannisson att på hennes läkarutbildning under 1960-talet var det enda slags kultur som uppmärksammades bakteriekulturer.²⁵ En sådan användning av begreppet speglar att kultur kommer från latinets *cultura* som betyder odling och verbet *colere* som betyder att odla (men också att bebo eller att vörda). Man kan odla eller kultivera en mängd olika saker: alltifrån bakterier och växter till sig själv. En kultiverad person anses vara en person som odlat fram vissa egenskaper hos sig själv och därför kan kallas förfinad, lärd eller civiliserad. Som en av begreppets uttolkare, den brittiske litteraturvetaren Terry Eagleton påpekat, handlar ordet från början om en aktivitet, att kultivera eller att odla, och har först senare blivit ett ting eller ett föremål.²⁶ En av de saker som är anmärkningsvärda hos den här processen är hur termens betydelsefält förflyttat sig från det materiella eller agrikulturella till det andliga. Kultur, åtminstone såsom vi ofta använder ordet i dag, är en fråga om det vi gör *efter* att vi tillgodosett våra materiella behov.

I dagligt tal används, förmodar jag, begreppet kultur på svenska inte främst om bakteriekulturer utan om sådant som vi också skulle kunna kalla konst eller kreativa uttryck: bild, film, musik, dans och litteratur men kanske också arkitektur, skulptur och hortikultur. Antingen är det vi själva som utövar någon av dessa kreativa uttryck eller så avnjuter vi dem i någon form: vi kan spela trummor själva eller lyssna till någon som spelar trummor. Kultur kommer här att handla om konstnärliga eller intellektuella verk och hur de utförs eller delas.²⁷ Ur ett kultur och hälsa-perspektiv är det viktigt att så långt det är möjligt undvika de spontana associationer som kan vidhäfta en viss form av kultur, till exempel att musik är svårt och att bara vissa har förmågan att ägna sig åt eller förstå musik. Musikvetare har därför föreslagit

att man ska använda termen ”musicking” eller ”att musika” för att visa hur människors musikanvändning inte kan begränsas till något man själv utövar eller aktivt lyssnar till.²⁸ Man kan ha ett intresse för sångtexter, man kan diska till musik, man kan samla på skivor eller man kan gilla att läsa eller prata om musik – eller allt detta tillsammans. Det kan med andra ord finnas en hel del olika aktiviteter förknippade med musik som har på olika sätt betydelse för hälsan. Samma sak gäller givetvis även andra former av kultur.

Syftet med en sådan term som ”att musika” är att försöka undvika att kulturbegreppet, i meningen konstnärliga eller intellektuella verk och hur de utförs eller delas, förknippas med en sortering av kulturen i bättre och sämre. Det finns en uppenbar risk att den kultur som påverkar hälsan förknippas med en eller annan form av kulturkanon, alltså något slags lista på vad som anses vara god kultur. Åtminstone en undersökning antyder att det inte är ett visst slags musik som kan ha en potentiellt rehabiliterande funktion, utan självvald musik, alltså den musik som jag själv väljer att spela eller lyssna till.²⁹ Med andra ord kan både Mozart och death metal reducera stress – men om de gör det eller inte beror till stor del på vår personliga musikaliska biografi. Att det från ett kultur och hälsa-perspektiv finns anledning att akta sig för att medvetet eller omedvetet föra in normativa föreställningar om värdet av ett visst slags musik eller ett visst verk betyder inte att sådana föreställningar inte kan vara legitima ur andra perspektiv, det betyder bara att det rimligen inte är någon bra idé att förväxla ”bota” med ”uppfostra”. Den vanliga distinktionen mellan ”finkultur” och ”populärkultur” framstår här som ytterst problematisk.

Ett ytterligare problem med nämnda kulturbegrepp är gränsen mellan kultur i denna mening och andra mänskliga aktiviteter, som till exempelvis sport, vare sig är självklar eller speciellt användbar. Att sport (om det inte rör sig om elitidrott) kan vara bra för hälsan är knappast någon nyhet, men är sport också kultur? Är det kultur att gå och titta på fotboll? För ett konventionellt kulturbegrepp är svaret förmodligen nej, men då bör vi

vara medvetna om att sådant som kön samt ekonomisk och social klass påverkar värderingen av kultur respektive sport i dagens samhälle. För att inte riskera att en viss grupp människor hamnar utanför det fält som kultur och hälsa undersöker är det av stor vikt med en öppen kulturdefinition – trots allt handlar det till syvende og sidst inte om att få en konsekvent definition av kultur till varje pris utan om människors hälsa.³⁰

Gränsen mellan kultur och sport i vårt samhälle är inte självklar utan en historiskt framvuxen distinktion. Likaså är den musik som jag gillar inte bara en konsekvens av mitt spontana tycke och smak utan i minst lika hög grad en konsekvens av uppväxt – influenser hemifrån men också genom skolan, media och vänner – och tillfälligheter – att jag råkade lyssna på just den musiken samtidigt som jag träffade min respektive eller fick ett livsavgörande besked. Att jag överhuvudtaget har en relation till musik och anser att det är viktigt på det sätt jag gör är förmodligen också en konsekvens av att jag lever i ett samhälle som värderar musik som en viktig del i ett mänskligt liv. Vad jag vill ha sagt med dessa påståenden är att det inte är tillräckligt att tala om kultur som konstnärliga eller intellektuella verk och hur dessa utförs eller delas. Att kultur spelar den roll det gör i våra liv (vilken denna roll nu än är) är beroende av den kultur vi lever i – och här syftar den sistnämnda användningen av ordet kultur på ett annat kulturbegrepp, nämligen kultur som ett meningsskapande system som inbegriper såväl känslor, vanor, värderingar och övertygelser som ekonomiska, politiska, sociala och religiösa institutioner. Man kan exempelvis tala om ”göteborgskultur” i den här meningen, och då menar man inte främst att människor går och sjunger sånger av Lasse Dahlquist utan det sätt att vara som är typiskt för Göteborg. Självklart rör det sig då om en generalisering av stora mått, eftersom det finns många olika sätt att vara på i Göteborg, men den grundläggande tanken är att människan som historisk och social varelse formas av sin omgivning på ett sätt som påverkar (men inte nödvändigtvis determinerar) hur vi tänker, handlar och hoppas.

Låt mig ta ett exempel på detta med relevans för frågan om kultur och hälsa. De två japanska psykologerna Ukiko Uchida och Shinobu Kitayama hävdar i en artikel att den allmänna förståelsen av vad som är lycka och hur man uppnår den skiljer sig åt mellan Nordamerika och Japan.³¹ Nordamerikaner betonar betydelsen av personligt oberoende medan japaner värderar ömsesidigt beroende högre. Dessa olika konceptioner av lycka har sina rötter i olika föreställningar om vad det är att vara mänskiska, föreställningar som är förankrade i historien. Om den nordamerikanska kulturen och historien de senaste århundradena har betonat det autonoma självet som sin egen lyckas smed, så har den japanska betoningen av vikten av att handla i harmoni med ens närstående resulterat i ett lyckoideal som är mer interpersonellt. Om den nordamerikanska livsstilen uppmuntrar handlingar mot bakgrund av en optimistisk horisont som förutsätter att det är möjligt att förverkliga sina drömmar, så är lycka för det japanska perspektivet mer ambivalent eftersom förväntningshorisonten också inbegriper negativa dimensioner. De kulturella skillnaderna mellan Nordamerika och Japan ska givetvis inte överdrivas, och inte heller ska man förvänta sig att varje person exemplifierar de lyckoideal som respektive kultur uppmuntrar. Inte desto mindre, menar Uchida och Kitayama, innebär dessa skilda lyckoideal i allmänhet olika strategier för att hantera existentiellt svåra situationer. För nordamerikanen ligger det nära till hands att hävda sitt oberoende och klandra omständigheterna, medan japanen strävar efter att återställa balansen i situationen. Men våra olika föreställningar om lycka hänger också samman med olika kulturella och historiska föreställningar om hälsa och sjukdom som i sin tur innebär olika sätt att hantera hälsa och sjukdom i livet.³² Till och med biomedicinen liksom hälso- och sjukvården är en del av kulturen i denna bemärkelse – och inte bara någon annanstans än här utan också i västerlandet inklusive Sverige.³³

Vår kulturella tillhörighet spelar alltså roll för hur vi hanterar och förstår de svårigheter vi möter i livet, inklusive sådana som

rör hälsa och sjukdom. En sådan diskussion som Uchida och Kitayama för kan förvisso göras mer nyanserad än min framställning här, men detta räcker kanske för att min poäng här ska bli tydlig, nämligen att för forskningen om kultur och hälsa är inte endast det första kulturbegreppet viktigt utan också detta mer sociala och historiska kulturbegrepp. Den betydelse som kultur i den första bemärkelsen, alltså som konstnärligt eller intellektuellt verk, kan ha för mig personligen är beroende av kultur i den andra bemärkelsen, kultur som meningsskapande system. Människan är en kulturell varelse både i den första och den andra bemärkelsen.

Sammanfattningsvis finns det alltså åtminstone två olika kulturbegrepp som området kultur och hälsa förhåller sig till:

- * kultur som konstnärligt och/eller intellektuellt verk
- * kultur som ett meningsskapande system som inbegriper såväl känslor, vanor, värderingar och övertygelser som ekonomiska, politiska, sociala och religiösa institutioner

Jag har också framhållit att dessa båda betydelser av kultur är avhängiga av varandra: vilket slags konstnärliga och intellektuella verk jag föredrar och som talar till mig på ett meningsfullt sätt är beroende av vilken kultur jag är uppvuxen i och tillhör, men kultur som ett meningsskapande system uttrycks bland annat genom sina konstnärliga och intellektuella verk. I de följande tre kapitlen, som mer detaljerat beskriver enskilda forskare, forskningsprojekt och forskningsområden, kommer det bli än tydligare att kultur och hälsa verkligen och oundvikligen rör kultur i båda dessa bemärkelser.

Det går utmärkt att finna ytterligare kulturbegrepp – till exempel kultur som kritik – men jag ska nu vända mig till en annan fråga i kölvattnet av den här diskussionen av kulturbegreppet. En återkommande filosofisk fråga vad gäller kulturbegreppet är relationen mellan natur och kultur. Den här frågan återkommer på flera nivåer, till exempel hur man ska förstå relationen mellan

biologiskt arv och social miljö inom pedagogik och samhällsvetenskap eller huruvida kultur är en fritidssysselsättning som ett samhälle kan ägna sig åt om det har tid och råd när ekonomin och tekniken så tillåter. Det finns inget utrymme här att gå in i var och en av dessa diskussioner, så jag ska här begränsa mig till ett påstående, nämligen att natur och kultur inte bör ses som konkurrerande storheter. Tvärtom måste vi förstå dem som att de ömsesidigt betingar varandra: människan är av naturen en kulturell varelse. Å ena sidan sätter människans natur gränser för vad hon kan bli och göra, men å andra sidan förhåller vi oss till dessa gränser och bearbetar dem genom kulturen. Natur och kultur är således inga konkurrenter, där den ena gör sig gällande på den andras bekostnad på något enkelt sätt. Översatt till relationen mellan kultur och hälsa betyder det att hälsa alltid har med kultur att göra – i båda de ovanstående bemärkningarna. Vad vi menar med hälsa är beroende av den kultur vi lever i, men kulturella verk är också sätt för oss att förhålla oss till och även påverka vår hälsa eller ohälsa. Men vad menar jag med hälsa? Det är dags att vända sig till definitionen av det andra begreppet i kultur och hälsa.

BEGREPPET HÄLSA

Om det finns en mångfald av definitioner av begreppet kultur så är detta också fallet med begreppet hälsa.³⁴ Den utan tvekan allmänt dominerande definitionen av hälsa i vår tid och vår västerländska kultur som ”frånvaro av sjukdom” speglar att det är den medicinska praktiken och forskningen som har kommit att bestämma vad begreppet betyder. I en svunnen tid – vilket antyds av mitt inledande exempel med kärlekssjuka – var definitionen av hälsa mycket vidare än så, och intressant nog speglas detta även av att Världshälsoorganisationen menar att hälsa är mycket mer än blott frånvaro av sjukdom. I sin definition från 1948 menar WHO att hälsa är ”ett tillstånd av totalt fysiskt, mentalt

och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller svaghet". WHO:s definition har kritiserats för att vara utopisk genom betoningen på ett "totalt" välbefinnande, men låt mig trots detta lämna denna fråga därhän för tillfället. För mina syften här är det framför allt två saker som bör lyftas fram i den här definitionen: för det första rör det sig inte bara om en negativ definition av hälsa, "frånvaro av sjukdom", utan också en positiv, "välbefinnande", och för det andra betonas att välbefinnandet kan ha flera dimensioner: fysiska, mentala och sociala.

Hälsa är då inte bara är en fråga om frånvaro av sjukdom utan också om välbefinnande. Här kan WHO:s definition sägas anknyta – medvetet eller inte – till en tidigare epoks förståelse av hälsa. Under den medeltid då farmakopén från Wrocław skrevs var förståelsen av hälsa mycket vidare än blott frånvaro av sjukdom; i gammal svenska användes ordet "hälsa" även om "frälsning" och frälsning förstods inte endast som något "andligt" utan också just "fysiskt, mentalt och socialt". Sambandet blir kanske ännu tydligare – och ännu äldre – om vi påminner oss om att *salus* är ett latinskt ord för hälsa, och *Salus* var i den romerska mytologin ekvivalenten till den grekiska gudinnan Hygieia. Hygieia var dotter till Asklepios och hälsans, renlighetens och renhållningens gudinna. Det finns alltså redan på etymologisk nivå en koppling mellan hälsa, hygien, friskhet och livsåskådningsmässig helhet.³⁵ Med andra ord var hela människan inbegripen i hälsan och inte endast hennes fysiska dimensioner.

Också i vår tid lever något av samma erfarenhet av att hälsan inte kan begränsas till frånvaro av sjukdom kvar i ordspråket "hälsan tiger still". Om jag säger att "hälsan tiger still" så menar jag helt enkelt att hälsa i betydelsen välbefinnande kan vara något jag inte särskilt tänker på att jag har, så länge jag har den. Det är först när hälsan går förlorad som den gör sig påmind. Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer har uppmärksammat denna egendomligt anonyma tillvaro hos hälsan när han skriver: "Att vara frisk eller ha hälsan är [...] överhuvudtaget inte att känna sig på ett visst sätt, utan det är ens tillvaro, ens i-världen-varo och

samvaro med andra människor, att i arbete och glädje vara uppfylld av det egna livets uppgifter.”³⁶ Eller med andra ord: när jag är vid hälsa är jag alldeles för upptagen med att leva mitt liv för att annat än undantagsvis stanna upp vid det faktum att jag är frisk; först när jag förlorar min hälsa blir det uppenbart för mig vad jag just gått miste om. Just så beskriver filosofen Havi Carel sjukdom i boken *Illness*: inte bara som ett begränsat, fysiologiskt eller mentalt problem utan som en mer eller mindre radikal förändring av mitt sätt att relatera till mig själv och min kropp, till andra människor och till världen. Hon skriver: ”Medan det vanligtvis tas för givet att kroppen är ett hälsosamt fungerande element som i tysthet bidrar till utförandet av projekt, kommer kroppen vid sjukdom i förgrunden och dess smärta och oförmåga direkt att påverka personens agens.”³⁷ Jag blir oförmögen att utföra handlingar eller projekt som tidigare tillhört min givna repertoar; Carel beskriver hur en allvarlig lungsjukdom hindrar henne från att cykla, springa och gå som hon tidigare gjort. Alla dessa aktiviteter finns på sätt och vis kvar i hennes kropp, hon kan bara inte utföra dem längre.

Erfarenheten av hälsa (liksom sjukdom) kan naturligtvis varieras ytterligare: om eller när jag väl återfått min hälsa efter en längre tids konvalescens kan dess närvaro möjligen bli mer uppenbar för mig i betydelsen att jag inte längre tar hälsan för givet. Vad Gadamer pekar på i citat ovan är att det finns ett drag av anonymitet hos välbefinnandet just eftersom hälsa i denna mening ofta är en förutsättning för många av våra mänskliga projekt. Att hälsa är välbefinnande betyder alltså inte enbart att hälsa är en positiv känsla utan att hälsan är intimt förknippad med aktiviteter och färdigheter: nu när jag är frisk kan jag äntligen träffa mina vänner igen, jag kan cykla igen eller företa mig en resa.

När vi talar om kultur och hälsa är det uppenbart att kultur – nu i betydelsen kulturutövning eller kulturkonsumtion – bidrar till vårt välbefinnande. Kulturens värde för hälsan måste inte begränsas till dess eventuella rehabiliterande förmåga, alltså hälsa i betydelsen frånvaro av sjukdom. Sannolikt är det så att hälsa

som frånvaro av sjukdom och hälsa som välbefinnande inte är oavhängiga av varandra även om de inte måste vara samma sak: om kultur kan bidra till att höja mitt välbefinnande kan detta ha positiva effekter också för mitt tillfriskande från en sjukdom. Min poäng här är inte att hävda att kultur lite så där i allmänhet kan vara bra för hälsan utan att visa på att dess effekter kan vara tämligen komplexa. Om jag påstår att ett liv utan Emmylou Harris musik alternativt tysk bleckblåsmusik inte är värt att leva kanske det är en god idé att jag lyssnar på just detta slags musik i sjuksängen, även om detta musiklyssnande inte har några direkta konsekvenser för mitt tillfrisknande. Men kanske är det också så att mitt lyssnande till musik jag valt själv startar processer i kroppen som rent fysiologiskt har en välgörande effekt? Svaret på dessa frågor måste inte vara antingen/eller utan är sannolikt mer sammansatt. Att rent allmänt påstå att vår erfarenhet av välbefinnande är intimt kopplad till kultur i någon mening är knappast särskilt djärvt.

Det andra jag lyfte fram från WHO:s definition var att välbefinnandet har flera dimensioner. I själva definitionen specificerar man tre, nämligen det fysiska, det mentala och det sociala, men i den senaste diskussionen har man också velat lägga till ytterligare en dimension nämligen en andlig dimension av välbefinnande. Poängen, till att börja med, med att tala om olika dimensioner av människans existens när det gäller hälsa och sjukdom är inte att säga att dessa skulle vara oberoende av varandra. Snarare handlar det till att börja med om att betona att hälsan inte bara handlar om människan som en fysisk varelse, även om det självklart *också* handlar om oss som fysiska varelser. Den första och den andra folkhälsorevolutionen fokuserade sanitära förhållanden och infektionssjukdomar respektive individuella beteendens betydelse för icke smittsamma sjukdomar. Den tredje folkhälsorevolutionen handlade däremot om livskvalitet, och då inte bara individuellt förstått utan också i relation till kollektiva livsstilar och social miljö. Ett exempel hämtat ur samtiden på hur det individuella och det sociala samspekar är den så kallade fetmaepi-

demin i västvärlden. Även om fetma är ett individuellt (fysiskt) problem med en mängd komplikationer, finns det också sociala variabler: stadsplanering inklusive de allmänna nyttigheternas tillgänglighet på andra sätt än med bil spelar förmodligen roll för hur framgångsrikt det går att motverka fetma. Börjar man fundera på hur sådant som bensinpriser, eventuella cykelvägar och trottoarer, tillgänglighet till mataffärer, offentliga motionsområden och en utbyggd kollektivtrafik påverkar den allmänna folkhälsan inser man att frågan är mycket komplex.

En annan dimension av hälsa som välbefinnande som kommit i fokus de senaste decennierna, och som jag redan nämnt ovan, är ”andlig” hälsa.³⁸ I Sverige går förmodligen associationen av termen ”andlig” till något slags religiös hälsa, och det är naturligtvis inte fel. Men för Världshälsoorganisationen står begreppet ”spiritual” eller andlig hälsa inte för den ena eller andra religionens uppfattning om vad som är hälsa. Det mätinstrument som WHO använder för att mäta andlig hälsa heter WHO-QOL-SRPB Field-Test Instrument och uttytt betyder det ”World Health Organisation Quality of Life – Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs”. Med andra ord menar man att andlig hälsa omfattar ”andlighet, religiositet och personlig övertygelse” och alltså inte kan begränsas till någon särskild uppfattning om tillvarons beskaffenhet – religiös eller inte. Det man eftersträvar är i stället att visa vilken roll människors livsåskådning, vilken den än månde vara, spelar för vårt välbefinnande, och hur vi tacklar mänskligt lidande och existentiella dilemman med hjälp av vår livsåskådning. Den andliga hälsan, menar man, är en distinkt dimension jämte fysisk, mental och social hälsa, och en dimension som spelar en stor roll för hur människor förstår, möter och hanterar både hälsa och sjukdom.

Till dessa fyra dimensioner skulle jag vilja lägga ytterligare något som kanske enklast inte tänks som ytterligare en femte dimension utan snarare är en erfarenhet eller en relation som skär rakt igenom alla dessa dimensioner, nämligen det jag kallar ”existentiell” hälsa. Vad jag menar med det illustreras bäst av ett ex-

empel. En pensionerad bekant till mig yttrade en gång följande: ”Tänk att man kan vara så frisk när man har så många krämpor.” Jag tror att hennes uttalande om sin egen hälsa kan påminna de flesta om liknande tillstånd: man har sina krämpor, men på det hela taget känner man sig ändå frisk. Det finns två saker att konstatera apropå detta yttrande. För det första att även vår egen erfarenhet av hälsa är mångdimensionell. Även om de fysiska, mentala, sociala och andliga dimensionerna av hälsan inte går att separera från varandra sammanfaller de trots det inte helt och hållet. Detta pekar på en viktig insikt om den egna hälsan, nämligen att det går alldeles utmärkt att vara sjuk och frisk på en och samma gång; sjukdom och hälsa är inga absoluta tillstånd. Visserligen misstänker jag att det knappast går att dra detta till sin spets: om jag lider av en svår maginfluensa är det kanske svårt att tänka sig att jag samtidigt upplever ett tillstånd av välbefinnande; om jag är djupt otillfredsställd med min sociala tillvaro kan detta också sätta spår i min fysiska hälsa. Men det är också tänkbart att jag samtidigt som jag lider av en rejäl pollenallergi känner mig mycket tillfredsställd med mitt sociala liv. Jag vill inte dra några stora slutsatser om detta, utan endast peka på att det ofta kan vara så i våra liv att frånvaro av sjukdom och välbefinnande inte följs åt. Sällan eller aldrig upplever vi vad WHO:s definition kallar ”ett tillstånd av *totalt* fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande”. Tillståndet kan variera sinsemellan dessa olika dimensioner.

För det andra – och nu kommer jag mer direkt in på vad jag menar med existentiell hälsa – så vittnar min bekants yttrande också om att vår hälsa också inbegriper vår egen relation till denna hälsa. Även om jag uppfattar ordspråket ”det handlar inte om hur man har det utan om hur man tar det” som lätt beskäftigt – det handlar visst om hur man har det – finns det åtminstone ett korn av sanning i ordspråket, nämligen att vi har en relation till vår egen hälsa. ”Tänk”, säger min bekant, ”att man kan vara så frisk när man har så många krämpor”, och ordet ”tänk” signalerar att det rör sig om en självreflektion. Existentiell hälsa kallar jag just

den här självreflexiviteten hos vår erfarenhet av hälsa. Existentiell hälsa är enligt den förståelse jag föreslagit här alltså inte ytterligare en dimension jämte de andra fyra, utan vår egen relation till dessa fyra dimensioner. Den kanadensiske filosofen Charles Taylor har påpekat att i vår tid har kunskapen om hälsa och sjukdom och den personliga erfarenheten av hälsa och sjukdom flutit isär och blivit två helt olika saker: ”Experten kanske lever ett högst ’ohälsosamt’ liv, utan att upphöra vara expert, medan den plikttrogna patienten, som (hoppas vi) strålar av hälsa, förstår mycket litet av varför hans livsföring är bra.”³⁹ Att tala om existentiell hälsa är att försöka visa på att ett ”objektivt” perspektiv ur tredje person och ett ”subjektivt” perspektiv ur första person faktiskt är sammanflätade med varandra. Min hälsa är aldrig bara en fråga om hur mina värden är på en skala från hälsa till sjukdom, vare sig det handlar om fysisk, mental, social eller andlig hälsa, utan också alltid hur jag relaterar till dessa värden. En skarp distinktion mellan observation och erfarenhet eller objekt och subjekt tenderar att förstå hälsa som ett objekt eller tillstånd oberoende av mina personliga planer, min längtan eller mitt hopp. Den franske filosofen Jean-Paul Sartre fick mot slutet av sitt liv frågan om han inte ångrade att han levt ett så osunt liv nu när han var blind och sjuk. Sartre svarade då: *elle sert a quoi la santé?* Vad är hälsa bra för?⁴⁰ Trots alla brister, tillkortakommanden och sjukdomar är jag vid hälsa, existentiellt, när detta liv som jag lever är mitt.

HUR KAN MAN FORSKA OM KULTUR OCH HÄLSA?

Om nu både kultur och hälsa kan betyda så många olika saker, hur är det då möjligt att forska inom området kultur och hälsa? Uppstår inte ett problem där båda begreppen blir så mångtydiga att det är svårt att säga vad forskningen ska handla om? Eller kanske är det så att kultur och hälsa-området kan omfatta snart sagt vad som helst, vilket innebär att mer eller mindre all forsk-

ning kan sägas handla om kultur och hälsa? Problemet är emellertid inte så stort som det verkar. Många av de stora begrepp som vi rör oss med i samhällsdiskussionen och som det också forskas om – jag tänker till exempel på politik eller religion – lider av samma problem, nämligen att de som begrepp är mycket mångtydiga. En del av lösningen med denna mångtydighet är att varje enskilt forskningsprojekt måste avgränsa i vilket avseende just detta forskningsprojekt använder det. Så länge jag vet vad jag gör i mitt forskningsprojekt, till exempel forskar på huruvida kultur i bemärkelsen att ”sjunga i kör, skriva poesi eller teckna och måla”, ”gå på teater, gå på konsert eller läsa en bok” (de aktiviteter som Holmberg och Weibull undersöker i sin ovan nämnda artikel) bidrar till hälsa, så är det inte ett problem att kultur också kan betyda ett meningsskapande system eller att gränsen mellan kultur och sport kan vara luddig. De anspråk som ett forskningsprojekt kan göra är begränsade, och de begränsas bland annat av andra forskningsprojekt som undersöker liknande problem men under andra aspekter.

Låt mig inledningsvis exemplifiera detta genom två böcker. 2011 gav Eva Bojner Horwitz, som är medicine doktor inom socialmedicin, legitimerad sjukgymnast och dansterapeut, ut boken *Kultur för hälsans skull* i vilken hon vill ”slå ett slag för de konstnärliga och kulturella värdena runt omkring oss och visa hur vi kan använda dem för att må bättre”.⁴¹ Om än inte ett bidrag till forskningen i sig, är boken en presentation som stödjer sig på främst naturvetenskaplig eller medicinsk forskning (som Bojner Horwitz själv varit med om att utföra) om hur kultur i bemärkelsen konstnärliga verk kan bidra till hälsan. När Cecil G. Helman närmar sig området i standardverket *Culture, Health and Illness* (vars ursprungliga upplaga publicerades 1984 och femte upplaga 2007) är det i stället utifrån den medicinska antropologin. Helman, som är professor i medicinsk antropologi, har varit verksam inom ett antal läkarutbildningar i England och USA, och vars bok används i över 40 länder, ger här en utförlig bild av de kulturella och sociala faktorer som påverkar förståelsen och erfarenheten av hälsa

såväl som sjukdom. Helman betonar att den medicinska antropologin återfinns i skärningspunkten mellan naturvetenskap och samhällsvetenskap.⁴² Med andra ord rör vi oss här med en syn på kultur som ett meningsskapande system. Överhuvudtaget är nog denna betydelse den vanligaste i engelskspråkig litteratur inom området; kultur i den första bemärkelsen benämns snarare som ”art”, alltså ”konst”. Förhoppningsvis är det tydligt varför de två perspektiv som exemplifieras av dessa två böcker knappast konkurrerar utan snarare kompletterar varandra. Det utmärkande – och kanske också oundvikliga – med hur kultur och hälsa har utvecklats i Sverige är att det finns en uttalad vilja att föra samman forskning om kultur och hälsa över traditionella ämnesgränser som därför omfattar båda dessa kulturbegrepp.

Detta föranleder mig att vända mig till den forskning inom kultur och hälsa som ägt rum vid Göteborgs universitet. Den som följt utvecklingen inom kultur och hälsa är inte förvånad att musik och hälsa är ett ofta förekommande ämne för forskning. Att musikens roll för vårt välbefinnande är stor anar vi redan innan området har undersökts av forskare från olika vetenskaper. Vid Göteborgs universitet har forskare från åtminstone tre olika fakulteter tittat på denna roll ur olika aspekter. Björn Vickhoff, Michael Nilsson med flera forskare har exempelvis i artikeln ”Musical Piloerection” skrivit om den så kallade gåshudseffekten ur ett neurobiologiskt perspektiv.⁴³ Här berör de inte bara gåshudseffekten – alltså att jag kan få gåshud av viss musik som berör mig på ett särskilt sätt – utan också om det är möjligt att använda musik för att reducera stress på ett sätt som kan mätas fysiologiskt. Det handlar då inte om en viss typ av musik utan helt enkelt musik som är självvald och som kan trigga personliga minnen. Marie Helsing har 2012 disputerat på avhandlingen *Everyday Music Listening* där hon konstaterar att utifrån ett psykologiskt perspektiv kan vardagligt musiklyssnande vara ett lätt och effektivt sätt att positivt påverka välbefinnande och hälsa genom sin förmåga att väcka positiva känslor och därmed reducera stress.⁴⁴ Till sist har musikvetarna Thomas Bossius och

Lars Lilliestam 2011 publicerat boken *Musiken och jag: Rapport från forskningsprojektet* Musik i människors liv som utifrån djupintervjuer med 42 människor i åldrarna 20–95 år och boende i och nära Göteborg undersöker vad dessa personer gör med musik och vad musik betyder för dem. Ett kanske inte helt oväntat resultat är att musik spelar stor roll i människors liv, mer precis menar de att musiken – och de menar ”musikandet”, alltså alla möjliga aspekter på musik från utövande till lyssnande och skivsamlande – ”inte bara bidrar till den fysiska och psykiska hälsan, utan att den även är viktig för den existentiella hälsan” hos de personer de intervjuat.⁴⁵

Här rör vi oss alltså från det fysiologiska över det psykologiska till det existentiella och fångar med andra ord in flera aspekter av den mänskliga hälsan. Självklart finns det en mängd frågor att ställa till dessa forskningsresultat. Bland annat kan vi fundera på hur de olika dimensionerna av effekter av musiklyssnande hänger ihop, från det fysiologiska över det psykologiska till det existentiella. Vi kan också ställa oss frågan om de fysiologiska effekterna av musiklyssnande kan ha några signifikanta effekter på hälsa som frånvaro av sjukdom, eller om det i själva verket är just välbefinnandet som ökar – vilket i sig naturligtvis *kan* ha positiva konsekvenser för en persons sjukdomstillstånd, men som *också* är legitim även om den inte skulle ha det. Till sist vill vi förmodligen också gärna veta huruvida det går att operationalisera dessa insikter till någon form av musikterapi. Men exemplen illustrerar – hoppas jag – att mycket kunskap kan utvinnas just genom att forska om liknande problem ur flera aspekter. Jag skulle vilja påstå att det här är en av de eventuella framgångsfaktorerna för ett område som kultur och hälsa, nämligen om man på allvar lyckas förena insikter från olika området – som i det här fallet medicin, psykologi och musikvetenskap. Som jag pekat på ovan apropå de tidiga forskningsinitiativ som tagits i Sverige, så är det ett kännetecken från början att forskningen varit just mångvetenskaplig. Utmaningen är i framtiden att föra de olika forskningsprojekten än närmare varandra. Om nu olika aspekter av begreppen kultur respek-

tive hälsa är beroende av varandra, verkar detta närmast vara en nödvändighet för att få ett så insiktsfullt och praktiskt användbart forskningsresultat som möjligt. Om varje enskilt forskningsprojekt vet hur just detta projekt använder begreppen så är mångtydigheten i själva verket inget större problem.

Ett annat sätt att hantera mångtydigheten hos begreppen är att visa på hur olika områden använder dessa begrepp. Vid Centrum för kultur och hälsa har vi valt att anknyta till engelska beteckningar för forskningsområden som handlar om kultur och hälsa – en översikt för de två av dessa som vi upplever tydligast motsvarar vad vi i Sverige kallar kultur och hälsa finns att läsa i de två följande kapitlen av Gunilla Priebe och Morten Sager respektive Katarina Bernhardsson. ”Kultur och hälsa” är en beteckning som även om den inte är fullständigt obefintlig så åtminstone inte är särskilt vedertagen i andra länder än Sverige. Men det betyder inte att inte själva saken finns om än under en annan beteckning. För att anknyta till de internationella (eller åtminstone engelskspråkiga) beteckningarna för dessa områden, men också för att visa hur kultur och hälsa är möjligt att forska inom, trots den stora spridningen av områden, har vi valt att tala om fyra fokusområden: Konst och hälsa, Medicinsk humaniora, Global hälsa och Kritiska studier i hälsans begrepp.

”Konst och hälsa” – eller ”arts and health” – är kultur och hälsa ur ett medicinskt och naturvetenskapligt perspektiv. Främst tar man upp de rehabiliterande effekterna av konstupplevelser och konstutövning. Frågor man ställer rör just huruvida kulturella erfarenheter som musik, dans eller konst kan stimulera rehabiliteringen av en patient. Man undersöker om denna process är möjlig att observera, mäta men också utöva i hälsovården. ”Medicinsk humaniora” – eller ”medical humanities” – är humanioras och samhällsvetenskapens blick på sjukdom och hälsa, läkare och patient, sjukhus och medicin som kulturfenomen. Forskningsfrågor inom Medicinsk humaniora är exempelvis vilken roll sjukdomsdiagnoser spelar för människors personliga identitet, hur patientjournalen utgör en litterär genre, vilken syn på kroppen

som genomsyrar hälsovården och hur en förståelse av vad det är att vara vid god hälsa eller vilket språkbruk som används för att tala om hälsa vuxit fram historiskt. "Global hälsa" – eller "global health" – diskuterar vilken roll faktorer som genus, etnicitet, religion, klass eller geografiskt hemvist kan ha för hälsofrågor. Man frågar sig hur hälsan är distribuerad, globalt eller lokalt och hur alla kan få samma tillgång till hälsovård. Forskare som arbetar med Global hälsa återfinns i en mängd olika ämnen, alltifrån medicin över samhällsvetenskap till humaniora och ekonomi. Särskilt ska dock det område som kallas "medicinsk antropologi" nämnas, och som undersöker medicinens roll i den mänskliga existensen. Kritiska studier i hälsans begrepp – eller "conceptual health studies" – ställer till sist den kritiska frågan om vad som menas med hälsa och sjukdom och hur hälsa uppstår i skärningspunkten mellan personliga erfarenheter, biologiska symptom och kulturella representationer. Här ingår ämnen som filosofi, teologi, sociologi och konstnärlig forskning. Internationellt återfinns vi ofta dessa kritiska studier inom den medicinska humanioran.⁴⁶

Dessa fyra fokusområden ska varken ses som uttömmande eller som ömsesidigt uteslutande. De är ett sätt att sortera det omfattande fältet som vi kallar kultur och hälsa och som fyller sin funktion om det underlättar förståelsen både för vad som omfattas av kultur och hälsa och hur man kan arbeta med kultur och hälsa inom olika discipliner. Naturligtvis finns det inte sällan överlappningar mellan exempelvis Konst och hälsa respektive Medicinsk humaniora, men inte heller detta utgör något särskilt problem om man inte uppfattar dessa olika fokusområden som territorier vars gränser måste upprätthållas. När det gäller det fjärde området ovan, Kritiska studier i hälsans begrepp, så är det knappast fallet att "conceptual health studies" är en etablerad beteckning internationellt, själva saken återfinns snarare under Medicinsk humaniora. Vi har ändå valt att lyfta fram detta som ett särskilt fokusområde för att tydliggöra vikten av just det här slaget av frågeställningar. Likaså kan man argumentera för att de frågor som Global hälsa formulerar återfinns, eller åtmins-

tone bör återfinnas, under de andra fokusområdena. I den här boken har vi därför valt att lyfta fram Konst och hälsa respektive Medicinsk humaniora. För den som arbetar inom kultur och hälsa-området är det, föreställer vi oss, viktigt att känna till dessa fokusområden och de resurser de erbjuder, såväl för den fortsatta forskningen inom kultur och hälsa i Sverige men också för hur kultur och hälsa praktiseras rent konkret i hälso- och sjukvård.

Självklart finns det också forskningscentrum som sorterar dessa olika områden på andra sätt. Ett av de forskningscentrum som jag träffat på som mest liknar Centrum för kultur och hälsa är Kokoro Research Center vid Kyoto University i Japan.⁴⁷ Här har man tre fokusområden: ett mer humanistiskt, "Consciousness, Values, and Life", ett psykologiskt, "Emotion, Communication, and Interaction", och ett neurofysiologiskt, "Mind, Brain, and Body". "Kokoro" betyder ungefär hjärta (men inte i biologisk mening) och står för en helhetssyn på människan. Kokoro Research Center är intresserade av att studera skärningspunkten mellan biomedicinska, psykosociala och existentiella aspekter av människans hälsa med hjälp av discipliner som neurofysiologi, psykologi och humaniora. Även här betonar man alltså vikten av ett mångdimensionellt perspektiv på den mänskliga hälsan.

Men kultur och hälsa verkar alltså även fortsättningsvis kunna vara många olika saker? Detta är helt sant, och jag menar att det är både ofrånkomligt och viktigt att det får vara det. Om vi återvänder till Vetenskapsrådets broschyr *Forskning om kultur & hälsa* som presenterar de nio projekt som fått stöd genom regeringens särskilda satsning, så rör det sig om projekt inom globala studier, historia, medicin, psykologi, socialt arbete och sociologi. Mångfalden har alltså funnits med från första början. Och det finns goda skäl till detta. Dels kan, som sagt, olika projekt ömsesidigt belysa varandras blinda fläckar och teoretiska tillkortakommanden, dels är det också av stor vikt för den praktiska tillämpbarheten att vår mänskliga existens studeras i hela sin mångdimensionalitet och inte endast ur en enda aspekt. Ett kort exempel kan avsluta det här avsnittet och visa på hur kom-

plexa frågor om kultur och hälsa kan vara: om neurologiska undersökningar kan visa (vilket de verkar göra) att musik kan ha positiva fysiologiska effekter i form av stressreducering, så säger detta inte omedelbart *hur* dessa insikter ska tillämpas (insikter som forskningen inom området efterlyst från början). Musikterapi är det område som traditionellt brukar forska om tillämpningen av musikaliska uttryck för hälsotillståndets skull.⁴⁸ Men det kan också vara viktigt med insikter om musikens tillgänglighet och de kulturella, sociala och politiska villkor som berör musikens roll i människors liv. Detta är vanligtvis musikvetarnas område, och detta kan vara av praktiskt nytta för att undvika att upphöja just ett slags musik eller en form för musiklyssnande till norm för användningen av musik i vården. Även om musikens roll för människans existens är mer eller mindre universell (det finns alltid undantag), så är det samtidigt ett faktum att musikevalet och musikanvändningen skiljer sig åt mellan åldrar, kön, sociala klasser, geografisk hemvist och etnicitet – för att inte tala om personlig smak. Fler aspekter kunde anläggas på mitt exempel men poängen torde vara klar: kultur och hälsa är och förblir en komplex fråga, just eftersom människan är en komplex varelse. Forskningen måste spegla detta. Vad är kultur och hälsa? Det beror på vem du frågar, och detta är helt i sin ordning: områdets utmaning är att föra samman insikter från många områden för att åstadkomma en så god hälsovård som möjligt.

KULTURENS EGENVÄRDE, HÄLSANS EGENVÄRDE

En av de frågor jag ställde mig inledningsvis var hur relationen ser ut mellan kulturens egenvärde och dess bruk i svåra stunder. Det finns en farhåga inför hela kultur och hälsa-projektet att det ska innebära en instrumentalisering av kulturen eller med andra ord att konstnärliga eller intellektuella verk tillerkänns ett värde endast i den mån de kan bidra till hälsa. Det vore för enkelt

att påstå att sådana farhågor är helt grundlösa. Naturligtvis kan det uppstå en form av kulturanvändning som helt bortser från kulturens egenvärde. Men det gäller, till att börja med, att hålla isär frågan om det eventuellt går att observera, mäta eller resonera om kulturens hälsobringande potential från frågan om kulturens egenvärde – att det går att konstatera att viss musik i vissa fall kan ha en stressreducerande effekt måste inte betyda att samma musik inte kan värderas på andra sätt också. Musik kan fylla en mängd olika funktioner i människors liv, alltifrån stressreducerande till underhållande, kritiskt ifrågasättande och andäktigt bärande. Att några av dessa funktioner kan påverka vår hälsa på det ena eller andra sättet betyder då inte att dessa andra funktioner faller bort. Eller kanske faller de bort ur den blick som ett visst forskningsprojekt studerar musiken med, men endast om det specifika forskningsprojektets blick förväxlas med hur som vi ser på tillvaron som helhet riskerar denna metodiska reduktion att tas för slutgiltig. Att kultur kan spela roll i våra liv betyder inte att det finns en och endast en roll dess olika yttringar kan spela.

Låt oss återvända till mitt inledande exempel om kultur på recept i en farmakopé från 1200-talet: Hur kan det komma sig att musik och litteratur kan vara botemedel för olycklig kärlek? En anledning till detta är förmodligen att musik och litteratur har spelat en roll för patienten redan innan hon eller han ska behandlas för sin kärlekssjuka. Vi kan utgå ifrån att varken musik eller litteratur som botemedel skulle vara särskilt funktionella om patienten aldrig tidigare kommit i kontakt med vare sig det ena eller det andra. Att musik och litteratur ska kunna påverka vår hälsa är därför beroende av att de redan spelar en roll i våra liv. Med andra ord är förutsättningen för att kultur på recept ska fungera att det också finns kultur *före* recept så att säga – vilket Fredrik Ulléns forskningsprojekt om den musicerande människan, som jag nämnde ovan, undersöker. Det behöver inte betyda att endast den musik vi känner igen skulle kunna ha den här funktionen, men det betyder förmodligen att vi redan måste ha en existentiell relation till musiken för att den ska kunna

ha någon form av stressnedsättande eller rehabiliterande funktion. Som musikvetarna Bossius och Lilliestam som jag citerade ovan hävdar så är musiken viktig för den existentiella hälsan, men eftersom existentiell hälsa handlar om vår egen självreflexivitet handlar åtminstone detta inte om någon instrumentalisering av musiken. Det är snarare ett sätt att ställa frågan varför musik spelar roll i våra liv överhuvudtaget.

Det går också utmärkt att ställa frågan om inte kulturens effekter på hälsan i själva verket är bieffekter. Med det menar jag helt enkelt att kanske är det så att kultur visst kan ha en effekt på hälsan, men bara om kultur utövas för sin egen skull och inte för hälsans skull. Om vi ägnar oss åt musik för musikens egen skull, kanske den också har hälsoeffekter som en oavsiktlig bonus, men om vi ägnar oss åt musik för hälsans skull blir det kontraproduktivt. Jag vet inte om det verkligen förhåller sig så, men resonemanget illustrerar förhoppningsvis det som är min poäng här, nämligen att musikens roll i våra liv, liksom andra kulturyttringars, är både flerdimensionell och komplex. Samtidigt som det därför vore ett misstag att bortse från kulturens egenvärde i en instrumentalisering av densamma i hälsans tjänst, är det nog också ett misstag att tolka kulturens egenvärde så att det framstår som ett misslyckande om den faktiskt har effekter inom hälsans område. I exemplet med farmakopén från 1200-talet är det alldeles tydligt att musik såväl som litteratur har en relevans för sjukdomen i fråga. Låt vara att olycklig kärlek kanske inte är det som står i fokus för samtida ansträngningar inom kultur och hälsa, resonemanget gäller ändå, *mutatis mutandis*, också för våra villkor. Det historiska avståndet mellan 1200-talet och vår tid sätter kulturens förändrade roll i relief, där kulturens eller kanske snarare konstens relevans är en annan nu än tidigare; vad kultur och hälsa-projektet utgår ifrån är emellertid en förståelse av relevans som är bredare än blott instrumentalisering eller egenvärde utan konsekvenser. Ännu en illustration av komplexiteten i relationen mellan kultur och hälsa kan vi få genom att jämföra med distinktionen mellan mat som kost och mat som måltid (och alltså social

gemenskap): även om vikten av att äta nyttigt och ändamålsenligt för hälsans skull givetvis är lätt att inse, skulle något omistligt gå förlorat om vi kunde ersätta maten med ett piller.

Frågan om kulturens egenvärde i relation till hälsan pekar emellertid på en annan fråga som kanske ställs mera sällan, nämligen Sartres fråga som jag nämnde ovan, nämligen vad hälsa är bra för. I vår tid tas hälsans egenvärde oftast som självklar. I en undersökning av tro och värderingar i 1990-talets Sverige konstaterar några forskare att hälsan är ett av de allra viktigaste värdena i livet bland svenskar i dag.⁴⁹ Medicinen tillsammans med tekniken som en del av den moderna strävan att skapa en lyckligare människa och ett lyckligare samhälle har resulterat i att fysisk hälsa blivit en viktig del av livets mening, långt viktigare än exempelvis ekonomisk rättvisa, självförverkligande eller gudstro för den genomsnittlige svensken, om man får tro nämnda undersökning. Det betyder i korthet att hälsa som frånvaro av sjukdom kommit att bli samma sak som hälsa som välbefinnande, som i talesättet ”man får åtminstone vara glad att man är frisk!” Risken med en sådan identifikation är emellertid att det blir svårt att hävda att man kan vara frisk trots att man har så många krämpor eller att hälsans mångdimensionalitet går förlorad. Troligen är detta effekter som delvis beror av att god hälsa långt upp i åldrarna är en möjlighet – åtminstone i Sverige – på ett sätt som det inte varit tidigare. Men delvis också av att de medicinska vetenskaperna alltmer kommit att ta över tolkningsprivilegiet inte bara för vad som är friskt och sjukt, utan också för den mänskliga identiteten som sådan. Som filosofen Fredrik Svenaeus påpekar har de medicinska diagnoserna blivit till leverantörer av mänsklig identitet – vi identifierar oss med våra diagnoser på ett sätt som vi tidigare identifierade oss med moraliska eller religiösa identiteter.⁵⁰ Hälsa har med andra ord blivit ett egenvärde. Det märker vi också då frågan om kulturen kan bidra till hälsan är vanligare än den motsatta, nämligen om hälsan kan bidra till kulturen. Men kanske är det därför det är bra att hålla sig i trim, eftersom man då förmår sjunga bättre i kör eller måla fler tavlor eller läsa fler kulturartiklar?

En alltför ensidig fixering vid den egna hälsan bär emellertid på sina egna risker. För att återvända till Karin Johannisson så har hon påpekat att hälsa i vår tid har blivit ”en projektionsyta för drömmar om framgång, lycka och njutning, och samtidigt ett instrument för att förverkliga dessa drömmar”.⁵¹ Detta är sant för hela 1900-talet. Även om sammanhanget för hälsan har förändrats under 1900-talet har hälsan som värde bibehållit sin plats, om än med ett något annat innehåll. Religionsvetaren Wilhelm Kardemark har i sin avhandling jämfört hälsotidskrifter från början av 1900-talet och från vår egen tid.⁵² Om man i *Hälsovindar*, *Hälsokällan* eller *Hälsovännen* från 1910 menade att man bör hålla sig hälsosam för den gemensamma nyttans skull, är perspektivet i *Må bra* eller *I form*, som hälsotidskrifterna heter i dag, att det är mer för sin egen skull som man ska ha hälsa. Hälsan har blivit ett individuellt snarare än ett kollektivt projekt, och den hälsa som det handlar om i dessa hälsotidskrifter är både hälsa som frånvaro av sjukdom och hälsa som välbefinnande. Det finns två problem med en sådan individualisering av hälsan som Johannisson ser det: dels att den tenderar att dölja ”hälsobudskapets relation till politiska kategorier som kön, klass, etnicitet, språk och utanförskap”, dels också det paradoxala i att hälsan har blivit elitiserad: det är bara när vi späker oss i löpspåret som vi har rätt att kalla oss hälsosamma.⁵³ Riskgrupper pekas ut och Johannisson presenterar en hel lista: ”överviktiga, arbetslösa, ensamstående, rökare, alla missbrukare av mat, alkohol, sex, spel, tid”.⁵⁴ Ett exempel är kassörskan som i tidskriften *I form* uppmanas att pröva pilates och yoga för att motverka arbetets fysiska belastning, snarare än att kräva en bättre arbetsmiljö.⁵⁵ Ett annat är att några drabbas av en fixering vid träning och hälsa som i sig kan vara ohälsosam, så kallad ortorexi.

Om nu hälsa har blivit ett av de främsta värdena i samtiden, så blir också det att vara sjuk alltmer en avvikelse från normen, åtminstone mätt utifrån de drömmar som vi gör oss om vår hälsa. Ansvar för hälsan förläggs på individen och den som inte har full hälsa har med andra ord något som måste förklaras. Na-

turligtvis finns det ett sådant ansvar, men samtidigt bör det påpekas att det hör till livet att inte vara vid full hälsa, och om detta är mitt enda mål, kommer det förr eller senare att bli svårt att leva upp till. ”Hälsismen” som Johannisson talar om riskerar att göra oss alltför fixerade vid den egna fysiska hälsan och därmed potentiella offer för olika aktörer på hälsans marknad. Men den riskerar också att dölja det lidande och den död som är människans ofrånkomliga lott. Inte minst det senare aktualiserar frågan om hälsans egenvärde. Onekligen finns det många svar på frågan vad hälsa är bra för, men vad Sartres fråga aktualiserar är just om hälsan ska utnämnas till det yttersta värdet för den mänskliga existensen och vad det i så fall får för konsekvenser. En av de anledningar som gör kultur – återigen i betydelsen konstnärliga eller intellektuella verk – relevant är att den förmår ställa frågor om livets mening och belysa existentiella ställningstaganden. Här finns förmodligen ännu ett område där kulturen kan vara relevant, nämligen att ifrågasätta den förståelse av och fixering vid hälsa som kännetecknar vår egen tid – och därmed bidra till bättre existentiell hälsa.

Konklusionen i den här genomgången av hur arbetet med kultur och hälsa ser ut i Sverige, liksom vad det betyder, är att kultur och hälsa kan betyda många saker och att det handlar om att veta vad man själv gör utan att för den skull släppa blicken på det större sammanhanget. Att relationen mellan kultur och hälsa på många sätt är central för människans existens hoppas jag blivit tydligt, och detta är på sätt och vis en insikt som inte är särskilt ny utan som kan återfinnas redan i en läkemedelshandbok från 1200-talet – och även innan dess.

De kommande kapitlen i den här boken innehåller en utförligare presentation av forskningen inom kultur och hälsa i vår tid, vilken ska tjäna till att göra det ytterligare tydligt vad kultur och hälsa kan innebära såväl i forskning som i praktik.

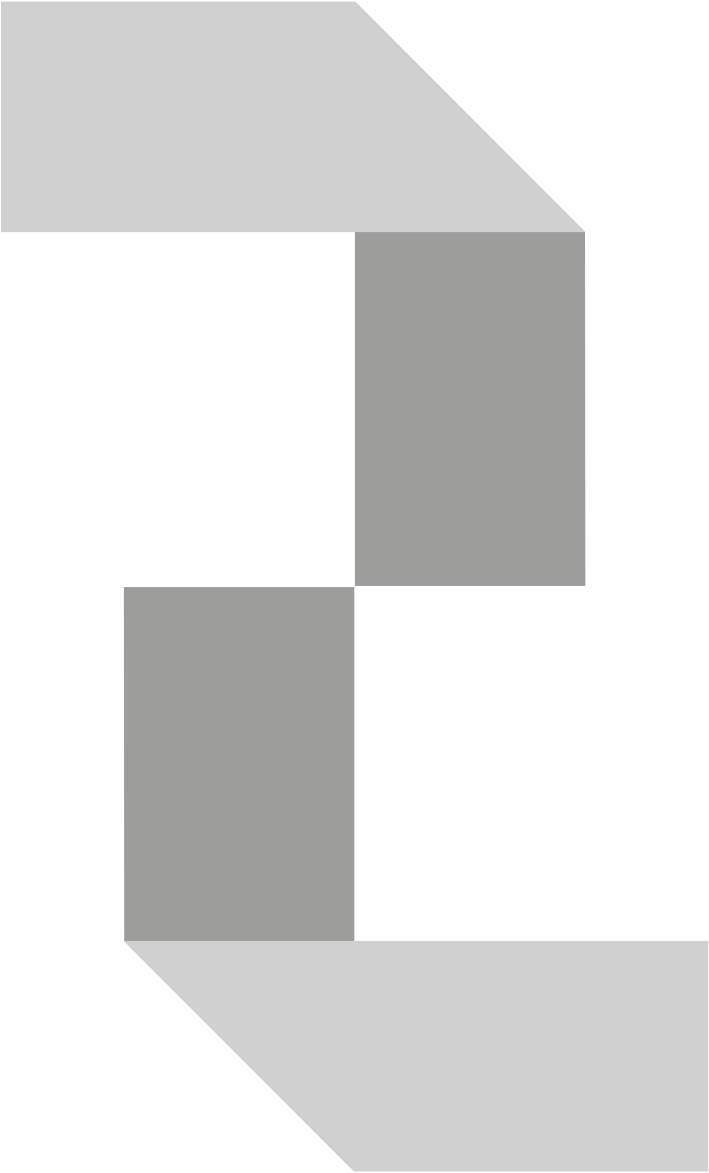
NOTER

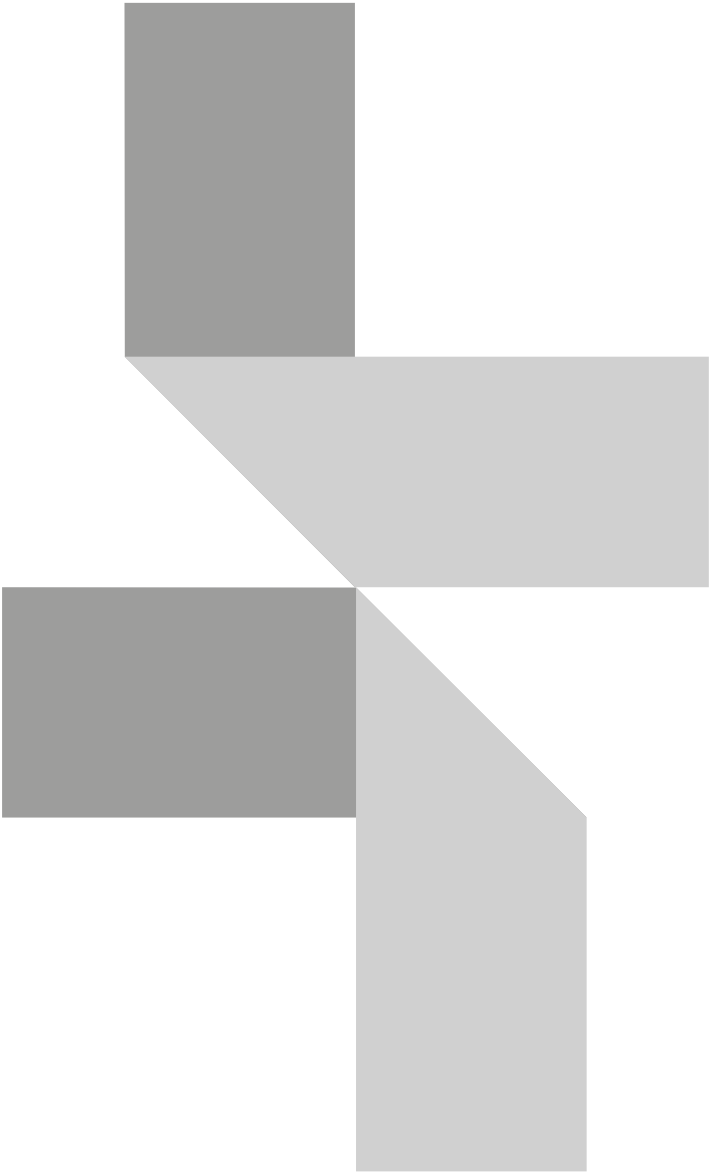
1. Exemplet är hämtat från Gerhard Eis, *Vom Werden altd deutscher Dichtung: Literarhistorische Proportionen*, Berlin: Erich Schmidt Verlag, 1962, s. 80 f. Se även vidare hela kapitel fem, "Spielmann und Buch als Helfer in schweren Stunden", för fler exempel och deras historiska sammanhang. Tack till Martin Hellström för hänvisningen.
2. *Das Breslauer Arzneibuch: R. 291 der Stadtbibliothek*, C. Rülz och E. Rülz-Trosse (red.), Dresden: Friedrich Marschner, 1908, s. 34.
3. Immanuel Kant, *Kritik av omdömeskraften*, översättning: Sven-Olov Wallenstein, Stockholm: Thales, 2003, §2.
4. Ernst Robert Curtius, *Europäische Literatur und lateinisches Mittelalter*, elfte upplagan, Tübingen/Basel: Francke Verlag, 1993, s. 71–88, 471 f.
5. Regina Winzer (red.), *Kultur för hälsa: En exempelsamling från forskning och praktik*, Statens folkhälsoinstitut 2005: 23. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2005. Finns att ladda ned från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12082/r200523kulturforhalsa0510.pdf>. Den-na webbplats, liksom alla som följer framöver, är besökt senast 140210.
6. *Kultur för hälsa*, s. 6.
7. Ragnhild Romanus (red.), *Forskning om kultur & hälsa*, Stockholm: Vetenskapsrådet, 2010, s. 4. Finns att ladda ned från <http://www.vr.se/download/18.4ab1c26512c1e91c6c080001560/1289577788625/Broschyr+Kultur+o+Hälsa.pdf>.
8. *Forskning om kultur & hälsa*, s. 5.
9. Se <http://www.musicerandemanniskan.se>.
10. Se <http://www.kulturradet.se/sv/verksamhet/Kultur-och-halsa/>.
11. Se *Kultur för äldre: En inspirationskrift*, Kulturrådets skriftserie 2012:5. Finns att ladda ned från http://www.kulturradet.se/Documents/publikationer/2012/kultur_aldre_low.pdf.
12. Se <http://www.kulturradet.se/sv/verksamhet/kultur-och-halsa/riksdagens-kultur--och-halsagrupp/>.
13. Se http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Kultur-Skane-samlingsnod/Kultur_Skane/Kultur_i_varden/.
14. Rapporten "Kultur på recept: Rapport från pilotprojektet Kultur på recept" (2011) finns att ladda ned från http://www.skane.se/Upload/VardHalsa/Hälsoochsjukvårdsavd/Sjukskrivningsprojektet/kultur_pa_recept.pdf.

15. Kerstin Wallin, *Kultur och hälsa: Upptaktsseminarium 18 april 2007*, Anders Franck (red.), Göteborg: Göteborgs universitet, 2007.
16. *Kultur och hälsa*, s. 10, 33.
17. Gunnar Bjursell och Lotta Vahlne Westerhäll (red.), *Kulturen och hälsan: Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd*, Stockholm: Santérus förlag, 2008.
18. Bengt Göransson, "Inledning", *Kulturen och hälsan*, s. 14. Jfr *Kulturen och hälsan* i nedanstående not, s. 12.
19. Kerstin Wallin, *Kulturen och hälsan: Symposium 10 november 2008*, Gunnar Bjursell och Lotta Vahlne Westerhäll (red.). Göteborg: Centrum för kultur och hälsa, Göteborgs universitet, 2008.
20. För mer information om dessa, se www.ckh.gu/forskning och klicka sedan vidare på de enskilda forskningsprojekten.
21. Se Björn Vickhoff, med flera, "Musical Piloerection", *Music and Medicine*, 2012, s. 82–89 samt även *idem*, "Music structure determines heart rate variability of singers", *Frontiers in Psychology*, 4 (2013), s. 1–16.
22. Sören Holmberg och Lennart Weibull, "Kultur befrämjar hälsa", *I framtidens skugga*, Lennart Weibull, Henrik Oscarsson & Annika Bergström (red.), Göteborgs universitet: SOM-institutet, 2012, s. 369.
23. <http://www.gpcc.gu.se>.
24. Se t.ex. Inger Ekman (red.), *Personcentrering i hälso- och sjukvård*, Stockholm: Liber, 2014.
25. Christina Doctare, "Nämndes ordet kultur handlade det om bakterier, aldrig om människor och värdegrund", *Kulturen och hälsan*, s. 61–74.
26. Terry Eagleton, *The Idea of Culture*, Blackwell Manifestos, Oxford: Blackwells, 2000, s. 1 f.
27. Termen "verk" använder jag här väldigt brett: om såväl artefakter som praktiker och företeelser. Distinktionen mellan "konstnärligt" och "intellektuellt" är dessutom pragmatisk för att betona att till "kultur" hör även sådant som filosofi, litteraturvetenskap och teologi, inte bara romaner, musik och dans. Men om någon påpekar att även "konst" kan vara "intellektuell" och "intellektuella verk" framställas på ett konstnärligt sätt och att distinktionen därför är problematisk, håller jag genast med.
28. Se Lars Lilliestam, *Musikliv: Vad människor gör med musik – och musik med människor*, andra upplagan, Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2009, s. 24.

29. Björn Vickhoff, med flera, "Musical Piloerection", *Music and Medicine*, 2012, s. 82–89.
30. En smula ironiskt framstår det emellertid att den inte helt självklara distinktionen mellan kultur och sport inte problematiserats mer från kultur och hälsa-håll med tanke på det utvecklade arbete som redan finns kring "fysisk aktivitet på recept". Se <http://www.fyss.se> om "fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling".
31. Yukiko Uchida and Shinobu Kitayama, "Happiness and Unhappiness in East and West: Themes and Variations", *Emotion*, 9:4 (2009), 441–456.
32. Se t.ex. Emiko Ohnuki-Tierney, *Illness and Culture in Contemporary Japan: An Anthropological View*, Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
33. Se Margaret Lock och Vinh-Kim Nguyen, *An Anthropology of Biomedicine*, Malden, MA/Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
34. För en ingående diskussion av dessa, se Jennie Medin och Kristina Alexanderson, *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*, Lund: Studentlitteratur, 2000.
35. För en vidare utredning av dessa samband, se mitt kapitel "Vill du bli frisk? Om relationen mellan fysisk, psykisk och existentiell hälsa", i *Kulturen och hälsan*, 2008, s. 189–218.
36. Hans-Georg Gadamer, *Den gåtfulla hälsan: Essäer och föredrag*, översättning: Jim Jakobsson, Ludvika: Dualis, 2003, s. 20.
37. Havi Carel, *Illness*, Stocksfield: Acumen, 2008, s. 73. För ytterligare perspektiv på hälsans respektive sjukdomens begrepp, se Lennart Nordenfelt, *Samtal om hälsan: En dialog om hälsans natur*, Stockholm: Almqvist & Wiksell medicin/Liber, 1996, samt Fredrik Svenaeus, *Sjukdomens mening: Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*, Stockholm: Natur och Kultur, 2003.
38. Cecilia Melder har beskrivit denna aspekt av hälsan i sin avhandling *Vilsenhetens Epidemiologi: En religionspsykologisk studie i existentiell hälsa*, Acta Universitatis Upsaliensis, *Psychologia et sociologia religionum* 25, Uppsala: Uppsala University Press, 2011. Melder föredrar emellertid att översätta "spiritual health" med "existentiell hälsa", medan jag vill förbehålla användningen av "existentiell hälsa" för en annan dimension av människans hälsa.
39. Charles Taylor, *A Secular Age*, Cambridge, MA/London: Belknap, 2007, s. 501.

40. Jag har inte lyckats belägga citatet, men även om det skulle vara apokryft så illustrerar det min poäng. Tack till Ingrid Elam för tipset.
41. Eva Bojner Horwitz, *Kultur för hälsans skull*, Stockholm: Gothia förlag, 2011, s. 7.
42. Cecil G. Helman, *Culture, Health and Illness*, femte upplagan, Boca Raton, FL: CRC Press, 2007, s. 7.
43. Björn Vickhoff, med flera, "Musical Piloerection", *Music and Medicine*, 4:2 (2012), s. 82–89.
44. Marie Helsing, *Everyday Music Listening: The Importance of Individual and Situational Factors for Musical Emotions and Stress Reduction*, Göteborg: Göteborgs universitet, diss., 2012.
45. Thomas Bossius och Lars Lilliestam, *Musiken och jag: Rapport från forskningsprojektet Musik i människors liv*, Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2011, s. 299.
46. Se vidare Wilhelm Kardemark och Ola Sigurdson, *Medicinsk humaniora vid Humanistiska fakulteten, Göteborgs universitet: En rapport*, Göteborg: Humanistiska fakulteten, 2014. Finns att ladda ned från <http://hdl.handle.net/2077/35509>.
47. Se <http://kokoro.kyoto-u.ac.jp/en/AboutUs/greetings.html>.
48. Här är Ingrid Hammarlund tidigare vid Kungliga musikhögskolan i Stockholm en förgrundsperson i Sverige. Se även Anci Sandell, *Musik för kropp och själ: Modell för interaktiv musikterapi*, Göteborg: Nordiska skolan för folkhälsovetenskap, diss. 2013.
49. Kjell Kallenberg, Carl Reinhold Bråkenhielm och Gerry Larsson, *Tro och värderingar i 90-talets Sverige: Om samspelet livsåskådning, moral och hälsa*, Örebro: Libris, 1996, s. 87-99, 135-138.
50. Fredrik Svenaeus, *Homo Patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*, Stockholm: Tankekraft, 2013.
51. Karin Johannisson, "Kultur och hälsa: Två besvärliga begrepp", *Kulturen och hälsan*, s. 18.
52. Wilhelm Kardemark, *När livet tar rätt form. Om människosyn, genus och hälsa i svenska hälsotidskrifter*, Göteborg: Göteborgs universitet. diss. 2012.
53. Johannisson, "Kultur och hälsa", s. 18.
54. Johannisson, "Kultur och hälsa", s. 20.
55. Exemplet hämtat från *I form*, nr 18 (2009), s. 24; Kardemark, *När livet*, s. 171.





KONST OCH HÄLSA

Gunilla Priebe och Morten Sager

FÄLTET KONST OCH HÄLSA (eng. *Arts and Health*) är en del av det bredare *Kultur och hälsa*. Det är ett praktiskt och metodinriktat fält, som omsätter och prövar idén att kultur både kan verka läkande och främja välbefinnandet. Konst förstås här i plural (*Arts*) och beteckningen inkluderar därför inte enbart bildkonst, utan också andra estetiska former såsom musik, drama, dans, litteratur, teater, arkitektur och skulptur. I litteraturen beskrivs Konst och hälsa genomgående som mångfacetterat, både i fråga om vilka forskningsdiscipliner, praktiska verksamheter och konkreta aktiviteter som inkluderas, och i fråga om vilka dessas syften och fokus är. Det som förenar de skiftande verksamheterna är intresset för konsternas betydelse för hälsa och välmående.¹ Det föreliggande kapitlet är en analytisk introduktion till fältet Konst och hälsa och inte en heltäckande eller systematisk översikt. Förhoppningen är att kapitlet ska väcka nyfikenhet och leda läsaren vidare exempelvis genom de rika litteraturhänvisningarna. Vi presenterar också några begrepp, som kan skapa en förståelse för fältet – bortom de enstaka exempel som vi tar upp.

Kapitlet är uppdelat i tre avsnitt, som gradvis ökar den analytiska nivån. I det första avsnittet "Konst som hälsobringande länk mellan kropp och själ" presenterar vi exempel på hur olika aktörer inom Konst och hälsa-fältet motiverar sin verksamhet.

Dessa tycks nämligen omfatta en likartad grundsyn kring konsten som botemedel mot biomedicinens uppdelning av människan i kropp och själ. Konsternas hälsofrämjande verkan står alltså i centrum, men precis vilken typ av projekt detta resulterar i varierar. I kapitlets andra avsnitt ”Från själens inspiration till mätbara hälsoutfall” presenterar vi en modell, *Konst- och hälsodiamanten*, vilken illustrerar de olika målsättningar som praktiska Konst- och hälsaprojekt brukar formuleras i förhållande till. Här illustreras att fältet omfattar projekt som huvudsakligen fokuserar på individer eller social interaktion inom och mellan grupper; att vissa projekt har konsternas hälsofrämjande potential som utgångspunkt medan andra fungerar som komplement till hälso- och sjukvårdens traditionella läkande ansatser.² Kapitlet avslutas med avsnittet ”Konst och hälsa mellan vetenskap och samhälle” där vi analyserar några grundläggande frågor om vad vetenskap, konst och samhällsnytta är. Det går att se Konst och hälsa som inbegripet i ett mångfacetterat ”gränsarbete” där gränserna för god vetenskap och konst förhandlas fram. Detta gränsarbete har bäring långt utanför fältet Konst och hälsa.

KONST SOM HÄLSOBRINGANDE LÄNK MELLAN KROPP OCH SJÄL

Som forsknings- och policyfält har Konst och hälsa endast ett par årtionden på nacken, vilket bland annat illustreras i det faktum att den första vetenskapliga tidskriften med detta specifika fokus – *Arts & Health* – startades så sent som 2009.³ Sedan 2009 har ytterligare tidskrifter tillkommit, till exempel *Journal of Applied Arts and Health*. Föreställningen att konst främjar välbefinnande och svarar mot grundläggande mänskliga behov är dock inte en ny idé. Ett specifikt argument, som entusiaster inom Konst och hälsa-fältet brukar använda när de ska förklara dess relevans, är att den biomedicinska förståelsen för sjukdom och hälsa är för snäv och därför behöver kompletteras av andra perspektiv. Hälsa kan

sågas omfatta fysiska, psykiska, intellektuella, emotionella, sociala och andliga aspekter (se Ola Sigurdsons inledning om olika definitioner av hälsa), men den biomedicinska förståelsen av hälsa och sjukdom tar endast vissa av dessa i beaktande.⁴

Den biomedicinska modellen beskrivs ofta (även utanför Konst och hälsa-fältet) som baserad på föreställningar om att det mentala och existentiella kan separeras från det somatiska samt att komplexa fenomen kan förklaras utifrån enstaka variabler.⁵ En filosof, som brukar tillskrivas en sådan idé, är René Descartes (1596–1650). Han förklarade människan som sammansatt av två huvudenheter: kroppen och det själsliga, intellektuella medvetandet.⁶ I detta dualistiska synsätt är ”medvetandet en icke-fysisk eller tänkande substans (*res cogitans*) medan kroppen är en fysisk substans (*res extensa*).”⁷ Samverkan mellan de två enheterna ses som möjlig, men de uppfattas och beskrivs som åtskiljda och radikalt olika till sin natur. Utifrån en sådan idé blir det logiskt riktigt att den moderna biomedicinen enbart fokuserar på *res extensa* (kroppen) medan omsorgen om *res cogitans* (det mentala och existentiella) eller samverkan dem emellan överlämnas åt andra institutioner.

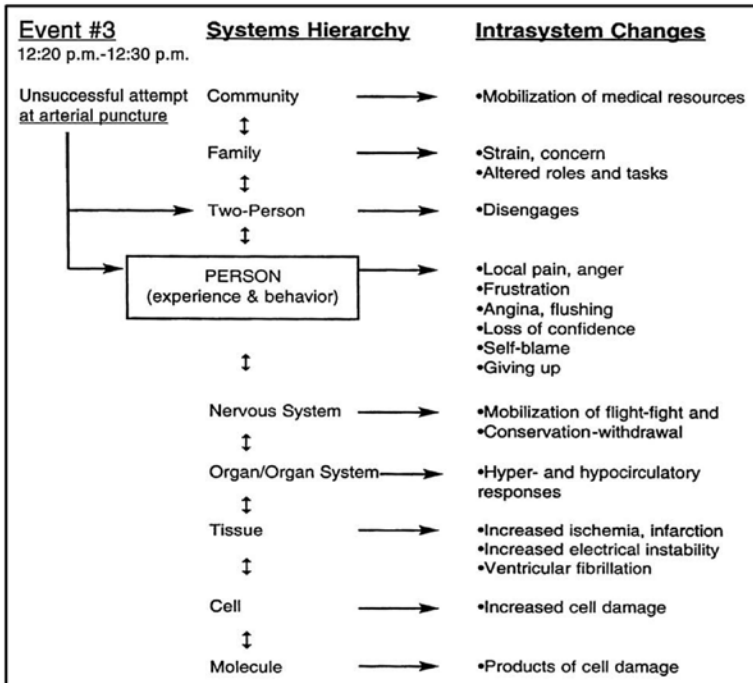
Den biomedicinska modellen brukar också beskrivas som metodologiskt reduktionistisk, vilket innebär att större fenomen samlägges i sina mindre beståndsdelar, så att dessa kan studeras var och en för sig.⁸ En grundtanke i denna modell är att människan bäst förstås (och behandlas) genom att man först skiljer det kroppsliga ifrån det andliga och mentala, och sedan specialiserar sin blick så att allt mindre av kroppens beståndsdelar fokuseras: från den fysiska kroppen, till organen, till cellerna, till funktionerna inom en cell, och så vidare.

Konsekvensen av denna cartesianska dualism och metodologiska reduktionism är att människan reduceras till ”en fysisk kropp, sammansatt av separata delar” och att sjukdom definieras som ”normavvikelse från mätbara biologiska (somatiska) variabler”, det vill säga att hennes fysiska hälsa betraktas som skild ifrån sociala, psykologiska och beteendemässiga faktorer.⁹ Figu-

ren nedan illustrerar hur en tankeprocess, som följer den modellen, kan se ut.

Utgångspunkten för människan ("Systems Hierarchy", vänstra kolumnen) är då det större sammanhanget (det som benämns som "Community" och "Family" högst upp i vänstra kolumnen). Allteftersom människan inordnas i den biomedicinska världsbilden reduceras hon successivt till en molekyl (följ beteckningarna nedåt i figuren: från "Community" till "Molecule").

I figurens högra kolumn ges en alternativ berättelse om en människas (patients) medicinska resa. Den beskriver hur patien-



FIGUR 1. Modell för det reduktionistiska (atomistiska) tänkandet inom biomedicinen¹⁰

tens ”helhet” krockar med vårdpersonalens reduktionistiska och dualistiska tolkning (biologi för sig, och det mentala/existentiella för sig) av patientens symtom. Den högra kolumnen i figuren illustrerar en mans entré på en akutmottagning där medicinska resurser mobiliseras i syfte att hantera hans hjärtattack. Den visar hur vårdmiljön i samma stund förändrar definitionen av mannens liv: från och med det ögonblicket ligger fokus på biologiska processer, som ges biologiska förklaringar.

I den högra kolumnens mitt har dock författaren gjort noteringar om förlorat självförtroende (”Loss of confidence”), skuldbeläggelse (”Self-blame”) och uppgivenhet (”Giving up”). Han vill med detta illustrera att patientens fysiska reaktioner inte bara hade biologiska orsaker. Författaren menar nämligen att patientens tillstånd försämrades (han fick hjärtflimmer) efter ankomsten till mottagningen, eftersom han retade upp sig på läkarens bristande kompetens och för att han kände sig ensam och övergiven när läkaren avvek för att hämta råd ifrån en mer erfaren kollega. Dessa psykiska och sociala processer uppfattades dock inte av vårdpersonalen. Deras bild av händelseförloppet beskrivs vara en annan: de uttryckte att patienten kunde skatta sig lycklig att hjärtflimret uppstod just när han befann sig på mottagningen, det vill säga deras tolkning inkluderade inte alls möjliga psykologiska eller sociala aspekter, då de – i biomedicinsk anda – betraktade den biologiska kroppen som ett isolerat system.¹¹

Den här kritiska diskussionen återfinns inom Konst och hälsa-fältet: en kritik som hävdar att den biomedicinska reduktionismen och dualismen medför att viktiga aspekter av det mänskliga, av sjukdoms- och tillfrisknandeprocesser förbises. Exemplet ovan illustrerar att det bland annat anses ha effekten att vårdpersonalen tolkar patienter ensidigt och biologistiskt. Patienten ses enbart som en fysiologisk kropp, istället för att kropp, själsliga upplevelser och sociala erfarenheter förstås som en samlad helhet. Ett ensidigt biomedicinskt paradigm innebär att vårdpersonalens huvudsakliga uppgift blir att identifiera och behandla

sjukliga kroppsdelar, och kritikerna menar att personalens omvårdande förmåga därför har ”förlorats i ett moras av kostsamma och högteknologiska utredningar och behandlingar”.¹²

Uppdelningen mellan kropp och själ återspeglas dock inte bara i bemötande och behandling utan också i den sjukvårdande praktikens teknologier, arkitektur, ekonomi och organisation – något som till och med har beskrivits som en vårdkris.¹³ Trots biomedicinens framgångar i många andra avseenden uttrycker alltså både praktiker, patienter och andra kommentatorer ibland en besvikelse över den brist på helhetssyn som man menar leder till fragmenterade bedömningar, brister i bemötande och behandling inom hälso- och sjukvården. Men, vare sig problemet eller medvetenheten om detsamma är nytt: I ett berömt tal 1927 beskrev till exempel den amerikanske läkaren och forskaren dr Francis Peabody att många äldre läkare klagade över att de yngre kollegorna var vetenskapliga och mekanistiska, men att de däremot inte förstod sig på läkekonstens praktik eller hur man vårdar (”care for”) patienter.¹⁴

Eftersom denna kritik inte är ny har flera försök gjorts för att komplettera den biomedicinska modellen. Försök har gjorts att utveckla bio-psyko-sociala tankemodeller. Andra försöker idag utveckla mer patientcentrerade tanke- och arbetsmodeller, bland annat utifrån alternativa förståelser av vad hälsa respektive sjukdom är (som framgått i kapitel ett i denna bok).¹⁵ *Hälsa*-temat i hälso- och sjukvården ges också alltmer utrymme, till exempel genom att förebyggande och hälsofrämjande arbete betonas – arbete som utgår ifrån modeller vilka inkluderar en individs hela livssituation liksom institutionella och strukturella faktorer.¹⁶

Det gemensamma i dessa ”lösningar” är att man försöker överbrygga de reella klyftor mellan livets olika aspekter, som dualismen och reduktionismens tankekonstruktioner leder till. Till exempel: när den specialiserade och teknifierade vårdmiljön skiljer en individ ifrån vardagsliv, närstående, hemmiljö och kontroll över den egna kroppen så distanseras hon ifrån en del av det som gör livet meningsfullt. Argumentet från Konst och hälsa-fältet

lyder då: genom konsten kan glappet mellan helheten, det egna, det familjära och det främmande överbryggas, eftersom konsten är en plattform och katalysator för deltagande och meningsfullhet.¹⁷ Formeringen av fältet Konst och hälsa kan därför sägas vara en del av en rörelse, som strävar mot målet *helhetssyn*, eftersom konsterna hävdas kunna fungera som ett medel för att lindra effekterna av fragmentering och alienering.

Utifrån den bakgrunden kan vetenskapliga studier av samband mellan konstupplevelser och hälsa förefalla vara en anomali, eftersom sådana studier alltid arbetar med avgränsningar, preciserade problemformuleringar och frågeställningar. Neurovetenskapen fokuserar till exempel på vissa specifika aspekter av det mänskliga livet, medan folkhälsovetenskapen fokuserar på andra aspekter.¹⁸ Det är dock inte metodologisk reduktionism i sig som Konst och hälsa-fältet motsätter sig, utan det faktum att nästa steg – det steg då fakta om det specifika ska återbördas till sitt större sammanhang – regelmässigt tycks utebli. Vetenskapliga studier, som alltså – i varierande grad – alltid är metodologiskt reduktionistiska, kan därför användas för att påvisa den roll som konsten och kulturen har för hälsan, men de enskilt studerade delarna måste också – i något skede – återinfogas i ett sammanhang.

KONSTEN SOM KREATIVT KOMPLEMENT TILL TRADITIONELL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

I konst sker en mängd saker, till exempel uttrycks känslor, miljöer förskönas, själen inspireras, tanken stimuleras, idéer utmanas, och nya världsbilder presenteras. Genom detta bidrar all konst indirekt till välbefinnande och hälsa.¹⁹

En konsekvens av ambitionen helhetssyn är att Konst- och hälsa-fältet omfattar projekt med vitt skilda metoder, målsättningar och huvudmän. När vi nu ska ge exempel på vilken sorts praktiska projekt som kan ingå i Konst- och hälsa-fältet (både internatio-

nellt och i Sverige) ser vi dock att de domineras av logiken: från konst till hälsa. Projekt där riktningen går åt andra hållet – från hälsosektorn till konsten, i syfte att berika konsten – förekommer, men är inte så vanliga. Exempel på ett sådant projekt är det där ett konstnärskollektiv i nordöstra Storbritannien ordnade drop-in-workshops för personer med psykiatrisk funktionsnedsättning i utbyte mot lokalhyran. Förutom att mötena var givande ur en ekonomisk synvinkel, beskrev konstnärerna att projektet också hade varit kreativt berikande.²⁰

Generellt sett så står dock konsternas terapeutiska verkan i centrum, både då projekten mer allmänt utgår ifrån att konstexponering främjar individuellt och kollektivt välbefinnande, och då de systematiskt undersöker eller använder konsterna i konkreta behandlingssituationer.²¹ Litteraturen presenterar olika modeller och figurer där fältet sammanfattas och nedan har vi valt att göra detta med hjälp av den så kallade *Konst- och hälsodiamanten*.²² I den illustreras att fältet karaktäriseras av fyra nyckel-dimensioner: konst visavi hälso- och sjukvård, och individ- visavi grupp- eller institutionsfokus.

Figuren illustrerar (1) att vissa projekt i första hand riktas mot individer, medan andra riktas mot grupper eller befolkningar, samt att (2) vissa projekt arbetar enskilt med konst som metod och medel, medan konst, i andra projekt, används kompletterande i hälso- och sjukvårdsmiljöer.

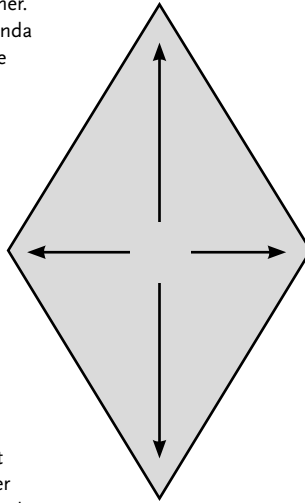
Figurens övre högra hörn och rubriken ”Kreativa uttryck” illustrerar följaktligen att vissa projekt har sin tyngdpunkt i det terapeutiska mötet mellan konst och individ. Exempel på sådana projekt är när konstformer används för att hjälpa patienter eller klienter att kommunicera kring sin livssituation. Konsternas kommunikativa kraft kan enrolleras för att hjälpa individen att uttrycka sig i vården, som en del av en tillfrisknande- eller diagnosticerande process (jämför till exempel Rorschach-testen). Här kan också sådana forskningsmetodologiska projekt placeras, som undersöker om konsterna kan användas för att utveckla konventionella datainsamlingsmetoder, till exempel intervjuer.

Samhörighet: Dessa projekt uppmärksammar att kreativitet kan främja sociala relationer. Utgångspunkten är att sunda relationer är en avgörande hälsofaktor.

Konst

Kreativa uttryck: Dessa projekt använder kreativa ansatser för att underlätta individers uttryck. Utgångspunkten är att kreativitet är ett medel för att nå hälsa, och att konst därför är indirekt terapeutiskt.

Socialt



Individuellt

Motivation: Dessa projekt använder kreativa metoder för att undersöka, sprida och kommunicera hälsoinformation. Utgångspunkten är att konst kan användas för att motivera befolkningen att göra hälsosamma livsstillsval.

**Hälsa-
och
sjukvård**

Kompletterande: Dessa projekt använder kreativa metoder för att binda samman olika aspekter av individers existens. Utgångspunkten är att biomedicinen behöver kompletteras med bredare ansatser.

FIGUR 2. *Konst och hälso-diamanten*²³

Personer som har genomgått svåra trauman kan till exempel ha svårt att i ord beskriva sina upplevelser, oavsett om det är vid ett behandlingstillfälle eller i en djupintervju. Dikter, teckningar, gestaltning eller musikaliska uttryck har därför prövats som en form för uttryck.²⁴ Konstnärer kan, i detta syfte, arbeta på sjukhus, skolor, kulturhus, fängelser, och i olika stadsmiljöer – ibland på ett mer systematiskt vis tillsammans med läkare, ibland med en mer informell och intuitiv stil, med brett formulerade mål för främjande av hälsa, estetik eller sociala relationer.²⁵

Det nedre högra hörnet illustrerar tydligt det som påpekats i det föregående: att många projekt inom Konst och hälsa-fältet syftar till att komplettera den tekniska och biologiskt inriktade sjuk-

vården. Ett konkret exempel på detta är sjukhusutställningen *Ubuntu*, där personal från Centrum för personcentrerad vård (GPCC) vid Göteborgs universitet tillsammans med personal från Röhsska muséet, ett museum för konsthantverk och design, byggde om en vårdavdelning på Östra Sjukhuset i Göteborg. Ordet "ubuntu" kommer från de sydafrikanska bantuspråken, men det används ibland också som ett begrepp när fokus är på "människors lojalitet och förhållanden med varandra".²⁶ I utställningen fick "ubuntu" peka på den ömsesidighet, som är central för personcentrerad vård-tanken: det är inte endast den professionelle som är expert i det vårdande mötet, utan även patienten har en expertis som är nödvändig att ta till vara. I en del av utställningen bearbetades detta med hjälp av inredning och design. I olika rum, med varierat möblemang och ljussättning, fick 650 personer på sjukhuset prova att se sig själva, patienter och sjukhusmiljön på ett nytt sätt. Något rum visade en mängd speglar där besökare bokstavigt talat fick fråga sig "Vem är jag?". I ett annat rum kunde personalen kortfattat skriva ned varför de hade valt ett vårdande yrke, och sedan fästa sin lapp på väggen och studera andras motiveringar. I ytterligare ett rum experimenterade man med ljussättning, i syfte att ge personalen möjlighet att reflektera över vad ett rum kan förmedla till den som vårdas där. Det sammantagna syftet med utställningen var att väcka tankar kring hur mötet mellan patienter och vårdpersonal kan se ut, när patienten också betraktas som en person med tankar, känslor, erfarenheter, minnen, rädslor, kompetenser och så vidare.²⁷

Sammanfattningsvis: figurens högra sida illustrerar att individfokuserade projekt både kan syfta till att komplettera sjukvårdens försök att hantera sjukdomstillstånd, och bruka de kreativa i konsterna för hälsofrämjande syften. Figurens vänstra sida har samma logik: det nedre hörnet illustrerar att vissa projekt har ett tydligt samhällsfokus på en identifierad ohälsfaktor, medan det övre hörnet illustrerar att även gruppinriktade konstprojekt kan fokusera på hälsofrämjande eller så kallade mellanliggande (mer indirekta) häls faktorer.

Det övre vänstra hörnet: flera Konst och hälsa-projekt arbetar med att främja goda relationer i ett bostadsområde eller inom och mellan grupper. Vetenskapligt hänvisar detta till sådana samhälls- och folkhälsovetenskapliga studier som har visat på att social tillhörighet och en känsla av sammanhang är av avgörande betydelse för hälsa.²⁸ Sådana forskningsresultat låg till grund för utvecklingen av projektet "Generationsmöten mellan unga och äldre". Det motiverades med att konsterna kan ha emotionella, sociala, psykiska och fysiska effekter och att detta tillsammans därför kan bidra till äldres "sjäsliga utveckling" och ge dem ett mer "meningsfullt liv".²⁹ Projektet var en del av Kulturrådets satsning *Kultur för äldre* och genomfördes i stadsdelen Centrum, Göteborg. I delprojekten (ett tjugotal) rymdes sång- och dansstunder med deltagare från en förskola och ett äldreboende, diskussionsgrupper med gymnasieungdomar och seniorer och en teaterföreställning med både studenter och pensionärer. Deras sammanfattande mål var att, med hjälp av olika konstformer, skapa och utveckla möten mellan generationer, det vill säga främja samhörighet.

Idén att länka konsterna till både terapeutiskt och hälsofrämjande arbete (det vill säga, i projekt som kan placeras i den övre eller undre delen av diamanten) uttrycktes av Tua Stenström, handläggare på Kulturrådet, då hon presenterade Kulturrådets senaste fördelning av bidrag:

Forskningsresultat om kulturens påverkan på välmåendet finns ju – nu behöver de omsättas i praktiken. Det är viktigt att stödja en metodutveckling för att kulturen ska kunna möta vården och omsorgen på deras villkor, säger Tua Stenström.³⁰

Figurens nedre vänstra hörn: Under rubriken "Motivation" samlas en av de vanligaste projektformerna inom Konst och hälsa: den som använder konsternas kommunikativa kraft för att nå stora delar av befolkningen med hälsoinformation. Konst som icke-verbal motiverare och förmedlare av hälsoinformation etablerades i

samband med andra världskriget.³¹ Sedan dess används främst olika former av bildkonst för att förmedla information om värdet i att använda säkerhetsbälte, riskerna med rökning eller vikten av handhygien under influensasäsongen. Konsten kan då fungera som pedagogiskt komplement till skriven hälsoinformation, dels utifrån idén att bilder förmedlar något annat än det skrivna (fakta-)ordet och dels utifrån idén att konstbaserad information kan nå grupper med olika former av språkliga begränsningar.³²

FÖRHANDLINGAR OM KONSTERNAS FÖRHÅLLANDE TILL VETENSKAP OCH EVIDENS

Idén om konsternas positiva och stärkande effekter är så väl etablerad att praktiska aktiviteter och riktade policysatsningar har föregått vetenskaplig forskning om konkreta hälsoutfall. Internationella lägesrapporter ("state of the art"-artiklar) domineras följaktligen av redogörelser för praktiska projekt, politiskt initierade strategidokument och försök att stötta utveckling av fältet (nätverk, internetportaler, etcetera) snarare än av presentationer av forskning.³³ I dag blir det dock allt svårare att motivera insatser (ur ekonomiskt- såväl som ur patientsäkerhetsperspektiv) som inte kan uppvisa evidens. Både finansieringsbeslut (såsom Kulturrådets senaste bidragsfördelning), policydokument och debattartiklar i vetenskapliga tidskrifter efterfrågar därför mer forskning som visar att konsterna har mätbara effekter på hälsan.³⁴

Frågan om Konst och hälsa-fältets vetenskapliga förankring är således under diskussion, en typ av diskussion som ibland kallas *vetenskapligt gränsarbete*. Sådant gränsarbete innebär att olika aktörer är inbegripna i ett "arbete" med att fastställa var eller hur gränsen mellan vetenskap och icke-vetenskap ska dras. Att det ses som viktigt har att göra med vetenskapsfilosofiska frågor, men också med ekonomiska, praktiska och administrativa frågor. Utifrån ett vetenskapsfilosofiskt perspektiv kan frågor till

exempel ställas om hur en forskningsstudie bör formuleras och genomföras för att den ska ge säker (vetenskaplig) kunskap om hälsoeffekter av konstexponering. I en mer praktiskt administrativ form berör gränsarbetet vilka samhällsliga institutioner som ansvarar för Konst och hälsa-projekt och vilka ekonomiska medel dessa kan tilldelas (forskningsmedel? medel avsatta för hälsosектор?), eller om universiteten ska inkludera detta tema i sin undervisning.³⁵ Gränsarbetsberättelser brukar fokusera på fyra grundläggande frågor:

1. Vilka aktörer argumenterar om vetenskaplighet?
2. Hur argumenterar aktörerna: Vilka metaforer och vilken ton används?
3. Vad handlar argumenten om: Vad är argumentationens innehåll och vad hänvisar aktörerna till för att stärka sin position?
4. Varför förs argumentationen: Vilken kunskapssyn, vilka värden eller resurser står på spel?

Eftersom fältet Konst och hälsa är så mångfacetterat, kan svaret på frågan om vilka aktörer som deltar i gränsarbetet kring fältets vetenskapliga status bli väldigt långt. Om vi till exempel tittar på vilka vetenskapliga discipliner som inkluderas i kunskapssammanställningar märks folkhälsovetenskap, idrottsvetenskap, religionsvetenskap, omvårdnad, psykiatri och psykologi, biomedicinska specialiseringar (till exempel neurovetenskap och reumatologi), konstvetenskap, pedagogik med flera.³⁶ En liknande bild träder fram om vi fokuserar på tidskrifterna *Arts & Health* och *Journal of Applied Arts and Health*. I båda betonas att respektive tidskrift är öppen för en mängd vetenskapliga discipliner, men också att andra – än vetenskapliga – perspektiv, det vill säga även politiska och så kallade *best practice*-perspektiv, representeras. Detta motiveras med att forskare, praktiker och politiker är ömsesidigt beroende av varandra:

Forskningens inspiration kommer ibland från praktiska framsteg, som sedan kräver systematisk utvärdering för att kunna införlivas i ett standardutbud. På samma sätt kan forskning stimulera till förändrade praktiker, men utan politisk förankring är det svårt att vidmakthålla även innovativa förbättringar.³⁷

Inom Konst och hälsa utförs således det vetenskapliga gränsarbetet inte enbart av forskare, utan också av konstnärer och vårdpersonal, politiker, allmänhet och olika patientorganisationer. En mängd ideal, institutionella och professionskulturer, materiella villkor och incitament möts därför när fältets relation till vetenskaplighet ska förhandlas.

Ett svar på frågan om vilka metaforer och vilken ton som präglar argumentationen kring vetenskaplighet (fråga två ovan) har redan givits i inledningen till detta kapitel. Den huvudsakliga metaforen är nämligen konflikten mellan den cartesianska dualismen och biomedicinska reduktionismen, och biopsykosocial holism. Argumentationen har stundtals varit på en ideologisk nivå med polemiska drag. Detta är inte ovanligt i gränsarbeten då motivationen (alltså fråga fyra ovan) ofta handlar om tillgång till ekonomiska och institutionella resurser, samt privilegiet att definiera vad som är giltigt och betydelsefullt – både i samhället i stort och i detta fall mer specifikt inom hälso- och sjukvårdens praktik och forskning. Det handlar alltså inte enbart om pengar, men också om det. Det handlar dessutom om vilket samhälle vi vill ha, vilken vetenskap och vilken konst, det vill säga om frågor av väldigt grundläggande karaktär.

En studie av vetenskapligt gränsarbete ger därför inblick i hur vår tid och kultur förstår vetenskaplighet, konst och nytta. Det är kring dessa tre teman som gränsarbetets argumentation rör sig (fråga tre ovan) när Konst och hälsa definieras och omdefinieras av de olika aktörerna: vetenskaplighet (Vad är god vetenskap och vad räknas som vetenskapliga fakta?), konst (Kan eller bör konsterna definieras vetenskapligt?) respektive nyttogörande (Kan eller bör konsterna definieras i termer av samhällsnytta?). De två

senare temana kan sammanfattas i en enda fråga: Är det möjligt eller önskvärt att vetenskapligt mäta hälsovinster av konstexponering?

ARGUMENT OM VETENSKAPLIGHET

Tidigare århundradens vetenskapliga gränsstrider utmärktes bland annat av olika aktörers försök att hävda sin auktoritet som pålitlig kunskapsproducent. När Gieryn beskriver den viktoriaiska erans gränsstrider mellan vetenskap, ingenjörskonst och religion, så beskriver han att vetenskapens företrädare hävdade att endast vetenskapen kombinerade teori och empiri på ett sådant sätt att objektiv och säker kunskap var utkomsten av denna verksamhet.³⁸ Exempelvis påstods ingenjörerna sakna teoretiska reflektioner, medan kyrkan saknade empiriska underlag för sina sanningsanspråk.³⁹ En av de viktigaste nutida definitionerna för vetenskaplig trovärdighet inom hälso- och sjukvården formuleras av det som kallats evidensrörelsen. Här ligger inte tyngdpunkten endast på kombinationen av teori och empiri, utan mer specifikt på sammanställning av flera systematiska, kontrollerade och omfattande kliniska (empiriska) studier. Här ställs stora, kvantitativa studier, som undersöker effekterna av till exempel en behandlingsmetod, mot vårdpersonalens – eller i detta fall också konstnärers – enskilda observationer.⁴⁰

Gränsarbetet för Konst och hälsa-fältet är dock mer komplext än så. Bland beslutsfattare finns varierande uppfattningar om vetenskaplighet, liksom bland forskare. Inte heller forskare talar alltså med en enda samstämmig röst, utan bland dessa finns flera och motstridiga idéer om hur en kunskapsprocess ska se ut för att den ska betraktas som säker och av hög vetenskaplig kvalitet.⁴¹ Biomedicinsk vetenskap, folkhälsovetenskap och konstvetenskap, det vill säga de kunskapstraditioner som dominerar de konceptuella diskussionerna inom Konst och hälsa, representerar till exempel motsatta (eller kompletterande) argument för

vetenskaplighet. Även om både folkhälsovetenskap och konstvetenskap utgår ifrån WHO:s holistiska definition av hälsa, så är alltså deras vetenskapliga tillämpning av denna olika. Större delen av folkhälsoforskningen verkar inom samma tradition av metodologisk reduktionism, som biomedicinen, och i denna kvantitativt dominerade forskningstradition ställs strikta krav på statistiskt entydiga resultat, som grundas i studier med linjär, kontrollerad design och fördefinierade hälsoutfall.⁴²

Konstvetenskap, å andra sida, utgår i högre utsträckning ifrån en kvalitativ kunskapssyn, där tolkning av människors uppfattningar står i fokus.⁴⁴ Evidenskravet (så som det formuleras i GRADEs evidenshierarki) ifrågasätts därför ofta med hänvisning till evidensrörelsens begränsade kunskapssyn:⁴⁴

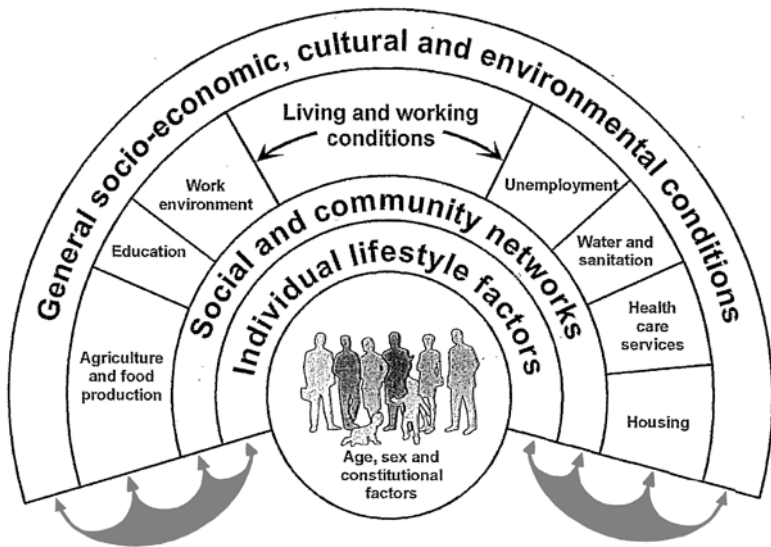
Den som arbetar med Konst och hälsa i ett samhälleligt sammanhang, måste kunna navigera mellan olika kunskapssystem, men från ett hälsoperspektiv betyder evidens ofta kvantitativa, generaliserbara data som tagits fram i randomiserade kontrollerade studier, medan kvalitativ forskning avfärdas som anekdotisk.⁴⁵

Den diskussionen, det vill säga argumentationen kring vilken sorts vetenskaplig kunskap som har ett högt evidensvärde, är inte unik för Konst och hälsa-fältet utan följer andra fälts grännsarbete till både innehåll och form. Ett vanligt argument är att det saknas stark evidens för specifika tillämpningar i faktiska situationer. Ett annat att evidens i termer av biomedicinskt forskningsstöd inte kan vara den enda kunskapsbasen för praktiska verksamheter. Statistiskt underbyggda metoder fångar endast vissa aspekter av till exempel kliniska verksamheter. Sådan evidens, menar många, måste därför alltid kombineras med patienters och klienters preferenser, liksom de resurser som personal och organisation vid ett visst tillfälle omfattar i form av expertis, teknologi och ekonomi.⁴⁶

En diskussion om hur ett möte skulle kunna komma till stånd mellan olika vetenskapliga traditioner, eller mellan vetenskap och andra kunskapsformer (till exempel så kallad *bepövad erfä-*

renhet) har försiktigt påbörjats.⁴⁷ Inom centrala svenska myndigheter för evidensbaserings har också definitionen av vetenskaplig kunskap modifierats under de senaste tio åren, så att kvalitativ forskning har uppvärderats. Här är det nya kapitlet om kvalitativ forskning i SBU:s metodhandbok det tydligaste exemplet.⁴⁸

När det gäller Konst och hälsa-fältet har det föreslagits att fältet skulle kunna placeras inom ett socialt paradig (som kontrast till biomedicinskt) och därmed definieras som *tillämpad* folkhälsovetenskap.⁴⁹ I evidensdiskussionen skulle man då kunna ta spjörn emot sådan folkhälsovetenskaplig forskning som har visat att såväl individuell livsstil, sociala nätverk, livsvillkor, institutionella och kulturella faktorer har betydelse för hälsan. Denna syn på det som har kommit att kallas *hälsans bestämning-faktorer* illustreras ofta genom den så kallade "halvmånen" (se figur 3).



FIGUR 3. Hälsans bestämningfaktorer⁵⁰

Med en sådan hänvisning kan Konst och hälsa-projekt beskrivas som en tillämpning av folkhälsovetenskaplig (socialepidemiologisk) forskning, dels för att de syftar till att skapa gynnsamma livsvillkor för individer och grupper, dels för att de syftar till att länka samman de olika nivåer som påverkar hälsan (från individuell till makronivå). Evidensvärdet i till exempel konstnärliga aktiviteter för en grupp människor ligger då i att dessa kan ge gruppmedlemmarna den känsla av sammanhang i stödjande och tillitsfrämjande nätverk, som folkhälsoepidemiologisk forskning konstaterat främjar både mental och fysisk hälsa.⁵¹

ARGUMENT OM KONSTERNAS VETENSKAPLIGHET

För att ytterligare komplicera bilden kan vi tillägga att vissa aktörer ifrågasätter det relevanta i att alls utvärdera konst utifrån vetenskapliga kriterier. I gränsarbetet är det alltså inte bara vetenskaplighet som definieras (och omdefinieras) utan även konsten. Konst liksom vetenskap är historiskt föränderliga företeelser. Under skilda tider och på skilda platser har dessa samhällsliga aktiviteter haft olika roller, betydelser och funktioner. Det är alltså inte förvånande att synen på konsterna och dessas roll i förhållande till vetenskap och samhället i övrigt förhandlas i gränsarbetet. När det ifrågasätts om konst kan utvärderas vetenskapligt framhålls ofta idén att konsternas dynamik och värde inte fångas av den traditionella vetenskapens mätande, kvantifierande praktiker.

Detta är en av flera grundläggande hållningar till konst och vetenskap som ingår i gränsarbetet. Ibland formuleras en sådan hållning i termer av intellektuella argument som fokuserar på vetenskapskritik eller utgår ifrån en speciell konstteori. Men, motsättningar mellan konst och vetenskap kan också märkas i genomförandet av praktiska projekt, utan att de för den skull hänvisar till intellektuella argument. Det märks speciellt om vi

studerar hur praktiska Konst och hälsa-projekt vanligen utvärderas. Eftersom sådana praktiska projekt ofta har existerat och formulerats utifrån andra drivkrafter än vetenskapliga metodkrav är det vanligt att de inte omfattar eller preciserar sådant som krävs för att vetenskapliga utvärderingar ska kunna göras.

I utvärderingen av det tidigare nämnda projektet "Generationsmöten mellan unga och äldre" beskrivs just detta: utförarna har inte samlat in den typen av data som möjliggör en systematisk utvärdering, vilket medförde att eventuella effekter av projektet inte har kunnat fastställas vetenskapligt.⁵²

En sammanställning över det brittiska Konst och hälsa-fältet konstaterar likaledes: dylika projekt har sällan tydligt deklarerade eller avgränsade hälsomål, vilket är nödvändigt om en vetenskaplig utvärdering av hälsoeffekter ska kunna göras. Författaren till sammanställningen, John Angus, resonerar kring varför det är så, det vill säga varför många projekt inte använder en tydligare vetenskaplig metod. Hans slutsats är att projektarbetarna antagligen betraktar hälsovinster som så självklara att de inte ser behovet av att specificera ett sådant syfte.⁵³ Det kan också vara så, menar Angus, att projektarbetarna inte betraktar konstprojektet som den enda faktorn på en mångfacetterad väg mot hälsa. När hälsoeffekter anges är dessa nämligen ofta fokuserade på sådana faktorer som brukar kallas mellanliggande faktorer (till exempel personlig utveckling), som på sikt bidrar till en förbättrad hälsa, men som inte i sig själva är mätbara hälsomål.⁵⁴ Projektets syften är i så fall indirekta eller kompletterande, så att de fångar upp sådana mänskliga behov som andra (biomedicinska) insatser inte hanterat, det vill säga de skulle kunna placeras i den högra delen av Konst och hälsa-diamanten.

Ett råd till aktörerna, i deras gränsarbete, skulle därför kunna vara att specificera vilken typ av evidens som efterfrågas eller tillämpas, så att det tydliggörs vilken sorts utvärderingar som är lämpliga eller möjliga.

ARGUMENT OM KONSTERNAS NYTTOGÖRANDE

Frågan om konsternas vetenskaplighet är nära besläktad med temat instrumentalitet och nyttogörande, som ofta behandlas då aktörer är engagerade i vetenskapliga gränsarbeten. Den viktorienska erans vetenskapssamhälle hävdade till exempel att vetenskap var en högre och noblare form av kunskap jämfört med ingenjörernas kunskap, just eftersom vetenskapsmän sökte kunskap för kunskapens skull och inte – som ingenjörerna – endast forskade av instrumentella skäl.⁵⁵ Vetenskapens företrädare har på detta sätt, ända sedan det antika Greklands tid, hävdad värdet i kunskap som är befriad ifrån nyttokrav.⁵⁶ I gränsarbetet med Konst och hälsa står dock vetenskaplig mätbarhet i nära relation till nyttogörande, även om argument för mätbara hälsovinster kan samsas med argument för att konst också har andra värden. Följande citat från kunskapssammanställningen *Kultur för hälsa* visar att den ena sortens värde inte behöver utesluta andra:

Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande Hälsa på lika villkor slår fast att det finns vetenskapligt stöd för att kulturaktiviteter kan vara ett värdefullt komplement till rehabilitering och behandling. Det finns också forskning som visar att deltagande i kulturella aktiviteter kan fungera hälsofrämjande och bidra till ett längre liv. Men det betyder inte att man bedömer värdet av kulturella upplevelser enbart efter deras hälsovinster. Självklart har kulturella aktiviteter ett egenvärde. Människans historia och utveckling visar att kultur och konst har en genomgripande och existentiell betydelse för människors liv.⁵⁷

Vetenskapligt stöd för hälsovinster kan visa på nyttan av kulturaktiviteter och betyda ökat ekonomiskt stöd, men vissa anser ändå att detta är ett tveksamt sätt att definiera Konst och hälsa. I citatet ovan är det representanter för folkhälsoforskningen som pekar på konstens mångsidiga värde bortom det vetenskapligt

mätbara och direkt samhällsnyttiga. I övrigt är det framförallt konstsektorns företrädare som deltar i denna del av gränsarbetet och då utifrån en starkt kritisk position. Kritiken gäller att nytogörande av konsten är en onödig legitimering av något som i grunden inte behöver berättigas i sådana termer.

Då företrädare för praktiskt arbetande konstnärer, liksom konstvetenskap, diskuterar instrumentalitet beskrivs detta som konstens motsats. I en debattartikel i *Dagens Nyheter* skriver till exempel Margaretha Rossholm Lagerlöf, professor i konstvetenskap, att konsten blir verksam just när den inte strävar efter att vara till nytta.⁵⁸ Hon menar att syftet med konstvetenskap är att visa på konstens roll som provokatör, att den är en arena för reflektion och gestaltning av vårt komplexa och oordnade undermedvetna. När hon påstår att ”Stor konst innehåller sanning, den uppenbarar något” antyds också en specifik bild av vad objektivitet är: att det objektiva i konstupplevelsen uppstår i ett annat epistemologiskt (kunskapsteoretiskt) rum än det som en standardiserad enkät kan nå in till eller en statistisk analys kan fånga.⁵⁹ Återigen en kritik av kombinationen vetenskaplighet, konst och nytta: det finns andra sorters sanningar än de vetenskapligt eller samhällsekonomiskt mätbara.

Parallellt med att företrädare för konstsektorn vill framhålla dess betydelse för hälsa, så uttrycks alltså en oro för att sammankopplingen med olika slags hälsoforskning ska medföra att konsternas och kulturens värde reduceras till att enbart vara ett instrument för att uppnå hälsa.⁶⁰ Ett intressant exempel på hur aktörer inom Konst och hälsa löser det problemet kommer från den nystartade tidskriften *Journal of Applied Arts and Health*. I det inledande numret ser vi åter hur en företrädare för fältet vill infoga termen ”tillämpad”: tidskriftens redaktör förklarar att dess syfte är att tydliggöra konsternas flerfaldiga värde, genom att ”konst” skiljs ifrån ”tillämpad konst”:

Jag stödjer idén att konst har ett värde i sig. Jag avskyr idén att konst måste ha ett tydligt syfte utöver dess kvintessens, vilken är att initie-

ra och spela med estetiska kvaliteter. Estetik verkar genom våra sinnen så att vi känner mer, hör mer och ser mer än vi annars hade gjort. Ja, konst har en manipulativ kraft och ska inte be om ursäkt för det, men parallellt med detta kan konstens kraftfulla effekter på hälsa också erkännas. Känslor är trots allt sammanbundna med mental, fysisk, andlig och social hälsa. Konst, som används utanför dess kärnområde, kan därför benämnas ”tillämpad konst”, så att den konstformen tydliggörs i förhållande till ”konst”.⁶¹

I syfte att bevara konsternas egenart väljer redaktören alltså den paradoxala lösningen att ännu tydligare tala om ”tillämpad konst”. Detta är helt i enlighet med hur vetenskapligt gränсарbete har bedrivits historiskt. Tillgång till ekonomiska resurser har, under tidigare århundraden, varit en viktig del av vetenskapligt gränсарbete. Genom att skilja ut de instrumentella aspekterna av konst från de fria konsternas skapar redaktören (och även andra debattörer) en möjlighet för de senare att bebo åtminstone två olika rum: ett rum definierat av vetenskap och samhällsnytta och ett rum som definieras av konst *per se* med andra regler för värde.⁶²

Konst ges därmed två helt olika logiker för existensberättigande. Det bästa av två världar, skulle man kunna säga. Konsternas företrädare kan behålla både fri och instrumentell konst: undvika ensidig reduktionism men samtidigt få tillgång till de ekonomiska resurser som annars är förbehållet hälsosektorn. Men: hur fungerar då denna komplexa lösning ihop med Rossholm Lagerlöfs idé om att instrumentalitet är konstens motsats? Innebär instrumentalitet alltid en försvagning av konstens kraft eller kan detta accepteras i vissa sammanhang? Ett svar på de frågorna, som skiljer sig ifrån den ovan nämnda redaktörens, är att konst är en rättighet och att det därför inte ens är nödvändigt att trassla in sig i vetenskapens eller ekonomens vokabulär: Konsternas värde kan och bör istället bekräftas genom hänvisningar till sådana politiska och rättighetsdefinierande dokument som till exempel FN:s *Vår skapande mångfald* där UNESCO ”konstaterar att ut-

veckling inte bara handlar om varor och tjänster utan också omfattar valet av livsstil och tillgång till ett rikt kulturliv”.⁶³

SAMMANFATTNING AV GRÄNSARBETET KRING KONST OCH HÄLSA

Utifrån Gieryns frågor kan vi nu kort sammanfatta det gränsarbete som området Konst och hälsa befinner sig i:

1. *Vilka aktörer argumenterar?*

Fältet Konst och hälsa är intressant bland annat för att det är så många olika aktörer inblandade. Det är inte enbart vårdprofessionerna eller konstnärer utan också politiker, beslutsfattare och allmänhet, som argumenterar kring fältets förhållande till vetenskap.

2. *Hur argumenterar aktörerna: Vilka metaforer och vilken ton används?*

De tydligaste metaforerna, som används i en stundtals polemisk debatt, har att göra med helhet och delar, holism och reduktionism.

3. *Vad handlar argumenten om: Vad är argumentationens innehåll och vad hänvisar aktörerna till för att stärka sin position?*

Huvudsakligen handlar argumenten om hur vetenskap, konst och nytta ska definieras, det vill säga hur de ska formuleras och uttryckas för att ses som legitima exempel på sin respektive genre. För att stärka sitt argument hänvisar aktörerna till vitt skilda teman: olika kunskapsteorier och former, olika syften och olika motiverande logiker, som till exempel ekonomisk hållbarhet visavi existentiell betydelse och mänskliga rättigheter.

4. *Varför förs argumentationen: Vilken kunskapssyn, vilka värden eller resurser står på spel?*

Det handlar i grunden om hur man ser på människans och samhällets utveckling – ideologiskt, men också institutionellt. Alltså: Hur ska hälso- och sjukvården utformas med avseende på Konst och hälsa? Vilken typ av verksamheter ska vi satsa de gemensamma resurserna på? Hur motiverar vi satsningar och beslut?

Det är viktigt att notera att fråga tre och fyra hänger nära samman: definitionerna av begrepp som konst, vetenskap och nyttiggörande är inte bara filosofiskt intressanta utan konstrueras mot bakgrund av grundläggande frågor om vad en människa är och hur samhället ska utformas. Det är också där gränsarbetet om Konst och hälsa ger nycklar till att förstå vetenskapens, kulturens och samhällets vägval. Fyra olika hållningar eller positioner blir tydliga i olika aktörers förhållande till konst, vetenskap och nyttiggörande:

- a) Konstens terapeutiska verkan kan och ska mätas i termer av (åtminstone indirekta) hälsovinster enligt evidensrörelsens krav på systematiska och aggregerade data, vilket berättigar ökade resurser.
- b) Konstens terapeutiska verkan är omätbar enligt evidensrörelsens krav, men dess hälsovinster är möjliga att förstå och (i viss mån) mäta vetenskapligt genom tvärvetenskapliga förhållningssätt och kompletterande metodtraditioner, vilket berättigar ökade resurser.
- c) Konsten ska alls inte betraktas som nyttig eller vetenskapligt mätbar, eftersom den är en grundläggande rättighet och dess egenart dessutom består i att inte vara nyttig eller mätbar. Häri ligger dess existensberättigande och motivation till ökade resurser: vårt samhälle behöver främja och

förstärka existentiella och omätbara dimensioner av tillvaron.

- d) Konstens relation till hälsan kan förstås på flera sätt, och det viktiga är att specificera vilken genre som åsyftas. Konsten kan både existera som omätbar och bortom nytta, men i vissa fall tillämpas för mätbara, terapeutiska syften.

De frågor som dessa positioner förhåller sig till är komplexa och har antagligen inga entydiga svar, men de är likväl nödvändiga och grundläggande för varje samhälle och gäller därför mer än enbart fältet Konst och hälsa. Vad är giltig kunskap? Vad är nyttigt, värdefullt eller betydelsefullt? Hur ska man hantera olika anspråk på att något är nyttigt, värdefullt eller betydelsefullt – speciellt om dessa anspråk inte kan formuleras som säker kunskap eller vetenskap? Vem ska bedöma och bestämma vad som är tillräckligt betydelsefullt för att vi ska satsa gemensamma medel? Gränsarbetet kring Konst och hälsa ger några exempel på hur vi kan bemöta dessa grundläggande frågor.

KONST OCH HÄLSA – MÖTEN MELLAN KUNSKAPSIDEAL OCH TILLÄMPNINGAR

I det här kapitlet har vi översiktligt presenterat fältet Konst och hälsa. Vi har konstaterat att det omfattar aktörer från olika samhällssektorer, med ibland samstämmig och ibland motsatt syn på relationen mellan konst och hälsa. Gemensamt för många inom fältet är kritiken mot biomedicinens uppdelning av människan i kropp och själ och de konsekvenser detta får för individer, hälso- och sjukvård och samhället. Många är också överens om grundtesen: att tillgång till konst är en grundläggande mänsklig rättighet, liksom att konsterna har potential att öka deltagande och meningsfullhet, så att en ohälsosam alienering och fragmentering inom och mellan människor kan förebyggas. Hur detta ska

göras råder det dock ofta olika meningar om. Inom Konst och hälsa-fältet märks en mångfald av praktiska och vetenskapliga projekt som omsätter den gemensamma grundsynen, på olika sätt. En del av dessa skillnader kan hänvisas till målgrupp eller till det specifika konstnärliga uttrycket.

En analytiskt intressant skillnad ser vi också i de olika sätt som vetenskap, konst och samhällsnytta definieras på. Inom Konst och hälsa-fältet ryms aktörer som menar att konsternas visst kan förstås i termer av samhällsnytta, medan andra hävdar att en sådan instrumentalitet står i motsats till konsternas egenvärde. En tredje falang vill hitta en medelväg genom att konsternas tillämpade, nyttiga aspekter skiljs ut och tydligt definieras medan andra aspekter tillåts existera utifrån andra kriterier. Åter andra menar att vi – i Sverige – inte alls behöver diskutera mätande eller nytta, eftersom konsternas plats i samhället berättigats politiskt (och därmed ekonomiskt) i och med att vi har förbundit oss att verka i enlighet med vissa FN-dekret.

Samma komplexitet möter oss i frågan om hur vetenskaplighet eller evidens definieras. Även här ser vi att fältet rymmer forskare som väljer att arbeta utifrån skilda metodideal (kvantitativa, laborativa, kvalitativa), att en del forskare menar att evidensen återfinns i så kallade mellanliggande eller indirekta faktorer och ytterligare andra (både forskare och andra) som helt tar avstånd ifrån idén om att vi ska eller kan mäta effekter av konsterna på ett vetenskapligt sätt. Vi ser också att både diskussionerna om vetenskaplighet och samhällsnytta ofta (även utanför fältet Konst och hälsa) förs i förhållande till resursfördelning.

Med gemensamma och begränsade resurser behöver de flesta verksamheter berättiga sin existens, vare sig det gäller satsningar, utbildningar, social omsorg, forskning eller hälso- och sjukvård. Kraven på evidens för effekter av konstexponering framställs därför ibland som självklara och oproblematiska: beslutsfattare måste ju veta att satsningar har de effekter som man förväntar sig. Även en sådan ståndpunkt innehåller dock olösta problem, om vi skrapar lite på ytan. Om vi accepterar att varje

satsning ska motiveras utifrån evidens så väcker det åtminstone två mer övergripande frågor. Den första frågan gäller vad vi menar med "evidens", medan den andra mer handlar om vad vi ska göra under tiden vi väntar på "evidens".

Är det bara stora kvantitativa studier (av typen RCT) som räknas som evidens eller godtar vi också kvalitativ forskning? I den här frågan råder det inte konsensus inom forskarsamhället. I grunden handlar detta om vilken kunskapssyn vi har, men det handlar också om komplexa vetenskapliga frågor rörande möjligheten att tillämpa studieresultat utanför laboratoriet eller precis den grupp människor som har ingått i forskningsstudien. I laboratoriestudier kan forskare till exempel påvisa mekanismer och orsakssamband (evidens) på cell- eller vävnadsnivå, men det betyder inte att vi har evidens för att dessa effekter kommer att bestå på högre nivåer (hela människan, för vissa grupper eller befolkningar). På samma sätt kan interventionsstudier påvisa effekter inom en viss population, på en viss plats, i ett visst sammanhang, men det är därmed inte säkert att dessa effekter kvarstår för andra populationer, platser och sammanhang. För kvalitativa studier finns liknande frågor. Vi har idag metoder för att sammanställa resultat från flera kvalitativa studier, så kallad metasyntes, men dessa är fortfarande under utveckling och det råder oenighet kring vilken roll kvalitativa studier ska ha som evidensbärare.⁶⁴

Den andra frågan, den som handlar om situationer där vi inte har evidens, gäller om vi – inom rimlig tid – kan ta fram evidens för varje offentligt finansierad insats. Vi ser idag en sådan strävan, ibland benämnd som evidensbaserad policy, men det är inte fastställt att ett sådant förhållningssätt är lika relevant för alla samhällssektorer eller att detta är lösningen på svåra politiska frågor, som omfattar flera aspekter än medicinska.⁶⁵ I slutändan, i mötet med en patient, brukare eller klient, inbegriper nämligen även en evidensbaserad policy värderingar och professionellt omdöme – ställningstaganden som inte endast avgörs genom vetenskaplig forskning eller standardiserade riktlinjer.

Den gordiska knuten blir då vilken form ett berättigande av Konst och hälsa ska ha. Det som visats i den här presentationen är att det tycks finnas aspekter av relationen mellan konst och hälsa, som kan mätas – och att dessa då antagligen behöver mätas mer noggrant och systematiskt. Här krävs troligen mer ansträngningar både i form av utbildning och forskning. Samtidigt har vi sett argument för att konsten också äger ett värde, som är så grundläggande att det kanske inte kan mätas men ändå kan vara föremål för genomgripande diskussion, systematisk och dokumenterad reflektion samt kritisk och problematiserande argumentation – om inte annat för bibehållen legitimitet och förankring.

Detta sätt att lösa knuten ger inte tillräcklig vägledning för den som vill få till ett snabbt alexanderhugg, men däremot ger det en tydlig fingervisning om vilka trådar det finns att dra i. De trådarna, föreslår vi, är inte unika för området Konst och hälsa, utan återfinns inom en mängd områden med offentlig finansiering: en brett förankrad och fördjupad diskussion, reflektion och kritisk argumentation kring konsternas och hälsans relation och konstitution utifrån en respekt för olika kunskapsideal och värden, som visserligen finns inom alla samhällssfärer men som blir särskilt tydliga inom Konst och hälsa-fältet; mer och bättre forskning om relationen mellan konsterna och hälsan utifrån metoder som är noga anpassade efter frågeställning och objekt – även detta utifrån en bred förankring och fördjupad kritisk reflektion kring kunskapssyn och samhälleliga värden.

NOTER

1. John Angus, *A Review of Evaluation in Community-based Art for Health Activity in the UK*, London: Health Development Agency, 2002 (nedladdad från: www.hda-online.org.uk 131211).
2. Stephen Clift, "A brief introduction to Arts and health", *Perspectives in Public Health*, 131:1 (2011), s. 8.

3. Paul M. Camic, Stephen Clift och Norma Daykin, "Editorial: The coming of age for arts and health: what we hope to achieve", *Arts & Health*, 1:1 (2009), s. 3–5; Paul Szniewajs och Anita B. Boles, "Letter from the president and executive director of the society for the arts in healthcare", *Arts & Health*, 1:1 (2009), s. 1–2; Gareth Wreford, "The state of arts and health in Australia", *Arts & Health*, 2:1 (2010), s. 8–22.
4. Regina Winzer (red.), *Kultur för hälsa: En exempelsamling från forskning och praktik*, Statens folkhälsoinstitut 2005: 23. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2005 (nedladdad från: <http://www.fhi.se/PageFiles/3318/r200523kulturforhalsa0510.pdf>, 130830).
5. George Engel, "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine", *Journal of Interprofessional Care*, 4:1 (1989 [1977]), s. 37–53; Jennie Medin och Karin Alexanderson, *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*, Lund: Studentlitteratur, 2000.
6. Relationen mellan kropp och själ är ett mer eller mindre kroniskt filosofiskt problem som har dryftats åtminstone sedan Platon i olika varianter (Peter Dear. *The Intelligibility of Nature: How Science Makes Sense of the World*, Chicago: University of Chicago Press, 2000). I modern tid intar dock René Descartes en särställning vad gäller dualismen mellan kropp och själ (Howard Robinson, "Dualism", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* [Winter 2012 Edition], Edward N. Zalta [red.], nedladdad från: <http://plato.stanford.edu/archives/win2012/entries/dualism/>, 131213).
7. James A. Marcum, *An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine*, Philosophy and Medicine, vol. 99, Dordrecht: Springer Netherlands, 2008, s. 20 (vår översättning).
8. Marcum, *Philosophy of Medicine*, beskriver även teoretisk och ontologisk reduktionism, men för den här textens syfte är metodologisk reduktionism det mest centrala.
9. Marcum, *Philosophy of Medicine*, s. 10 (vår översättning); Engel, "The need for a new medical model", s. 39 (vår översättning).
10. Engel i Rolf H. Adler, "Engel's biopsychosocial model is still relevant today", *Journal of Psychosomatic Research*, 67 (2009), s. 607–611.
11. Adler, "Engel's biopsychosocial model".
12. David Weatherall i Marcum, *Philosophy of Medicine*, s. v (vår översättning).
13. Marcum, *Philosophy of Medicine*.

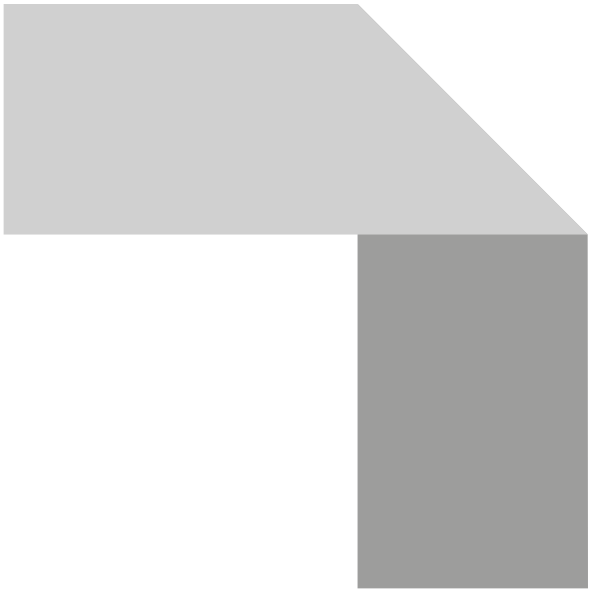
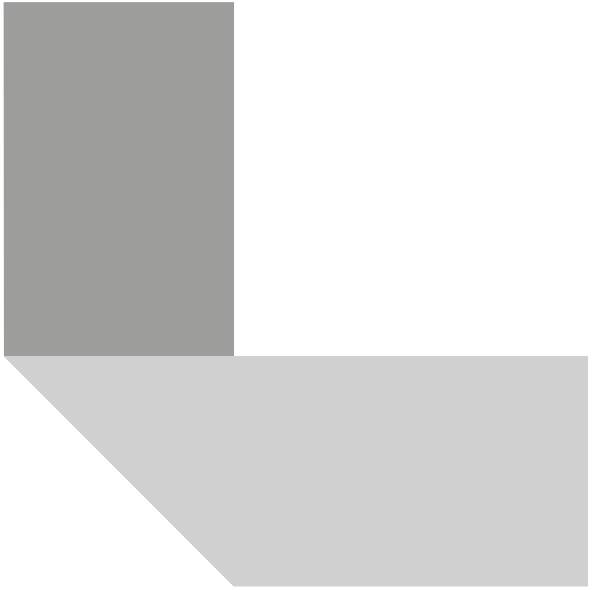
14. Francis W. Peabody, "The care of the patient", *Journal of Interprofessional Care*, 5:3-4 (1990 [1927]), s. 129-140.
15. Se vidare Medin och Alexanderson, *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande* som är en omfattande litteraturstudie vilken redogör för hälso-begreppets olika inriktningar, till exempel den biomedicinska, psykosomatiska, statistiska, behavioristiska, holistiska, liksom för hur dessa utvecklats över tid.
16. Exempel på detta är Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor, Stöd för styrning och ledning, 2011, ISBN: 978-91-86885-66-3 (nedladdad från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11_131211).
17. Angus, *A review of evaluation*. Ett exempel från Sverige kan illustrera detta: i en broschyr för högskolekurser förklarar forskaren Britt-Maj Wikström att "en estetisk omvårdnad innebär att patientens 'sjukmiljö' i så stor utsträckning som möjligt bör korrespondera med hennes 'friskmiljö'." (Emma Gustafsson, *Konstens betydelse för hälsan*, Region Dalarna: Landstinget Dalarna, 2012).
18. För en lättillgänglig webbplats om neurovetenskapliga studier om effekter av olika former av kultur på hjärnan, se: <http://www.kulturrellahjarnan.se>.
19. Angus, *A Review of Evaluation*, s. 14.
20. Angela Everitt och Ruth Hamilton *Arts, Health and Community: A Study of Five Community Health Projects*, CAHHM, Durham, 2003 (nedladdad från: www.dur.ac.uk/cahbm/ 131211). Exempel på att konstprojekt använder sig av individuella hälsotillstånd eller epidemiologiska data finns förstås, men har då sällan uttryckligen terapeutiska mål. Se till exempel den diskussion som följde på konstnären Anna Odells verk där debattörer menade att hennes verk gav "alla med psykisk sjukdom hopp" (Åsa Moberg och Torsten Kindström, "Anna Odell ger alla psykiskt sjuka hopp", *Svenska Dagbladet*, 2009-08-24).
21. Clift, "A brief introduction", s. 8
22. Jane Macnaughton, Mike White och Rosie Stacy, "Researching the benefits of arts in health", *Health Education*, 105:5 (2005), s. 332-339.
23. Fritt översatt från Macnaughton m.fl., "Researching the benefits of arts in health", s. 332-339.
24. Kimberley Diane Fraser och Fatima al Sayah, "Arts-based methods

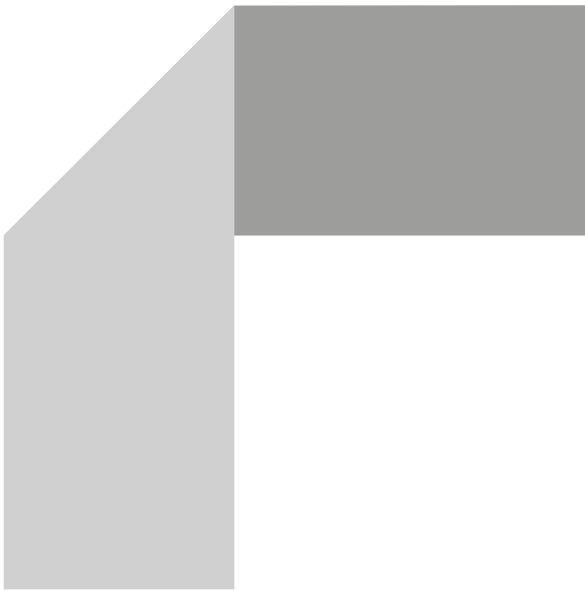
- in health research: A systematic review of the literature”, *Arts & Health*, 3:2 (2011), s. 110–145.
25. Anni Raw, Sue Lewis, Andrew Russel och Jane Macnaughton, ”A hole in the heart: Confronting the drive for evidence-based impact research in arts and health”, *Arts & Health*, 4:2 (2012), s. 97–108.
 26. *Tanke och idébok om personcentrerad vård*, Göteborgs universitet. Centrum för personcentrerad vård, 2012, s. 27.
 27. Jeanette Tenggren Durkan, Irma Lindström och Malin Högberg. Rapport *Ubuntu, en pilotutställning om personcentrerad vård*, Gothenburg Centre for Patient-Centered Care, Göteborgs universitet, 2012. I en film som gjorts tillgänglig på internet (<http://gpcc.gu.se/aktuellt/fulltext//se-filmen-om-ubuntu-.cid1098259>) förklarar guiden från Röhsska vad syftet med varje rum i Ubuntu är.
 28. Winzer, Kultur för hälsa.
 29. Oxford Research, *Utvärdering av de verksamheter som har fått stöd inom Kulturrådets uppdrag Kultur för äldre*, Stockholm: Oxford Research, 2013, s. 3.
 30. Daniel Brodén, ”Göteborg får 4,7 miljoner till kultur för äldre”, Centrum för Kultur och Hälsa. Nyheter 2013-11-25 (nedladdad från: http://www.ckh.gu.se/aktuellt/nyheter/fulltext//goteborg-far-4-7-miljoner-till-kultur-for-aldre.cid1194263_140128).
 31. Fraser och al Sayah, ”Arts-based methods”, s. 110–145.
 32. Fraser och al Sayah, ”Arts-based methods”.
 33. Stephen Clift, Paul M. Camic, Brian Chapman, Gavin Clayton, Norma Daykin, Guy Eades, Clive Parkinson, Jenny Secker, Theo Stickley och Mike White, ”The state of arts and health in England”, *Arts & Health*, 1:1 (2009), s. 6–35; Hilary Bungay, ”The effects of participating in creative activities on the health and wellbeing of children and young people: A rapid review of the literature”, *Perspectives in Public Health*, 133:1 (2012).
 34. Wreford, ”The state of arts and health in Australia”, s. 8–22.
 35. Försöken att fastställa skiljelinjer mellan vetenskap och icke-vetenskap har sysselsatt vetenskapsfilosofier under lång tid. Enligt Gieryn dominerade under 1850-talet idén att det som skiljde vetenskap från teologi var att vetenskapliga utsagor baserades på empiriska observationer, medan senare tiders vetenskapsfilosofier (till exempel Popper, Carnap och Ayer runt 1950-talet) istället sysselsatte sig med att försöka formulera logiska regler för ett vetenskapligt språk (Gunilla

- Priebe och Catharina Landström, "Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori", *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination*, Marie Henricson [red.], Lund: Studentlitteratur, 2012, s. 31–50). Begreppet *gränsarbete* är ett mer nutida och praktiskt fokuserat bidrag till frågan om gränser mellan vetenskap och icke-vetenskap (Thomas Gieryn, "Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists", *American Sociological Review* 48:6 [1983], s. 781–795).
36. Raw, Lewis, Russel och Macnaughton, "A hole in the heart", s. 97–108; se även Fraser och Sayah, "Arts-based methods in health research"; Winzer, *Kultur för hälsa*.
 37. Camic, Clift och Daykin, "Editorial", s. 3–4 (vår översättning).
 38. Gieryn, "Boundary-work".
 39. Gieryn, "Boundary-work".
 40. Ingemar Bohlin och Morten Sager, *Evidensens många ansikten: Evidensbaserad praktik i praktiken*, Lund: Arkiv förlag, 2011.
 41. Raw med flera, "A hole into the heart"; se även Winzer, *Kultur för hälsa*, liksom Gieryn, "Boundary-work", där denna ambivalens och spretighet blir uppenbar, det vill säga att motsatta argument antas beroende på fokus för diskussionen: "vetenskaplig kunskap är på samma gång teoretisk och empirisk, ren och tillämpad, objektiv och subjektiv, exakt och beräknad, demokratisk /.../ och elitistisk /.../, gränslös och demarkerad" (Gieryn, "Boundary-work", s. 792, vår översättning). Se också Lorraine Daston och Peter Galison. *Objectivity*, New York: Zone books, 2007, för olika definitioner av objektivitet de senaste tvåhundra åren.
 42. Detta gäller även neurovetenskapliga studier av kultureffekter, vilket är ett viktigt forskningsfält inom Konst och hälsa. Med neurovetenskapliga metoder försöker man belägga vilka biologiska och fysiologiska effekter konstutövning eller -deltagande har på kroppen, främst hjärnan. I Sverige sammanfattar redaktionen bakom webbplatsen "Den kulturella hjärnan" projekt inom detta område (se vidare <http://www.kulturellahjarnan.se> för referenser till olika studier).
 43. Ross W. Prior, "Editorial", *Journal of Applied Arts and Health*, 1 (2010), s. 3–6.
 44. GRADE står för Grading of Recommendations, Assessments, Development and Evaluation (<http://www.gradeworkinggroup.org>).

- Det är en internationell arbetsgrupp som arbetar fram kriterier och mallar för bedömning av vilket vetenskapligt stöd studier bidrar med i en viss fråga. I deras hierarkiska definition av evidensstyrka hamnar randomiserade, blindade och kontrollerade studier högst upp och övriga studier, såsom registerstudier, fallstudier eller kvalitativa studier längre ned (Howard Balshem, Mark Helfand, Holger J. Schünemann, Andrew D. Oxman, Regina Kunz, Jan Brozek, Gun E. Vist, Yngve Falck-Ytter, Joerg Meerpohl, Susan Norris och Gordon H. Guyatt, "GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence", *Journal of Clinical Epidemiology*, 64:4 [2011], s. 401–406).
45. Wreford, "The state of arts and health in Australia", s. 14 (vår översättning). Se även: Heather Hartwell, "Arts and health, Editorial", *Perspectives in Public Health*, 133 (2013), s. 2.
 46. Ragnar Levi, *Vettigare vård: Evidens och kritiskt tänkande i vården*, Stockholm: Norstedts, 2009; Hartwell, "Arts and health, Editorial".
 47. Se till exempel Marsaili Cameron, Nikki Crane, Richard Ings och Karen Taylor, "Promoting wellbeing through creativity: How arts and public health can learn from each other", *Perspectives in Public Health*, 133 (2012); Ana M. Ning, "How 'alternative' is CAM? Rethinking conventional dichotomies between biomedicine and complementary/alternative medicine", *Health*, 17:2 (2012), s. 135–158.
 48. SBU, *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvård: en handbok*, version 2012-02-03. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (nedladdad från: <http://www.sbu.se/metodbok>, 131213.) Men även Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer integrerar tydligt kvalitativa element (Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor*, Stöd för styrning och ledning, 2011).
 49. Christine Putland, "Lost in translation: The question of evidence linking community-based arts and health promotion", *Journal of Health Psychology* 13 (2008), s. 265–276 (se även Raw m.fl., "A hole in the heart" och Angus, *A review of evaluation*).
 50. Göran Dahlgren och Margaret Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Background document to WHO – Strategy paper for Europe, Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2007:14, ISSN: 1652-120X, ISBN: 978-91-85619-18-4, Stockholm, 1991: 11 (nedladdad från: http://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html, 131211).

51. Putland, "Lost in translation"
52. Oxford Research, *Utvärdering*.
53. Angus, A review of evaluation.
54. Angus, A review of evaluation.
55. Gieryn, "Boundary-work".
56. Dear, The intelligibility of nature.
57. Winzer, *Kultur för hälsa*, s. 22.
58. Margareta Rossholm Lagerlöf, "Konsten är inget instrument", debattartikel i *Dagens Nyheter*, 2013-10-07, s. 6.
59. Rossholm Lagerlöf, "Konsten är inget instrument", s. 6.
60. Putland, "Lost in translation"; Wreford, "The state of arts and health in Australia".
61. Prior, "Editorial", s. 4 (vår översättning).
62. Se exempelvis Wreford, "The state of arts and health in Australia".
63. Svenska Unescorådet. *Vår skapande mångfald*, Stockholm: Norstedt, 1996; Winzer, *Kultur för hälsa*, s. 30. Se även Wreford, "The state of arts and health in Australia".
64. SBU:s handbok utgörs exempelvis av tolv kapitel varav endast ett gäller kvalitativa studier och ett kapitel etik. De flesta övriga kapitel gäller kvantitativa studier. SBU. *Utvärdering av metoder*. Se också Ingemar Bohlin, "Systematiska översikter, vetenskaplig kumulativitet och evidensbaserad pedagogik", *Pedagogisk forskning i Sverige*, 15:2/3 (2010), s. 164–186.
65. Bohlin och Sager, *Evidensens många ansikten*; Nancy Cartwright och Jeremy Hardie, *Evidence-based policy: A Practical Guide to Doing it Better*, Oxford: Oxford University Press, 2012.





MEDICINSK HUMANIORA

Katarina Bernhardsson

MEDICINSK HUMANIORA ÄR ett forskningsområde som inom sig rymmer en mängd olika perspektiv och ämnen. Eftersom det är så mångfasetterat är det svårt att definiera entydigt, men som redaktörerna till en ny bok om området påpekar är frågan om det ens är önskvärt: ”en entydig definition skulle ta bort den mångfald av perspektiv som är det som i grunden gör medicinsk humaniora så tilltalande”.¹ Medicinsk humaniora är fortfarande i en framväxtfas, och även om det börjar få allt fastare konturer kommer det troligen aldrig att bli enhetlig nog för en enkel definition.

Med detta sagt är det ändå väsentligt att göra en mer tentativ definition. Som namnet säger handlar detta om humanistiska perspektiv – men också vissa samhällsvetenskapliga – riktade mot medicinen i bred bemärkelse. Martyn Evans, filosof och framträdande förespråkare för området, har formulerat en definition: ”’medicinsk humaniora’ betecknar hur de humanistiska vetenskaperna studerar medicinen, patienter och – viktigast – hur de *studerar medicinen när denna studerar patienter*”.² I den definitionen ingår hela områdets bredd, vilket blir ännu tydligare om man ersätter ordet patient med ordet människa. Inom medicinsk humaniora används humanistiska perspektiv för att studera den medicinska vetenskapen och praktiken och människan i rollen som denna verksamhets objekt, men också det samhälle

och den kultur som präglas av medicinen. Filosofen Fredrik Svenaeus uttrycker målet som att ”undersöka och besinna det mänskliga på basis av kroppslighet, kultur, samhälle och historia”.³ Det är med andra ord ett stort forskningsfält som avses.

Detta kapitel inleds med en längre diskussion om medicinsk humaniora och dess olika inriktningar, utifrån en indelning gjord av Martyn Evans. Därefter har jag valt att behandla den pedagogiska inriktningen och forskningsverksamheten var för sig. Först diskuterar jag den pedagogiska verksamheten och hur de humanistiska ämnena kommit att tas in på de medicinska utbildningarna. Ett längre avsnitt ägnas åt den medicinska humanioran på läkarutbildningen vid Lunds universitet, där jag själv är verksam, och vilka överväganden som ligger bakom den kursgivningen. Efter detta går jag in på forskningen och beskriver några av de viktigaste underavdelningarna: medicinsk etik, filosofi och religionsvetenskap; medicinhistoria; etnologi och medicinsk antropologi; litteratur och medicin, narrative medicine och de estetiska vetenskaperna. Kortfattat diskuteras också två andra benämningar på området, Humanistisk hälsoforskning respektive Humanistisk medicin. Slutligen ger jag exempel på olika verksamheter inom området: centrumbildningar och nätverk, tidsskrifter samt ämnesövergripande bokpublikationer.

MEDICINSK HUMANIORAS TRE INRIKTNINGAR

Medicinen är en stark kraft i vårt moderna samhälle och påverkar vår syn på sådant som normalitet, avvikelse, hälsa och sjukdom. Därför blir humanistiska studier av medicinen och dess synsätt viktiga. Som ett exempel fångar Fredrik Svenaeus med sitt begrepp ”barnkalassyndromet” hur medicinska förståelsemodeller har kommit att alltmer ta sig in i våra kulturella föreställningar. Svenaeus diskuterar hur en förälder, som under ett barnkalas ser hur de lekande barnen agerar, under de senaste de-

cennierna har kommit att allt mer naturligt tänka i form av diagnoser. Svenaeus kallar det en ”ny *perception*” som smugit sig in i sättet att varsebli och tänka om barnen, där kategorier som stödkighet eller livlighet ersatts av kategorier som ADHD och andra neuropsykiatriska tillstånd.⁴ Rolf Ahlzén, läkare och docent i medicinsk humaniora, påpekar att den kritiska reflektionen är nödvändig i en tid när vi ”i växande utsträckning jagar medicinskt definierade risker och medikaliserar allt fler aspekter av mänskligt liv [...]. Det medicinska tolkningsföreträdet på en rad områden måste utmanas, även i de fall då medicinska insatser är av odiskutabelt värde”.⁵

Utöver den grunddefinition som jag citerat ovan har Martyn Evans gjort en mer detaljerad indelning som ger en god översikt över området, där han delar in medicinsk humaniora i tre olika delar.⁶ Den första är den mest tillämplade delen, *Konst och hälsa* – på engelska ofta benämnd ”Arts in Health” eller ”Arts and Health” – som har en terapeutisk inriktning. Hit hör bland annat musikterapi och biblioterapi, alltså utforskningar av hur konstarna kan ha en terapeutisk och läkande verkan på människor. Hit hör dessutom ett antal av de projekt som bedrivs vid Göteborgs universitet idag och som beskrivs i nästa kapitel. Inte alla vill räkna detta som en del av medicinsk humaniora – Ahlzén föredrar till exempel att placera den som ett eget fält, ”den medicinska terapins fält”.⁷ I denna bok har *Konst och hälsa* fått ett eget kapitel (se föregående kapitel) och kommer därför inte att tas upp här.

Den andra inriktningen Evans identifierar är den pedagogiska, som koncentrerar sig på att förändra läkarutbildningen och andra medicinutbildningar genom kurser i humanistiska ämnen. Här finns ofta ett slags etiskt imperativ och en tydlig idé om samhällsrelevans, och detta har varit en kärnverksamhet inom medicinsk humaniora sedan området började formera sig.⁸ Det har bland annat lett till att det internationellt sett inte är ovanligt med humanister som helt eller delvis är anställda på medicinsk fakultet. I Sverige finns det också några sådana exempel, och på samtliga läkarutbildningar finns det någon typ av humanistiskt inslag.

I båda de nämnda inriktningarna, Konst och hälsa och den pedagogiska inriktningen, inkluderar Evans även kommentarer, analyser och kritisk reflektion avseende det egna området.

Slutligen identifierar Evans en tredje, mer uttalat teoretisk, inriktning inom medicinsk humaniora, och dess mål betecknar han som ”att försöka *förstå den mänskliga naturen* genom kritiska undersökningar av den teknologiska medicinen och dess begränsningar”.⁹ Detta inkluderar analyser av samhälle och kultur – medicinens historiska, sociala och kulturella sammanhang – liksom av enskilda erfarenheter och konstnärliga uttryck. Mellan Evans tre olika inriktningar finns ofta grundläggande skillnader i metod och syfte. De har dock viktiga beröringspunkter och är delvis avhängiga av varandra. Det går inte att på längre sikt tänka sig de två första inriktningarna utan att också den tredje finns med. Ahlzén påpekar att den medicinska humanioran måste kunna växla mellan ”det kritiskt analytiska perspektivet och det inlevande, empatiskt grundade”.¹⁰ Båda dessa perspektiv är väsentliga inom medicinens humaniora i dess olika aspekter.

De tre inriktningarna som Evans föreslår är inte det enda som gör området medicinsk humaniora komplicerat och mångfacetterat. Beroende på vilken eller vilka discipliner som är aktuella kan studiernas utgångspunkter och intressen skilja sig åt betydligt. Det humanistiska fältet är brett, och i de flesta beskrivningar av medicinsk humaniora brukar också vissa samhällsvetenskapliga ämnen inkluderas, namnet till trots; som Wilhelm Kardemark och Ola Sigurdson påpekar i en rapport vore det kanske mer egentligt att tala om medicinsk humanvetenskap, eller kanske hälsans humanvetenskap.¹¹ Utöver detta strävar området mot det mång- och tvärvetenskapliga, där enskilda discipliner utmanas i mötet med andra – såväl inom humaniora och samhällsvetenskap, vilket i sig är en utmaning, som genom mötet med medicinen. Detta innebär naturligtvis svårigheter, men det är också det som gör den medicinska humanioran så dynamisk. Svenaeus påpekar att en utvecklad medicinsk humaniora skulle kunna innebära att ”delar av humaniora själv skulle finna en ny

inriktning och samling”.¹² Idéhistorikerna Anders Ekström och Sverker Sörlin lyfter i en studie om den humanistiska kunskapens framtid fram den medicinska humanioran som ett exempel på ”integrativ humaniora”. Med den termen menar de att den vetenskapliga utvecklingen de senaste decennierna har inneburit att humanistisk kunskap ”förnyas genom att ta upp nya intresseområden som på detta sätt utvidgar den humanistiska kunskapens domän”.¹³ Det är en utvidgning som är viktig både för de humanistiska ämnena i sig och för de områden den studerar. Humanisterna närmar sig ett problemfält ”inte bara för att utifrån betrakta det – en studie *av* – utan också för att inifrån medverka till att utveckla områdesrelevant kunskap – en studie *inom* och *för* – även om gränserna här förstås inte är skarpa”.¹⁴

Som en ytterligare komplexitet är det också värt att påpeka att forskningsområdet rör sig med – minst – två olika kulturbegrepp: kultur som ett brett meningsskapande system och kultur som konstnärliga och intellektuella verk, vilket Ola Sigurdson utreder i inledningen till den här boken. Detta innebär att olika studier kan ha mycket skilda betoningar i studiematerial och metoder.

Efter denna inledning går jag in på den pedagogiska verksamheten inom medicinsk humaniora, för att därefter fördjupa mig i områdets forskningsverksamhet.

DEN PEDAGOGISKA VERKSAMHETEN

Den pedagogiska delen av medicinsk humaniora har varit närvarande från första början, och den har i stor utsträckning kommit till som ett svar på en upplevd brist. Medicinen har genomgått en fantastisk utveckling av metoder och tekniker för att kunna bota sjukdomar. Samtidigt har en allt större frustration uppkommit, över en strikt naturvetenskaplig kunskapssyn och dess ofta reducerande förhållningssätt, där människan blivit ett objekt för vetenskapen och inte ett subjekt i egen rätt (se även diskussionen i

det föregående kapitlet). Denna frustration finns hos många parter – inte bara patienter och anhöriga, utan lika mycket hos läkare och de som ansvarar för läkarnas utbildning – vilket har lett till ett intresse för att ta in humanistiska studier i läkarutbildningen.¹⁵ Genom de humanistiska ämnena vill man nå människan, helheten och det existentiella perspektivet, som är nödvändigt för att vården och medicinen ska kunna förverkliga sin fulla potential. Medicinsk humaniora i denna bemärkelse är därmed släkt med en medicinsk inriktning som den patientcenterade eller personcenterade vården, och på de svenska läkarutbildningarna placeras den ibland inom det större utbildningsblocket ”Professionell utveckling” (PU), där tidig klinisk träning och psykologiska och etiska diskussioner betonas.

En slående skildring av den här bristkänslan och av krocken mellan två olika människosyner ger läkaren och författaren P.C. Jersild i sina medicinska memoarer. Jersild beskriver inledningen av sin utbildning till läkare:

Så började den process av själslig härdning, den avhumanisering, som förmodligen är nödvändig för att man skall stå ut som läkare. I vissa lägen tvingas man att betrakta en annan människa, levande eller död, som ett objekt, någon man till varje pris undviker att identifiera sig med. Sedan gäller det att kunna koppla på sin mänskliga sida, sin empati, igen. Vilket inte alla lyckas med.¹⁶

Jersild betonar här att det handlar om två olika syner på människan – människan som objekt respektive människan som individ – som båda är giltiga och nödvändiga och som han som läkare måste kunna pendla mellan, och risken att den sistnämnda människosynen tappas bort.

Ett av svaren på den här problematiken har alltså varit att ta in humanistiska studier i utbildningen. I detta pedagogiska arbete finns åtminstone tre väsentliga aspekter, som jag här kallar för reflektion, självreflektion och kritisk reflektion. Det förstnämnda handlar om en förståelse för patienten som en människa i sin hel-

het, och denna individs perspektiv och livsvärld som ofta skiljer sig dramatiskt från läkarstudentens egen. Perspektiv är ett nyckelord, och grundläggande är här möjligheten för studenterna att engagera sig samtidigt både emotionellt och kognitivt, vilket exempelvis berättelser ger möjlighet till. Det andra innebär att se sitt eget perspektiv, men inte avpersonifierat så som läkarens roll traditionellt sett är i exempelvis journalskrivandet, utan i stället återpersonifierat. Detta ger möjlighet att reflektera över den egna positionen och yrkesrollen och skapa en förståelse för både sig själv och sina medarbetare.

Dessa reflektioner och förståelser är nödvändiga för att det medicinska arbetet ska kunna nå sin fulla potential: att förstå en patient eller sin egen roll gör inte bara att patienten känner sig sedd eller att läkaren mår bättre, utan det är en kliniskt relevant aktivitet som ligger till grund både för att ställa diagnos och för att till exempel kunna kommunicera på ett sådant sätt att patienten förstår och efterlever ordinationen, vilket faktiskt ofta inte är fallet.¹⁷

Den tredje aspekten som jag nämnde ovan, den kritiska reflektionen, kan ibland vara något mindre omedelbart verksam i utbildningen, men det är en minst lika viktig aspekt, som dessutom delvis ligger till grund för de andra två. Det handlar om att utveckla ett kritiskt perspektiv på medicinen, vården och den genomslagskraft och påverkan medicinen har på vårt samhälle idag, och att utveckla en egen reflekterande blick på verksamheten. Här är många humanistiska ämnesperspektiv relevanta, och sammantaget handlar det, som Ahlzén påpekade, om att växla mellan ”det kritiskt analytiska perspektivet och det inlevande, empatiskt grundade”.¹⁸

Den medicinska humanioran har pedagogiska poänger som är väsentliga för den sedermera praktiserande läkaren, och ger tillsammans med den övriga utbildningen en grund för en egen livslång utveckling. Den är också viktig för att skapa en framtida plattform för mötet mellan humanister och medicinare.

Som redan nämnts finns inslag av humaniora på alla svenska

läkarutbildningar, men vad som undervisas, hur, av vem och när under utbildningens gång skiljer sig åt. På varje utbildning har verksamheten vuxit fram i relation till lokala behov och möjligheter. Jag tror att det är dags för en större diskussion kring dessa pedagogiska frågor, som ett led i att professionalisera denna typ av utbildningsmoment. Det finns en tendens att undervisning i humaniora, till exempel litteraturläsning, ses som ett extraintresse hos de läkare som redan är engagerade i läkarutbildningen snarare än som en pedagogisk inriktning i egen rätt. Inte sällan genomförs de utan att ta humanistisk kompetens i anspråk, och utan några större pedagogiska diskussioner om mål och metoder.¹⁹ Ett projekt vid Linnéuniversitetet, lett av Margareta Petersson, närstuderar hur en sådan undervisning kan gå till och visar att det ofta är en personberoende och inte alltid pedagogiskt genomtänkt praktik.²⁰ Här finns en utvecklingspotential för den medicinska humanioran inom de medicinska utbildningarna, genom en satsning på pedagogisk reflektion och ett mer utarbetat samarbete mellan humanister och medicinare. En viktig utveckling vore om de humanistiska momenten kunde gå vidare från korta, isolerade och grundläggande moment eller strimmor till ett mer genomarbetat och fördjupande förlopp med tydligare progression. Med tanke på hur ett liknande arbete görs också i de andra nordiska länderna vore det av värde att föra inte bara en nationell, utan också en nordisk diskussion. Vissa lärosäten har kommit en bit i en sådan utveckling. Andra universitet har haft en sådan utveckling, men inte alltid lyckats hålla fast vid den. Ett bra och färskt nordiskt exempel på en diskussion av det humanistiska inslaget, och särskilt litteraturläsning, i läkarutbildningen har kommit från Aarhus universitet, genom antologin *Lægers dannelse*.²¹ Här ges sedan fem år tillbaka en valbar humanistisk kurs med särskild inriktning på filosofi och litteratur, och boken utgår från erfarenheterna från kursen.

En av svårigheterna för den pedagogiska inriktningen inom medicinsk humaniora är den medicinska verksamhetens förväntan på evidens. I en litteraturstudie över artiklar om humaniora

i läkarutbildningen påpekar Jakob Ousager att artiklarna ofta stannar vid förväntningarna på humaniora, och inte innehåller någon egentlig bevisföring.²² Det är inte förvånande, vilket också Ousager kommer fram till – att på ett övertygande sätt isolera och mäta en sådan sak som humanistiska studiers långsiktiga påverkan på läkarstudenter är naturligtvis mycket svårt, för att inte säga omöjligt. I den engelska benämningen Narrative-Based Medicine synliggörs också parallellen till den etablerade Evidence-Based Medicine, vilket kan ses som ett erkännande av att den förstnämnda inte kan ingå i den traditionella evidensbaserade diskursen. Martyn Evans ifrågasätter den ensidiga inriktningen på kunskap som kan utvärderas och menar att det inte alltid är det mest passande sättet att se på kunskap. Han vill ge plats för kunskapsmål som är ”beyond assessment”, och det menar jag är viktigt att hävda inom detta arbete.²³ Problemet med evidenskrav diskuteras närmare av Morten Sager och Gunilla Priebe i kapitel 2 ovan, i relation till forskningsområdet Konst och hälsa.

Eftersom ett strikt evidenskrav är problematiskt i ett sådant här sammanhang, där det handlar om en (yrkes)persons personliga och professionella utveckling över tid, används ofta en annan typ av material som underlag för argumentationen. Det gäller framför allt kursvärderingar från studenter, vilket även jag kommer att hänvisa till, och personliga reflektioner utifrån egna upplevelser som lärare. Kursvärderingarna visar att studenterna på medicinutbildningar ofta ser humanistiska kurser som mycket givande. Ett exempel på en sådan kursverksamhet, undervisningen vid Lunds universitet, kommer jag nu att beskriva mer på djupet.

Exemplet Lunds universitet

Lunds universitets läkarutbildning har under de senaste dryga fem åren gjort en målmedveten satsning på medicinsk humaniora. Liksom på många andra lärosäten har det även tidigare funnits engagemang som vetter mot den medicinska humanioran,

men de senaste åren har det skett med en tydligare systematik. För att belysa den pedagogiska inriktningen av medicinsk humaniora och dess potential mer i detalj lyfter jag här fram hur arbetet i Lund ser ut; det kan läsas som en sorts programförklaring utifrån ett empiriskt exempel.

Även om universitetet har gjort en satsning inom området finns det fortfarande inte en enhetlig syn på den medicinska humanioran och dess roll inom utbildningen. Administrativa och praktiska omständigheter, som att de olika terminerna är organiserade som enskilda enheter, gör att helheten inte är lätt att samordna. En förhållandevis stor samsyn har dock kommit till stånd. Lunds universitets unika bidrag till medicinsk humaniora i Sverige är den avancerade, fem veckor långa kurs som ges med tyngdpunkt på de estetiska vetenskaperna. Här kommer jag att beskriva den, och i korthet ytterligare två moment på utbildningen. I läkarutbildningen finns sedan tidigare medicinsk etik som ett väl-etablerat eget ämne, och här kommer jag endast att beskriva de övriga satsningarna på medicinsk humaniora.

Liksom på flera andra utbildningar möter studenterna litteraturläsning redan på den första terminen. Här förekommer bokläsning, filmvisning och gruppdiskussion under ledning av så kallade *tutorer*, läkare som undervisar på programmet och följer studentgrupperna över tid. Gruppdiskussionerna är obligatoriska inslag i "Professionell utveckling", en kursdel som också innehåller en mängd andra moment och där studenterna bland annat tidigt får prova på kliniska möten. I likhet med hur Petersson beskrev det i sin studie är det här studenternas vanliga lärare som leder gruppdiskussionerna. Det innebär att diskussionsgrupperna har olika karaktär och är beroende av den enskilda tutorn. "Professionell utveckling" under de första terminerna ger en viktig inblick i yrket och de kliniska utmaningar som det för med sig, och användandet av litteratur och film fungerar som en sorts erfarenhetsbank för att diskutera sjukdom ur patientens perspektiv. Samtidigt är studenterna nyligen antagna till medicinutbildningen och i stort sett utan klinisk erfarenhet, vilket gör att de inte all-

tid har en medicinsk kontext att relatera läsningen till. Upplägget fungerar mestadels ganska väl, men behovet av uppföljning är uppenbart. När studenterna längre fram har fått klinisk erfarenhet erbjuder de humanistiska perspektiven en viktig reflektionsmöjlighet, som studenterna inte på samma sätt har behov av, eller verktyg till, på den pre-kliniska delen av utbildningen.

På termin 8 ges sedan några år tillbaka en dryg veckas intensiv kurs inom ”Professionell utveckling”, där studenterna under den kliniska delen av utbildningen får en fördjupad diskussion om vårdmöten, etik i livets slutskede och att ge svåra besked. Här ingår även litteraturstudium med en litteraturvetare, då studenterna läser en gemensam skönlitterär bok. Sedan denna PU-vecka infördes våren 2011 har den litteraturvetaren varit jag, och förutom litteraturdiskussionen ger jag också en överblick över själva området medicinsk humaniora. En föreläsning i storgrupp omfattande drygt hundra personer är långt ifrån en optimal situation för att ha litteraturseminarier, men det finns visst utrymme för diskussion i mindre grupper. Framför allt är detta det enda obligatoriska momentet på läkarutbildningen med en litteraturvetare, och det fungerar som en viktig påminnelse till studenterna om den medicinska humaniorans möjligheter vid en tidpunkt när de har arbetat kliniskt under ett par terminer och på allvar börjar se hur humaniora kan komplettera det dagliga arbetet.

Den mest ambitiösa delen av medicinsk humaniora i Lund är en fem veckor lång heltidskurs som ges på termin 11, utbildningens sista termin.²⁴ Kursen initierades 2008 av Anders Palm, professor emeritus i litteraturvetenskap, som sedan dess är kursledare och svarar för merparten av undervisning och handledning. Kursen har sin tyngdpunkt på de estetiska vetenskaperna, men erbjuder också vissa historiska perspektiv och ger en överblick över själva området medicinsk humaniora. Denna kurs är en valbar breddnings- och fördjupningskurs – med jämförbara resurser och krav som exempelvis kurser i akutsjukvård, bilddiagnostik och folkhälsonutrition – och 10 till 15 procent av läkarstudenterna väljer att söka den. Det är alltså inte alla läkarstudenter som

läser humaniora, men för dem som antas till kursen innebär den fem veckors heltidsfördjupning i humaniora. Det är en viktig poäng för kursen och för den medicinska humanioran att den inte är ett marginellt tillskott som studenterna förväntas tillägna sig på fritiden, utan att det är ett studium som sker inom utbildningen. Det är också värt att betona att de som går kursen aktivt har valt den. I sitt intresse och engagemang behöver de alltså inte vara representativa för hela studentgruppen.

Kursen i medicinsk humaniora fungerar som ett *komplement* till studenternas övriga studier och praktik, men också som en *reflektion* över dem och som en möjlighet till en sorts *motkultur*.²⁵ En grundtanke är att studenterna får lämna den detaljinläring av ett omfattande stoff som de är vana vid, och i stället möta en annan typ av studier och läsning med det uttalade syftet att ge utrymme för reflektion, analys, tolkning och perspektivbyten, och det i relation till betydelsefulla ämnen som yrkesroll, sjukdom, patienter och anhöriga, men i förlängningen även samhället, kulturen och medicinens roll i den. Detta uppnås genom föreläsningar kombinerat med seminarier och kurslitteratur som måste läsas på ett annat, långsammare och mer kvalitativt sätt än den vanliga kurslitteraturen. Kursen skiljer sig även från vanliga humanistiska kurser och har inte som ambition att täcka in en viss mängd historiskt eller teoretiskt stoff. Poängen är att använda de humanistiska perspektiven som nycklar i diskussion och reflektion – inte att i första hand erbjuda bildning, utan en integrerad utbildning.²⁶

Kursen består av två lika viktiga delar. Först en föreläsning- och seminarieriserie, där kursledaren och gästföreläsare utvecklar olika perspektiv på medicin och hälsa. Viktigt här är att föreläsarna kommer från både medicinskt och humanistiskt håll, vilket erbjuder många olika perspektiv och ger möten både med specialister inom för studenterna främmande ämnen och med medicinare som kan fungera som förebilder. Utan föreläsare från båda dessa områden skulle kursens potential minska betydligt.

Den andra delen är studenternas slutarbete, som de arbetar

med parallellt med föreläsningarna. Det är en självständig specialstudie inom ett humanistiskt ämne eller med humanistiska perspektiv på den medicinska verksamheten. Till skillnad från en tentamen kräver detta arbete att studenten, med kvalificerad handledning, ger sig i kast med ett ämne på djupet och skapar ett personligt förhållande till sitt material, vilket skiljer sig från en stor del av undervisningen på utbildningen. Valet av arbetsupp- gift styrs av den enskilde studentens intresse. Genom åren har valen fallit på många olika ämnen och arbetssätt: kreativt skri- vande, exempelvis om att vara student på läkarprogrammet eller att möta patienter; andra kreativa uttryck, exempelvis kompon- erande av musik eller filmskapande; reflektioner över läkarrollen och läkarutbildningen; filosofiska och medicinhistoriska studier; studier av romaner, självbiografiska berättelser, konstverk, mu- sik, tv-serier, film eller specifika företeelser som Günther von Hagens utställning ”Body Worlds”.

Studenternas slutarbeten presenteras som muntliga föreläs- ningar inför den övriga gruppen i en avslutande tvådagarskonfe- rens där studenterna också kommenterar och diskuterar varandras ämnen. Examinationssättet betonar ytterligare det dialogiska och diskuterande i kursens upplägg, och hur det handlar om att frångå läkarrollens förment objektiva perspektiv till fördel för ett person- ligt, individuellt perspektiv. Studenterna är vana att göra muntli- ga presentationer, men inte med den personliga infallsvinkel och på den ambitionsnivå som krävs på den här kursen.²⁷

Som tidigare nämnts är en kvantitativ, evidensbaserad utvär- dering av långsiktiga effekter av denna typ av utbildning mycket svår – för att inte säga omöjlig – att genomföra. Det vi har att gå på är framför allt kursutvärderingarna, som på ett kvalitativt sätt visar hur studenterna uppfattade kursen omedelbart efter dess slutförande. Något som är slående i de detaljerade utvärdering- arna är att studenterna tycker att kursen tydligt skiljer sig från den övriga utbildningen, hur medvetna de är om läkarutbild- ningens brister och att de faktiskt tycker att fem veckor av huma- nistiska studier kan göra skillnad. En student skriver att kursen

”har handlat om precis det som saknats under läkarutbildningen: att få diskutera, reflektera, kritisera, belysa och fundera kring vårt framtida yrke, vår framtida läkarroll, mötet med patienter”. Miljöombytet från de vanliga studierna – både i sättet att läsa kurslitteraturen och att diskutera, men också genom att kursen rent fysiskt är belägen på Språk- och litteraturcentrum – uppfattas som ett värde i sig. Mångfalden av perspektiv ses som något i sig berikande och kursens avslutande konferensmodell får också mycket positiva omdömen. En student påpekar att detta gav studierna en tydlig tillämpning; en annan poängterar att det fick det individuella arbetet att bli en del av ett lagarbete. Inriktningen på att i examinationen driva en egen argumentation och ha egna åsikter uppskattas, och flera studenter påpekar att detta är något de inte brukar få göra annars.²⁸ För dessa studenter ger humanistiska perspektiv alltså något kvalitativt annorlunda än den övriga utbildningen, och de ser det som viktigt för sitt framtida arbete och sin yrkesroll.

Nu vänder jag mig till den tredje inriktningen inom medicinsk humaniora, forskningen och de verksamheter som inte i första hand är pedagogiskt inriktade.

FORSKNING INOM MEDICINSK HUMANIORA

Den tredje, mer teoretiska eller kritiska inriktningen i Martyn Evans indelning betecknar han som nämnts som ”att försöka *förstå den mänskliga naturen* genom kritiska undersökningar av den teknologiska medicinen och dess begränsningar”.²⁹ Här finns en stor spännvidd av analys, som beroende på ämnestillhörighet kan ha olika material, metoder och mål. Finns det, frågar sig Evans, i alla de olika humanistiska ämnena inom medicinsk humaniora, något som gör att de är särskilt lämpade att bidra till detta studium? Hans svar är ja, med motiveringen att de för det första befattar sig med upplevelse och erfarenhet: de sysslar med ”världen så

som den möter människan” och med att ”registrera, förstå och tolka individuella mänskliga erfarenheter och upplevelser”. För det andra är de, som en följd av detta, inriktade på att ta subjektiviteten på allvar: ”den individuella synvinkeln och dess kvalitativa innehåll” liksom hur denna är innesluten i konkreta kontexter.³⁰ Detta är en central definition för humaniora i allmänhet och för humaniora i dess analys och uttolkning av den medicinska verksamheten i synnerhet. Några ämnen nämns i många sammanhang som en viktig del av den medicinska humanioran, och får därför rimligen räknas som de mest centrala inom området. På Durham Universitys hemsida räknas exempelvis historia, litteratur, teologi, antropologi och filosofi upp som de centrala ämnena, medan tidskriften *Hektoen International* gör uppräknningen ”konstarter, etik, omvårdnad, historia, litteratur”.³¹ Det är värt att notera att det också finns humanistisk forskning som inte passar in i dessa perspektiv, och dessa nämns sällan som en del av området.³²

I denna bok, och alltmer i svenska sammanhang, har valet för att benämna hela forskningsområdet fallit på beteckningen medicinsk humaniora. Det är en försvenskning av *medical humanities*, och en term som betonar att humaniora är grundämnet och det medicinska är dess specificering. Namnet fungerar också väl som parallell till andra begrepp som *digital humanities* (digital humaniora) och *environmental humanities*. Det finns kritik mot beteckningen, men den har kommit att bli det mest vedertagna paraplybegreppet även om det, som en ny bok i ämnet säger, ibland används i brist på bättre ord.³³

I det följande går jag igenom några viktiga delar inom området. Mycket av forskningen har bedrivits innan själva beteckningen medicinsk humaniora fanns, och många studier sätter sig inte explicit i relation till området, men ändå är de att betrakta som en del av det. Det kan här inte bli fråga om några längre översikter över dessa fält utan endast kortare beskrivningar.³⁴

Förutom de ämnen jag går in på mer i detalj här vill jag nämna att flera samhällsvetenskapliga ämnen också är relevanta i det

här sammanhanget, framför allt kanske psykologi och sociologi (medicinsk antropologi diskuteras nedan tillsammans med etnologi) och viss statsvetenskap. I Sverige är psykologen Lars-Christer Hydén en av de som engagerat sig i området, och en av de internationellt inflytelserika är sociologen Arthur W. Frank.³⁵

Jag kommer att ge något mer utrymme åt de inriktningar som har med litteratur och narrativitet att göra. Inte bara för att detta är de fält jag som litteraturvetare är mest förtrogen med, utan också för att de dels inte tidigare har diskuterats så mycket och dels har en ambition att vara breda beteckningar som inkorporerar ganska stora delar av medicinsk humaniora. Gissningsvis kan den breda ambitionen ha att göra just med att de är ganska nya forskningsinriktningar, utan en lång ämnestradition inom det egna ämnet.

Medicinsk etik, filosofi och religionsvetenskap

En viktig start för medicinsk humaniora har varit filosofin, och särskilt den medicinska etiken. Etiken är det humanistiska ämne som i störst utsträckning har fått en plats på medicinsk fakultet, och det har lett till bildandet av ett ganska tydligt och väldefinierat forskningsfält. Inom den medicinska etiken diskuteras medicinskt beslutsfattande och medicinsk forskning. Forskningen berör ofta frågor kring livets början och slutskede, organtransplantation och stamcells forskning, patientens autonomi och deltagande och modeller för etiskt beslutfattande. Den medicinska etiken är ett stort område och här har jag inte möjlighet att gå in på det på djupet. Det är dock värt att nämna att ämnet rymmer specialister från flera olika håll, inte bara filosofer utan också kliniskt verksamma läkare och teologer. Några framträdande svenska forskare som alla är filosofer är Torbjörn Tännsjö, Christian Munthe och Nils-Eric Sahlin, medan en medicinsk etik som Niels Lynöe kommer från medicinskt håll och Mats G. Hansson från teologin.³⁶

Etiken är naturligtvis inte filosofins enda bidrag till området,

utan även annan filosofisk analys har varit viktig. Här finns en stor bredd: analyser av begreppsbyggnad och teoribildning inom olika medicinska specialiteter, begrepp som autonomi, beslutsfattande och kausalitet. Vetenskapsteorin erbjuder väsentliga infallsvinklar, där man analyserar medicinen som vetenskap, exempelvis psykiatrisk diagnostik, försäkringsmedicin, samspelet mellan vetenskap och olika sociala processer och den evidensbaserade metodologins antaganden om objektivitet.³⁷ Margareta Hallberg och Fredrik Bragesjö har studerat diskussionen om MPR-vaccinet – ett vanligt förekommande barnvaccin – som påstods kunna orsaka autism, ett påstående som fick stor spridning och gjorde att färre lät vaccinera sina barn trots att det saknade vetenskaplig grund.³⁸ Som Lennart Nordenfelt påpekar i en översikt gäller filosofins bidrag inte bara begreppslig och teoretisk analys, utan också analys av medicinen som praxis.³⁹ Viktiga teoribildningar i det sistnämnda sammanhanget är hermeneutiken och fenomenologin, något som Fredrik Svenaeus fortsatt att utforska inom ämnet praktisk kunskap.⁴⁰ Lennart Nordenfelt är en framstående forskare inom medicinens filosofi och har bland annat skrivit böcker om hälsans natur och teorier om livskvalitet och hälsa.⁴¹

Teologi och religionsvetenskap är ämnen som också är engagerade på fler sätt än inom den medicinska etiken och den mer vardagsnära omvårdnadsetiken. Teologernas förhållningssätt är inte helt olika filosofernas, men utgår oftare från ett konkret material. Här finns en bredd i forskningen: kvantitativt inriktade empiriska studier, studier av filosofiskt-begreppsliga frågor, teologiska diskussioner och religionspsykologisk forskning om existentiell hälsa. Ett aktuellt exempel på forskning på ett konkret material är från ämnet livsåskådningsforskning, där Wilhelm Kardemark i en avhandling behandlar människosynen i svenska hälsotidskrifter.⁴²

En antologi som lyfter fram medicinens filosofi är *Filosofi och medicin: Från Platon till Foucault*, som samlar presentationer av filosofiska tänkare som har reflekterat över läkekonst och medicinsk vetenskap.⁴³

Medicinshistoria – ett ämne inom flera discipliner

Medicinshistoria är ett ämne som har en förhållandevis lång tradition i Sverige. Den existerar egentligen inte som egen ämnesbeteckning, utan medicinens historia kan delas upp på tre olika institutionstillhörigheter. Den största delen av forskningen bedrivs inom idé- och lärdoms historia, där medicinshistoria är en stor och blomstrande del. Också inom ämnet historia görs en hel del forskning om medicin, sjukdom och hälsa. Det finns dessutom en medicinhistorisk verksamhet knuten till den medicinska fakulteten. Dessa inriktningar skiljer sig åt. Den sistnämnda forskningen har i högre grad inriktat sig på läkarskråets yrkeshistoria och medicinens framgångar, och den benämns av Karin Johannisson i *Medicinens öga* som den traditionella medicinshistorien. De andra två delarna som hon identifierar kallar hon social respektive kritisk medicinshistoria.⁴⁴ Båda dessa förekommer inom historia och idéhistoria, som intresserar sig för idéanalys, maktkritiska studier, patientperspektiv, socialhistoria och hur medicinen fungerat som en samhällspåverkande kraft. Samtidigt som det finns en viss spänning mellan de olika inriktningarna kompletterar de också varandra.

Också mellan ämnena idéhistoria och historia finns skillnader i inriktningar och intressen, även om de ofta också överlappar. Sammantaget är den medicinhistoriska forskningen en livaktig verksamhet i Sverige. Den studerar ett mångskiftande material, exempelvis journaler, dokumentation av medicinska experiment, demografi och epidemiologisk statistik, medicinska visuella medier, patientberättelser och läkarmemoarer. Här studeras medicinska företeelser eller förment vetenskapliga inriktningar som tidigare varit inflytelserika, den medicinska verksamheten före medicinens stora terapeutiska genombrott och behandlingen av utsatta grupper i samhället – för att bara nämna några exempel.

Det finns en alltför stor mängd medicinhistoriska forskare för att kunna nämna alla här. Den mest framträdande representanten är utan tvekan Karin Johannisson, vars många medicinshisto-

riska studier också skrivits så att de är tillgängliga för en bred publik. Hennes undersökningar av exempelvis kroppen som objekt för den medicinska vetenskapen och känslornas historia har en stark inriktning på den mänskliga upplevelsen och medicinens definitionsmakt.⁴⁵ Den festskrift som gjordes till henne 2010 visar på ett fint sätt den nutida medicinska idéhistorieforskningens bredd.⁴⁶ Andra viktiga bidrag har getts av exempelvis Gunnar Broberg, som studerat rasbiologi och tvångssteriliseringar i Sverige, Ingemar Nilsson som undersökt psykologins historia, vetenskapsideal och människosyn, och Roger Qvarsell som studerat psykiatrichistoria och brottslighet, men även reklam och hälsa.⁴⁷

Förutom regelrätta idéhistoriker och historiker vill jag här också nämna Linköpings tvärvetenskapliga temamiljöer. Som uttalat tvärvetenskapliga kan dessa inte enkelt placeras in under ett visst ämnesområde, men här finns ofta en historisk tyngdpunkt och inte sällan också en mediehistorisk.⁴⁸ På Karolinska institutet har man etablerat ett medicinhistoriskt arkiv och förestår det särskilda Hagströmerbiblioteket. I samband med KI:s tvåhundraårsjubileum 2010 gavs en omfattande historik över institutet ut.⁴⁹

Medicinshistoria är alltså en kärnverksamhet inom såväl ämnenas historia som idéhistoria. Forskarna har noterat ett ökat intresse för hur medicinens historia skulle kunna vara användbar och delta i tvärdisciplinära ansatser och medicinsk utbildning – en utveckling som ställer krav på ämnet att definiera sin position i ett nytt akademiskt landskap. Som ett svar på denna utveckling anordnades under våren 2014 en internationell konferens på temat ”History of Medicine in Practice” i Uppsala.⁵⁰

Etnologi och medicinsk antropologi

Också inom etnologin är den medicinska inriktningen en viktig del av ämnet, även om man inte gärna använder bestämningen som ”medicinsk”, utan hellre ser den som lika självklar inom

ämnet som andra inriktningar. Etnologiska undersökningar sysslar per definition med en mängd olika material och ett stort antal områden, och inom ämnet har mycket forskning gjorts om hälsa, sjukdom, funktionsnedsättning, åldrande, vårdinstitutioner och medicinska möten. Ämnets bredd är stor: genom den etnografiska metoden studeras föreställningar om sådant som hälsa, sjukdom, liv och död, men också människors vardag med sjukdom och ohälsa och de kulturella processer som påverkar det dagliga arbetet inom vården. I ett nummer av *Socialmedicinsk tidskrift* med temat ”etnologin och medicinen” påpekar redaktörerna att genom att ”avtäckta och beskriva de föreställningar, normer och värderingar som präglar såväl patienter som vårdpersonal kan etnologin bidra till en större förståelse för medicinens kulturella beståndsdelar.”⁵¹ De noterar att etnologin har kommit att närma sig det medicinska fältet allt mer, och tidskriftsnumret ger en god introduktion till forskningsområdet.

Ett aktuellt exempel på en etnologisk insats inom området är Susanne Lundins bok om organtransplantation, *Organ till salu*, som publicerades 2014; Lundin har också tidigare forskat inom det medicinska området, bland annat om genetik och reproduktionsteknik.⁵² Britta Lundgren har studerat sorgprocesser när människor mist en anhörig genom oväntad död och studerar kulturella aspekter på smitta och vaccination, Lars-Eric Jönsson studerar sinnessjukvårdens rum och psykiatrins historia, medan Georg Drakos har rört sig mellan Sverige och Grekland för att studera berättelser och självförståelser i relation till sjukdomar som aids/hiv och lepra.⁵³

Den medicinska antropologin är internationellt sett ett väl-etablerat ämne, både inom antropologin och inom den medicinska utbildningen. I Sverige för den en mer undanskymd tillvaro, med ett viktigt undantag: Lisbeth Sachs, som skrivit en mängd studier inom ämnet. Den medicinska antropologin delar med etnologin den etnografiska metoden och har ofta likartade forskningsintressen, till exempel människors föreställningsvärldar och vårdkulturen. Av tradition riktar sig den antropologiska

forskaren ofta mot andra kulturer än den egna, men den medicinska antropologin har också kommit att intressera sig allt mer för den samtida västerländska medicinen. Medicinens sätt att producera och kommunicera kunskap sätts ofta i relation till andra föreställningsvärldar, en relation som syns väl i titlar som *Från magi till bioteknik*, *Sjukdom som oordning* och *Onda ögat eller bakterier*, alla skrivna av Sachs.⁵⁴ Inom ämnet intresserar man sig exempelvis för den kulturella förändring av människors uppfattning om kroppen som skett i takt med den teknologiska och diagnostiska utvecklingen. Detta exempel visar hur nära forskningsämnena kan vara: intresset för denna kulturella förändring delar etnologer, idéhistoriker och litteraturvetare, men också en filosof som Svenaeus vilket jag nämnde i inledningen till den här texten.

*Litteratur och medicin, Narrative Medicine
och de estetiska vetenskaperna*

Konstellationen Litteratur och medicin betecknar, kan man säga, inträdet av de estetiska vetenskaperna in i medicinens värld. Detta har inte fallit sig lika naturligt som för flera av de andra ämnena, och har därför gett upphov till en mängd analyser av vad ett ämne som litteratur kan bidra med i sammanhanget.⁵⁵ Beteckningen Litteratur och medicin kan låta snäv, men i själva verket finns här en strävan efter att täcka in en stor del av den medicinska humanioran: båda begreppen i namnet tolkas i bred mening, och har kommit att tolkas allt bredare. Redaktörerna till tidskriften *Literature and Medicine* skrev till exempel 2006 om hur båda begreppets poler är under kraftig förändring, "det 'medicinska' för att också innefatta psykoanalytikerns och traumaforskarens arbete och det 'litterära' för att innefatta inte bara film [...] utan också visuella framställningar och alla slags estetiska produkter".⁵⁶

På så sätt utvidgas ämnet till att snarare handla om en kombi-

nation av medicinsk verksamhet i dess bredaste bemärkelse och estetiska uttryck, där litteraturen ofta tas som det grundläggande uttrycket. Det är viktigt att påpeka att de olika estetiska uttrycken inte enkelt kan sammanfattas inom ett perspektiv som framför allt inriktar sig på texter. I detta avsnitt talar jag framför allt om litteratur och narrativitet. De andra estetiska vetenskaperna, som konstvetenskap, filmvetenskap och musikvetenskap, har jag tyvärr inte möjlighet att här diskutera på djupet så som de egentligen förtjänar, men jag vill betona att diskussionen om litteratur till viss del är tillämplig på dem och till viss del inte. När litteratur diskuteras inom området är det dock sällan som man uteslutande intresserar sig för litterära texter, utan oftast finns en strävan att också inkludera andra konstarter. En nytviven antologi som nämndes redan i inledningsstycket, *Medicine, Health and the Arts*, väljer att strukturera sin redogörelse för Medicinsk humaniora genom fyra olika estetiska uttryck: visuella, performativa, narrativa och musikaliska.⁵⁷ Litteraturens centrala plats är således inte någon naturnödvändighet, utan har mer med vedertagna humanistiska traditioner att göra.

När det gäller litteraturen har den pedagogiska verksamheten varit framträdande. Man kan säga att litteraturen började sin medicinska karriär som en sorts ”medhjälpare till den medicinska etiken”, som ett underlag till etisk reflektion i medicinutbildningen.⁵⁸ Anne Hudson Jones delar upp perspektiven på litteratur i en etisk och en estetisk inriktning. Som en utveckling från det etiska, innehållsmässiga perspektivet har en större betoning lagts på det estetiska, som betonar litteraturens formsida och dess förmåga att utveckla färdigheter som tolkning och känslighet för det situationsberoende i berättelser. En svenskspråkig pionjär för denna typ av verksamhet är Merete Mazzarella, som bedrivit litteraturundervisning för läkare och läkarstudenter vid flera lärosäten. Samtidigt som hon är en förespråkare för litteratur och humaniora inom medicinen är hon kritisk till hur anspråken på skönlitteraturen har växt sig för stora och att skönlitteraturen ofta används på ett litteraturpedagogiskt alltför naivt

sätt. Hon vänder sig emot ”föreställningen att den goda litteraturen alltid och under alla omständigheter är god för alla”.⁵⁹ Hon betonar vikten av att undervisningen inte förenklar utan tar hänsyn till litteraturens komplexitet. Liksom Margareta Peterssons studie, som jag refererade till ovan, kan Mazzarellas inlägg ses som en uppmaning till att professionalisera utbildningsfältet i landet på ett tydligt sätt.⁶⁰

Forskningen inom Litteratur och medicin har gripit sig an aspekter på sjukdom, hälsa, funktionsnedsättning och åldrande studerade genom litterära skildringar och andra typer av berättelser. Litteraturen fungerar som en plats för utforskning av människan i all hennes komplexitet och kontextualitet, av kulturen och samhället. Forskningen erbjuder såväl textnära och estetiska perspektiv som kulturvetenskapliga och historiska. Det material som studeras är brett: förutom skönlitterära gestaltningar och lyrik finns också ett intresse för andra typer av sjukdomsskildringar, exempelvis de berättelser som kommit att få beteckningen *patografi*, det vill säga självbiografiska eller biografiska berättelser om personliga erfarenheter av sjukdom.

Hilde Bondevik och Knut Stene-Johansen har i sin omfattande studie *Sjukdom som litteratur* specialstuderat tretton olika diagnoser och diskuterar dem utifrån litterära och kulturhistoriska perspektiv. De betonar parallellerna mellan sjukdom och litteratur: ”For liksom sykdom er innskrevet i en kontekst, som ofte er uoverskuelig og mangfoldig, er litteraturen selv en kompleksitet som nettop er i stand til å iscenesette sykdom på et privilegert vis”.⁶¹ Liksom i min egen avhandling *Litterära besvär* står här skönlitteraturen i fokus, men området är bredare än så och innehåller exempelvis en studie som Petter Aaslestad's *Pasienten som tekst*, där författaren gör en narratologisk undersökning av patientjournaler, Kathryn Montgomery Hunters studie av berättandet i den medicinska praktiken, *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge* och Rolf Ahlzéns avhandling om litteraturläsning och läkarens kliniska omdöme.⁶² Här vill jag gärna nämna det i Norden tidiga och omfattande norska pro-

jektet *Infectio: Teksten, tegnet og smerten*, som leddes av Stene-Johansen og gav opphov till flera publikationer.⁶³

I centrum för Litteratur och medicin – och som ett sätt att tydligare specificera det – har beteckningar uppkommit som i stället för litteratur sätter det narrativa i centrum. I England talar man ibland om *Narrative-Based Medicine*, formulerat som en pendang till den klassiska *Evidence-Based Medicine*.⁶⁴ Mest känd är beteckningen som myntats av läkaren och litteraturvetaren Rita Charon, *Narrative Medicine*. Båda inriktningarna handlar om att lyfta fram det narrativa inom medicinen, som är avgörande i läkarprofessionen, både i mötet med patienter, inom kunskapsinhämtning och i det professionella samtalet. Den viktiga roll som berättelsen och berättandet har inom medicinen är något som tidigare inte har erkänts i tillräckligt hög grad, vilket gett upphov till dessa inriktningar. Ett fint exempel på arbete inom Narrative medicine är Kathryn Montgomery Hunters studier av hur berättelser och berättande är grundläggande förståelseformer inom medicinen.⁶⁵ Narrative medicine kan ses som en del av den större narrativa vändning som skett under de senaste decennierna, där berättelse och berättande kommit att bli viktiga kategorier inom ett flertal vetenskaper.

Rita Charon skriver i en tillbakablick att benämningen kom till henne när hon skrev en artikel: ”Jag insåg plötsligt att om man tar bort det narrativa ur medicinen så blir det nästan ingenting kvar”.⁶⁶ Charon uppskattade också att termen rent språkligt likställer ”narrative medicine” med andra medicinska underavdelningar, som ”internal medicine” (internmedicin) eller ”nuclear medicine” (nukleärmedicin). Narrative medicine blir alltså framställt som en av flera medicinska specialiteter, medan medicinsk humaniora i stället är en inriktning inom humaniora.⁶⁷ Detta innebär att områdena har vissa skilda utgångspunkter och mål. Trots detta är det rimligt att se Narrative medicine som en underavdelning till medicinsk humaniora.

För Rita Charon hämtar Narrative medicine influenser från många olika håll, bland annat den patientcentrerade vården,

men en stor del av det teoretiska ramverket hämtar hon från litteraturvetenskapen. Det Charon vill erbjuda är en specialitet förankrad inom medicinen med konkreta *metoder* för hur läkaren ska kunna bli en bättre yrkesperson. Hon diskuterar behovet av en helhetsförståelse av människor och av att kunna kommunicera med dem. Men i stället för att hänföra dessa förmågor till läkarens intuition, det vill säga som något denne antingen kan eller inte kan, visar hon att det finns möjligheter att utveckla och träna dem. Målet är att intresset för berättande ska kunna ge den ”enskildhet, säregenhet, ödmjukhet, ansvarighet och empati” som medicinen lider brist på.⁶⁸ Metoderna hon föreslår är för det första närläsning av litterära texter, där ett litteraturvetenskapligt studium ökar känsligheten för till exempel berättarperspektiv, röst, kontext, tid, karaktär och intrig. För det andra föreslår hon reflekterande skrivande, där läkaren skriver om bland annat sina patientmöten, för att bättre förstå patienten och sjukdomen, men också sig själv.⁶⁹ För Charon är Narrative medicine alltså i första hand något som handlar om medicinutbildning och yrkeskunskap, men termen används även för litterära studier och annan forskningsverksamhet.

Narrative medicine ligger också nära en beteckning som *Narrative Ethics*, en inriktning som menar att etiken måste arbeta med det individuella, kontextberoende fallet presenterat i form av en eller flera berättelser, snarare än att utgå från ett antal grundläggande etiska principer. Ett exempel är en antologi redigerad av Rita Charon och Martha Montello, *Stories Matter: The Role of Narrative in Medical Ethics*, som diskuterar hur kunskap om berättelser och deras narrativitet kan förbättra etiken.⁷⁰ Arthur W. Frank kallar det ”att tänka *med* berättelser”, vilket är något annat än litteraturvetenskapens gängse ”tänkande om berättelser”.⁷¹

Efter dessa korta nedslag i några ämnesområden kommer jag att helt kort diskutera ett par andra förslag på övergripande term för området, innan jag går över till en översikt av olika verksamheter inom medicinsk humaniora.

Humanistisk hälsoforskning och Humanistisk medicin

Ett samlingsnamn som tidigare har använts i Sverige är *Humanistisk hälsoforskning*, och det är också titeln på en bok som samlar forskningsöversikter över olika delämnen inom denna beteckning, exempelvis etnologi, historia, medicinsk antropologi och filosofi.⁷² Beteckningen har sedan utvidgats till det något klumpigare, men tydligt inkluderande, *Humanistisk och samhällsvetenskaplig hälsoforskning*, vilket också är namnet på ett nordiskt nätverk. På samma sätt som medicinsk humaniora är detta ett namn som tydligt visar på bredden i området, och det är ett gott alternativ till den här använda termen.⁷³ I stor utsträckning är det samma område och samma ämnen som åsyftas med beteckningarna. Man kan diskutera termerna utifrån hur de inkluderar eller exkluderar ämnen, samt utifrån hur effektiva och tydliga de är. Medicinsk humaniora har fördelen av att vara ett ganska kort och effektivt namn, samt att vara det mest internationellt etablerade.

En annan tidigare beteckning som delvis överlappar med medicinsk humaniora är *Humanistisk medicin*. Det namnet användes bland annat av Karolinska institutet när de som pionjärer i Sverige satsade på humaniora inom medicinutbildningen, en satsning som sedan i hög grad försvunnit från lärosätet. En bra översikt över vad som inkluderades i begreppet ges i en artikel i den norska läkartidningen.⁷⁴ Humanistisk medicin är också namnet på ett utvecklingsprogram som i ett drygt decennium har bedrivits vid Södertälje sjukhus, och också det är ett namn som har en engelsk förlaga.⁷⁵ Beteckningen är dock inte helt lyckad, vilket Roger Qvarsell och Ulrika Torell påpekar, eftersom den ”inte primärt [avser] de humanistiska vetenskapernas bidrag till medicinen, utan snarare en ideologisk bestämning av medicinens och än mer läkekonstens uppgift” och att den därigenom ”medvetet blandar de två innebörderna av termen humanistisk, de humanistiska vetenskaperna och humanismen som livsåskådning”.⁷⁶ Denna dubbeltydighet gör att termen inte är lämplig att använda för området, och därför har den över tid fått ge vika för andra beteckningar.

VERKSAMHETER INOM MEDICINSK HUMANIORA

En mängd olika verksamheter sker internationellt inom medicinsk humaniora, och här vill jag ge en översikt över några olika typer: centrumbildningar, tidskrifter och bokpublikationer. Det är naturligtvis omöjligt att vara fullständig, men översikten kan i alla fall ge en viss bild av den verksamhet som förekommer inom området. Ämnesområdet har en engelskspråkig övervikt, vilket märks tydligt i denna genomgång där Storbritannien och USA dominerar. Jag försöker också lyfta fram en hel del av vad som händer i Sverige, med vissa nordiska utblickar.

Centrumbildningar och nätverk

Större centrumbildningar som bedriver en bred verksamhet – något som Göteborgs Centrum för kultur och hälsa eftersträvar att bli – finns på flera lärosäten, och utvecklingen har varit stark framför allt i USA och England.⁷⁷ I USA är centrumbildningarna i de flesta fall knutna till lärosätenas medicinska fakultet, medan man i England förutom institutioner på medicinska fakulteter också har fristående innovativa forskningscentra som bildats med stöd från Wellcome Trust.

I USA började utvecklingen av medicin och humaniora på 1960-talet. Ett tidigt exempel är The Penn State College of Medicine, som redan från starten 1967 hade en Department of Humanities.⁷⁸ Ett annat tidigt exempel är University of Texas Medical Branch at Galvestone, som grundade sitt Institute for the Medical Humanities redan 1973. 1988 blev de först i landet med att erbjuda en forskarutbildning inom Medical Humanities.⁷⁹ Många ytterligare medicinutbildningar i USA har ett centrum, en institution eller en avdelning för humaniora. Dessa går under olika namn, till exempel "Medical Humanities", "Medical Humanities and Bioethics" och "Bioethics, Humanities and History

of Medicine”.⁸⁰ En viktig och högprofilerad institution är the Program in Narrative Medicine på Columbia University Medical Centre, som leds av Rita Charon, som både är professor i medicin och litteraturvetare.⁸¹ Här har Narrative medicine utvecklats och etablerats som både forsknings- och undervisningsämne. Den höga profilen syns exempelvis på att humaniora inte är ett tillval för studenterna, utan det är obligatoriskt för samtliga medicinstudenter att läsa en humanistisk kurs inom utbildningen. Columbias undervisningspraktiker har också spritt sig till många andra medicinutbildningar i landet.

I Europa har den medicinska humanioran dröjt längre med att utvecklas. I England var det först på 1990-talet som området började etableras, för att sedan ta fart på allvar under 2000-talet. Expansionen har varit möjlig delvis tack vare stöd från forskningsfinansiären Wellcome Trust, som i sin strävan att förbättra hälso- och sjukvård har pekat ut Medical Humanities som ett viktigt område.⁸²

Ett dussintal universitet i England har centra för Medical Humanities eller erbjuder examina inom området.⁸³ Mest framträdande är Centre for Humanities and Health vid King’s College, London, och Centre for Medical Humanities vid Durham University.⁸⁴ Båda dessa centra leds av framstående förespråkare för medicinsk humaniora, vid King’s College Brian Hurwitz och vid Durham University Martyn Evans och Jane Macnaughton. Dessa centra är fristående forskningsmiljöer, och även om de erbjuder kurser och examina så ligger tonvikten vid en bred forskningsaktivitet.⁸⁵

2013 lanserades ett nytt internationellt nätverk, ”The International Network of Narrative Medicine”, som är ett försök att samla engagerade inom området från hela världen – som namnet visar främst den del av området som intresserar sig för narrativitet. Arrangörer för den konferens där nätverket instiftades var the Program in Narrative Medicine på Columbia University och Centre for the Humanities and Health vid King’s College.⁸⁶

I Norden finns ännu ingen större centrumbildning på motsvarande sätt som i USA och Storbritannien. Det som finns här är

enskilda forskare och initiativ inom forskning och undervisning som sammantaget erbjuder ett brett spektrum medicinsk humaniora, även om de inte alltid har så mycket kontakt med varandra. Några olika nordiska nätverk har etablerats för verksamhet inom området, vilket på längre sikt kan fungera samlande. Bland annat finns Nordic Network for Studies in Narrativity and Medicine, Nordic Network for Philosophy of Medicine and Medical Ethics och Nordiskt nätverk för humanistisk-samhällsvetenskaplig hälsoforskning.⁸⁷ Exempel på svenska nätverk är Forum för medicinsk etik respektive Forum för humanistisk-samhällsvetenskaplig hälsoforskning.⁸⁸ Genom nätverksmöten och konferenser erbjuder dessa nätverk mötesplatser för forskare som sällan ingår i några större forskargrupper på hemmaplan.

Som nämnts är det humanistiska ämne som har en särställning på de medicinska fakulteterna den medicinska etiken, som finns representerad på de flesta fakulteter i landet.⁸⁹ I övrigt finns mindre enheter med inriktning mot medicinhistoria, ofta med små personalresurser, exempelvis Enheten för medicinens historia på Lunds universitet och Medicinsk historia, en underavdelning till Institutionen för neurovetenskap på Uppsala universitet.⁹⁰ På alla de svenska läkarutbildningarna finns också som nämnts några humanistiska moment i utbildningen.

Tidskrifter

Än så länge finns inte någon nordisk tidskrift inom området, men det är troligen bara en tidsfråga innan en sådan kommer att förverkligas. Internationellt finns några breda tidskrifter inom medicinsk humaniora, mest framträdande BMJ:s *Medical Humanities*, och Springers *Journal of Medical Humanities*.⁹¹ Den förstnämnda startades år 2000 och ger ut två nummer per år. Den började som en specialupplaga av *Journal of Medical Ethics* och har alltmer kommit att bli en tidskrift i egen rätt. Den sistnämnda har funnits längre, och har genomgått flera namnbyten som på ett betydande

sätt illustrerar hur fältet har kommit att utvidgas. Tidskriften har gått från namn som helt koncentrerar sig på den medicinska etiken (*Bioethics Northwest*, *Bioethics Quarterly* och *Journal of Bioethics*), via hybridnamnet *Journal of Medical Humanities and Bioethics*, för att 1989 slutligen få sitt nuvarande namn. Ett nyare tillskott till tidskriftsfloran är den Chicago-baserade *Hektoen International*, en tidskrift inom medicinsk humaniora som har som underämnen ”art, ethics, healthcare, history, literature”.⁹²

Precis som *Journal of Medical Humanities*' namnbyten antyder har etiken varit ett av de ämnen som tidigast och med framgång utforskat gränsområdet mellan humaniora och medicin, och vissa tidskrifter och centra har kommit att över tid ändra namn från bioetik till medicinsk humaniora. Andra tidskrifter med filosofisk inriktning har behållit sitt ämnesfokus. Några av de viktigaste är *Journal of Medical Ethics*, *The Journal of Medicine and Philosophy*, *Medicine, Health Care, and Philosophy* och *Theoretical Medicine and Bioethics*.⁹³

Litteraturen är närvarande i många tidskrifter inom medicinsk humaniora, där den ofta finns med under stående rubriker som ”Literature and Medicine” eller ”Poetry and prose”. Den tidskrift som har litteraturen som huvudsak är den amerikanska *Literature and Medicine*, som startade 1982.⁹⁴ Värld att nämna här är också den omfattande databas som utvecklats på New York University, *The Literature, Arts, and Medicine Database*. Databasen samlar annotationer över litteratur, film och konst som har ämnen av medicinskt intresse.⁹⁵

Inom medicinshistoria finns ett flertal tidskrifter, och de svenska forskarna publicerar sig dessutom ofta i forum som inte i första hand är inriktade på medicinshistoria. Några internationella exempel är *Social History of Medicine*, *Bulletin of the History of Medicine* och *Medical History*.⁹⁶ I Sverige finns *Svensk medicinshistorisk tidskrift* som är knuten till Svenska Läkaresällskapet.⁹⁷

Det finns också ett flertal tidskrifter som är inriktade på medicinsk utbildning, och där medicinsk humaniora med regelbundenhet diskuteras: bland annat *Medical Education* och *BMC Med-*

ical Education.⁹⁸ Tidskrifter inom andra områden som förhållandevis ofta publicerar artiklar med anknytning till medicinsk humaniora är exempelvis *Sociology of Health and Illness* och svenska *Socialmedicinsk tidskrift*.⁹⁹

Medicinsk humaniora finns också regelbundet representerat i medicinska tidskrifter, som *The Lancet*, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, *New England Journal of Medicine*, *Academic Medicine* och *Annals of Internal Medicine*.¹⁰⁰ I Norden syns kortare artiklar i exempelvis svenska *Läkartidningen* och dess systertidskrifter i de andra nordiska länderna.¹⁰¹

Ämnesövergripande bokpublikationer

Utöver tidskrifter finns det naturligtvis en mängd publikationer i bokform inom området, särskilt i form av enskilda forskningsmonografier. Här nöjer jag mig med att ta upp de olika typer av publikationer som finns, samt att nämna några centrala exempel, med viss tonvikt på det svenska materialet. Framför allt lyfter jag fram verk som har ämnesövergripande och ämnesetablerande ambitioner. Genomgående i kapitlet har jag redan gett exempel på enskilda studier som är relevanta för området – ofta publicerade inom sina specifika discipliner och bara ibland med en medveten hänsyftning till området medicinsk humaniora – och denna typ av verk kommer jag inte att ta upp här.

Väsentliga i detta sammanhang är antologier som samlar vetenskapliga texter för att etablera eller utveckla fältet eller något av dess delfält. Ett aktuellt exempel är redan nämnda *Medicine, Health and the Arts: Approaches to the Medical Humanities* som kom ut 2014.¹⁰² Tidigare framträdande exempel är de två engelska antologierna *Narrative Based Medicine* och *Medical Humanities*, respektive den amerikanska *Stories Matter: The Role of Narrative in Medical Ethics*.¹⁰³ Ett aktuellt svenskt exempel på en liknande introduktion är *Kroppen i humanioraperspektiv* från 2013, som kan ses som en sorts programskrift för etableringen av medicinsk hu-

maniora i Sverige, framför allt de delar av området som har estetisk och filosofisk inriktning. Volymen samlar en större mängd svenska forskare inom medicinsk humaniora, till lika delar hemmahörande inom humaniora och medicin.¹⁰⁴ Två tidigare exempel på antologier med strävan att etablera ett fält är den redan nämnda *Humanistisk hälsoforskning* samt antologin *Kulturen och hälsan*.¹⁰⁵ Också i monografin *Medicinen och det mänskliga*, skriven av läkaren Carl-Magnus Stolt, lyfts skärningspunkten mellan humaniora och medicin fram.¹⁰⁶

En annan viktig sorts publikation är handböcker, så kallade *companions* eller *readers*. En sådan companion är de fyra nyligen publicerade volymerna från Radcliffe Health under rubriken *Medical Humanities Companion*, med volymtitlarna ”Symptom”, ”Diagnosis”, ”Treatment” och ”Prognosis”.¹⁰⁷ Under 2014 ska det publiceras en *reader* inom ”Health Humanities”, vilket är en väsentlig del i att etablera ett forsknings- och undervisningsfält.¹⁰⁸

FRAMTIDEN FÖR MEDICINSK HUMANIORA

Medicinsk humaniora är ett forsknings- och undervisningsområde under framväxt. I en tid där medicinen spelar en så viktig roll för samhällets och kulturens utveckling har området en stor potential inför framtiden. Som Ekström och Sörlin påpekade är detta en humanistisk forskning som närmar sig medicinen ”inte bara för att utifrån betrakta det – en studie *av* – utan också för att inifrån medverka till att utveckla områdesrelevant kunskap – en studie *inom* och *för*”, och som Rolf Ahlzén skrev är det ett område som måste ”kunna växla mellan det kritiskt analytiska perspektivet och det inlevande, empatiskt grundade”.¹⁰⁹

I Sverige finns en hel del forskning som berör medicinsk humaniora, även om det fortfarande inte har formerats som ett forskningsområde på samma sätt som exempelvis i England.

Medicinsk humaniora kommer de närmaste åren med största sannolikhet att fortsätta utvecklas och etableras: forskare kommer att hitta fler kontaktytor och gemensamma intressen, ansatser gentemot mer fördjupad tvärvetenskap och samarbete kommer att göras och undervisningen kommer troligen att etablera sig ännu tydligare och mer samordnat inom de medicinska utbildningarna. Samtidigt kommer det naturligtvis också att förekomma en motsatt rörelse, om än i mindre utsträckning, där ställningstaganden görs emot själva idén om ett övergripande område, samsyn och samarbete.

En viktig sak inför framtiden är, menar jag, att ta tillvara den mångfald och den bredd som medicinsk humaniora har, och att inte försöka likrikta området på ett sätt som tvingar in de medverkande ämnena och forskarna i en för smal fåra. Medicinsk humaniora är inte ett ämne utan ett mångvetenskapligt område, och det är något som forskare kan vara en del av utan att behöva ge upp sina ämnestillhörigheter. Samtidigt är det viktigt att fortsätta etablera områdets ramar och att initiera en gemensam diskussion av centrala frågor, som kanske kan leda till en viss samsyn.

Att ämnen kommer till området från skilda utgångspunkter och kan ge olika bidrag till området är en rikedom. Medicinsk humaniora är – i viss mån redan, men framför allt som potential – tvärvetenskapligt eller mångvetenskapligt orienterat. Det erbjuder möjligheten att analysera viktiga kulturella och samhällsliga frågor genom att samarbeta mellan ämnen på två nivåer, först mellan de humanistiska och samhällsvetenskapliga ämnena – vilket kan vara svårt nog bara det – och sedan med de medicinska ämnena och den medicinska verksamheten. Den medicinska humaniorans kritiska uppdrag innebär att det inte endast handlar om samarbete med medicinen, utan samtidigt om att utsätta den medicinska verksamheten för kritisk analys. Det är en utmaning. Utmaningen blir inte mindre av att området också riktar sig utåt från det rent vetenskapliga sammanhanget till praktiker inom olika medicinska verksamheter och till samhället i stort.

NOTER

1. Victoria Bates och Sam Goodman, "Critical Conversations: Establishing Dialogue in the Medical Humanities", *Medicine, Health and the Arts: Approaches to the Medical Humanities*, Victoria Bates, Alan Bleakley och Sam Goodman (red.), New York: Routledge, 2014, s. 4. Här och i det följande är översättningarna mina egna.
2. The Centre for Medical Humanities, Durham University, "Medical Humanities" (www.dur.ac.uk/cmh/medicalhumanities). Denna hemsida, liksom alla som följer framöver, är hämtad 2014-02-01).
3. Fredrik Svenaeus, "Medicinens humaniora: Vad skulle det kunna vara?", *En annan humaniora – en annan tid. Another humanities – another time*, Carl Cederberg och Hans Ruin (red.), Stockholm: Södertörns högskola, 2010, s. 42.
4. Fredrik Svenaeus, *Homo patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*, Hägersten: Tankekraft förlag, 2013, s. 78f.
5. Rolf Ahlzén, "Medicinen – en bro mellan de två kulturerna", *Kroppen i humanioraperspektiv*, Anders Palm och Johan Stenström (red.), Stockholm/Göteborg: Makadam, 2013, s. 279.
6. Martyn Evans, "Medical humanities: stranger at the gate, or long-lost friend?", *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10 (2007), s. 363–372.
7. Rolf Ahlzén, "Medical humanities – arts and humanistic science", *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10 (2007), s. 392.
8. Särskilt central har denna idé varit i USA. Jfr Kardemark och Sigurdson som i en rapport benämner den medicinska humaniorans "samhällsutmaningsrelevans" som en position bortom den gängse dikotomin, där man antingen ser humanioras egenvärde som något absolut eller tilldelar den ett värde som mäts i rent instrumentalistiska nyttotermier. Det är en position värd att utforska ytterligare. Wilhelm Kardemark och Ola Sigurdson, *Medicinsk humaniora vid Humanistiska fakulteten, Göteborgs universitet: En rapport*. Göteborg: Humanistiska fakulteten, 2014, s. 13 f.
9. Evans, "Medical humanities", 2007, s. 367.
10. Ahlzén, "Medicinen", 2013, s. 279.
11. Kardemark och Sigurdson, *Medicinsk humaniora*, 2014, s. 27–29.
12. Svenaeus, "Medicinens humaniora", 2010, s. 54.

13. Anders Ekström och Sverker Sörlin, *Alltings mått: Humanistisk kunskap i framtidens samhälle*, Stockholm: Norstedt, 2012, s. 194.
14. Ekström och Sörlin, *Alltings mått*, 2012, s. 196.
15. Jag talar här genomgående om läkarstudenter, men detta är naturligtvis frågor som är giltiga för alla vårddyrkesutbildningar.
16. Per Christian Jersild, *Medicinska memoarer*, Stockholm: Bonnier, 2006, s. 29 f.
17. Detta brukar kallas *adherence* eller *compliance*, och det är inte ovanligt att patienter inte följer läkarens rekommendationer eftersom dessa inte uppfattas som giltiga. I arbetet med Narrative medicine, som beskrivs närmare längre fram, påpekar Rita Charon att poängen inte är att få studenterna att må känslomässigt bättre, även om det är en bieffekt av arbetet. Poängen är att ”ge dem möjlighet att förstå något av vad deras patienter utstår, och att explicit rannsaka den egna resan genom den medicinska världen. Detta textbaserade arbete är en praktisk och, menar jag, oumbärlig del av den medicinska utbildningen, utarbetad för att öka studenternas kapacitet att utföra effektivt kliniskt arbete”. Charon betonar att det är en kliniskt relevant aktivitet, en del av den vanliga kliniska utbildningen och inte någon form av terapigrupp för läkarstudenter som mår dåligt: ”Jag har kommit att göra de här distinktionerna av praktiska skäl. Dödsstöten för varje förnyelse inom medicinen eller den medicinska utbildningen är att bli stämplad som ’känslösam’ eller ’mjuk’”. Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford: Oxford University Press, 2006, s. 156.
18. Ahlzén, ”Medicinen”, 2013, s. 279.
19. Det finns också exempel på mer ambitiösa humanistiska kurser som ges, eller har getts under en viss tid. Dessa har dock sällan på allvar integrerats i läkarutbildningen och i dess progression. Merete Mazzarella har vid bland annat Uppsala universitet gett skrivarkurser för läkarstudenter och lärare vid medicinska fakulteten, och vid Göteborgs universitet har Ingemar Nilsson gett en kurs i medicinens idéhistoria som också riktat sig till läkarstudenter, för att bara nämna ett par exempel.
20. I projektet har Petersson studerat undervisningen i litteratur på ett anonymiserat svenskt läkarprogram. Där följde hon två olika diskussionsgrupper, ledda av två olika lärare som båda är verksamma läkare. Petersson visar hur olika arbetet kan bli till och med inom

samma lärosäte och på samma kurs, och hur en sådan typ av verksamhet blir avhängigt av den enskilda lärarens sätt att leda gruppen. Margareta Petersson och Anette Årheim, "Läkarutbildning och litteratur", *Muntlighetens möjligheter – retorik, berättande, samtal. Sjätte nationella konferensen i svenska med didaktisk inriktning*, Anne Palmér (red.), Umeå: SMDI, 2009. s. 130–141.

21. Per Vestergaard, Lise Kristine Gormsen och Karin Christiansen, *Lægers dannelse: En antologi om skønlitteratur som element i lægeuddannelsen*, Aarhus: Philosophia, 2012.
22. Ousager studerade artiklar publicerade i peer review-tidskrifter. Fyra procent av artiklarna rapporterade om försök att få fram empiriskt underlag. Fem procent var kritiska mot humanioras plats i läkarutbildningen. Jakob Ousager, "Humaniora i lægeuddannelsen: Tradition, mål og middel", *Lægers dannelse*, Vestergaard, Gormsen och Christiansen, 2012, s. 107.
23. Martyn Evans, "Reflections on the humanities in medical education", *Medical Education*, 36 (2002), s. 512.
24. De senaste åren har läkarutbildningen vid Lunds universitet genomgått förändringar, vilket bland annat lett till att de valbara kurserna har flyttat mellan terminerna. Kursen har därför tidigare funnits på andra platser i utbildningen, men alltid under de senare terminerna när studenterna har klinisk erfarenhet. Sedan hösten 2013 är kursens namn "Medicin som humaniora – litteratur, film, konst, musik".
25. Jfr Jane Macnaughton, som diskuterar Medical humanities som ett komplement till den övriga utbildningen och som en möjlighet att erbjuda en sorts motkultur till den. Jane Macnaughton, "Why medical humanities now?", *Medical Humanities*, Martyn Evans och Ilora G. Finlay (red.), London: BMJ Books, 2001; Jane Macnaughton, "The humanities in medical education: contexts, outcomes and structures", *Medical Humanities*, 26:1 (2000), s. 23–30.
26. För en längre diskussion se Katarina Bernhardsson, "Humaniora som komplement: en humanistisk kurs för medicinstudenter", *Pedagogisk inspirationskonferens för HT-områdets lärare*, Lund: Lunds univ., 2008.
27. Flera av studenternas föreläsningar har i efterhand också publiceras som essäer i *Läkartidningen*.
28. Bernhardsson, "Humaniora som komplement", 2008, s. 6.
29. Evans, "Medical Humanities", 2007, s. 367.

30. Evans, "Medical Humanities", 2007, s. 367 f.
31. The Centre for Medical Humanities, Durham University, "Medical Humanities" (www.dur.ac.uk/cmh/medicalhumanities); *Hektoen International: A Journal of Medical Humanities* (www.hektoeninternational.org).
32. Ett exempel är lingvistiska studier som använder medicinsk teknologi för att studera hjärnans språkcentra, till exempel lingvistiskt arbete på Lunds universitet inom ett projekt där forskarna arbetar med MRI-teknik (magnetic resonance imaging). Humanities and Medicine (www.sol.lu.se/en/project/90).
33. "Vi använder 'medical humanities' här eftersom det är den mest erkända och använda termen för att beteckna fältet, väl medvetna om att vare sig termerna 'medicine' eller health humanities' fullt ut lyckas omfatta alla de ämnen som finns med i denna bok: medicin, hälsa, välbefinnande, vetenskap och teknologi, [...] Området som kallas 'medical humanities' införlivar en enorm spännvidd av ämnen och perspektiv, så många att ingen beteckning någonsin kan omfatta dem alla. Det enda sättet som en sådan beteckning skulle kunna bli möjlig vore som en konsekvens av en olycklig insnävning av fältet" (Bates och Goodman, "Critical Conversations", 2014, s. 5).
34. För längre forskningsöversikter över några av dessa inriktningar, se Roger Qvarsell och Ulrika Torell (red.), *Humanistisk hälsoforskning: En forskningsöversikt*, Lund: Studentlitteratur, 2001.
35. Lars-Christer Hydén, "Illness and narrative", *Sociology of Health and Illness*, 19:1 (1997), s. 48–69; Lars-Christer Hydén och Jens Brockmeier (red.), *Health, Illness and Culture: Broken Narratives*, London: Routledge, 2008; Arthur W. Frank, *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, Chicago: University of Chicago Press, 1995.
36. Se till exempel Torbjörn Tännsjö, *Vårdetik*, Stockholm: Thales, 1998; Christian Munthe, *Livets slut i livets början: En studie i abortetik*, Stockholm: Thales, 1992; Johannes Persson och Nils-Eric Sahlin (red.), *Risk & Risici*, Nora: Nya Doxa, 2008; Niels Lynøe och Niklas Juth, *Medicinska etikens ABZ*, Stockholm: Liber, 2009; Niels Lynøe, *Mellan cowboyetik och scoutmoral: Medicinsk forskningsetik i praktiken*, Stockholm: Liber, 1999; Mats G. Hansson, *Human dignity and animal well-being: A Kantian contribution to biomedical ethics*, Uppsala: Uppsala universitet, diss. 1991.

37. För det sistnämnda, se till exempel Ingemar Bohlin och Morten Sager (red.), *Evidensens många ansikten: Evidensbaserad praktik i praktiken*, Lund: Arkiv, 2011.
38. Fredrik Bragesjö och Margareta Hallberg, *I forskningens närhet: En studie av MPR-kontroversens bakgrund och förvecklingar*, Nora: Nya Doxa, 2009.
39. Lennart Nordenfelt, "Om medicinens filosofi", *Humanistisk hälsoforskning*, Qvarsell och Torell, 2001.
40. Se till exempel Jonna Bornemark och Fredrik Svenaeus (red.), *Vad är praktisk kunskap?*, Stockholm: Södertörns högskola, 2009.
41. Lennart Nordenfelt, *On the nature of health: An action-theoretic approach*, andra reviderade och utökade upplagan, Dordrecht: Kluwer, 1995; Lennart Nordenfelt, *Hälsa och värde: Studier i hälso- och sjukvårdens teori och etik*, Stockholm: Thales, 1991; Lennart Nordenfelt, *Livskvalitet och hälsa: Teori & kritik*, Solna: Almqvist & Wiksell, 1991.
42. Wilhelm Kardemark, *När livet tar rätt form: Om människosyn i svenska hälsotidskrifter 1910-13 och 2009*, Göteborg: Göteborgs universitet, diss. 2013.
43. Lennart Nordenfelt, *Filosofi och medicin: Från Platon till Foucault*, Stockholm: Thales, 2012.
44. Karin Johannisson, *Medicinens öga: Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*, Stockholm: Norstedts, 1990.
45. Se bland annat Karin Johannisson, *Melankoliska rum: Om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*, Stockholm: Bonnier, 2009; Karin Johannisson, *Tecknen: Läkaren och konsten att läsa kroppar*, Stockholm: Norstedt, 2004; Karin Johannisson, *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*, Stockholm: Norstedt, 1994.
46. Torbjörn Gustafsson Chorell och Maja Bondestam (red.), *In på bara huden: Medicinhistoriska studier tillägnade Karin Johannisson*, Nora: Nya Doxa, 2010.
47. Gunnar Broberg och Mattias Thydén, *Oönskade i folkhemmet: Rashygien och sterilisering i Sverige*, Stockholm: Gidlund, 1991; Gunnar Broberg, *Statlig rasforskning: En historik över Rasbiologiska institutet*, Lund: Lunds universitet, 1995; Ingemar Nilsson, *Själen i laboratoriet: Vetenskapsideal och människosyn i den experimentella psykologins framväxt*, Lund: Doxa, 1978; Roger Qvarsell, *Ordning och behandling: Psykiatri och sinnessjukvård i Sverige under 1800-talets första hälft*, Umeå: Umeå universitet, 1982; Roger Qvarsell, *Utän vett och vilja: Om synen*

- på brottslighet och sinnessjukdom*, Stockholm: Carlsson, 1993; Roger Qvarsell och Ulrika Torell, *Reklam och hälsa: Levnadsideal, skönhet och hälsa i den svenska reklamens historia*, Stockholm: Carlsson, 2005.
48. Se till exempel avhandlingarna Motzi Eklöf, *Läkarens ethos: Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960*, Linköping: Linköpings universitet, diss. 2000 och Solveig Jülich, *Skuggor av sanning: Tidig svensk radiologi och visuell kultur*, Linköping: Linköpings universitet, diss. 2002.
 49. Karolinska institutet, Medicinhistoriskt arkiv och Hagströmerbiblioteket (internwebben.ki.se/sv/medicinhistoria; www.hagstromerlibrary.ki.se och internwebben.ki.se/sv/om-hagstromerbiblioteket); Karin Johannisson, Ingemar Nilsson och Roger Qvarsell (red.), *Medicinen blir till vetenskap: Karolinska Institutet under två århundraden*, Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2010. En översiktlig historik över medicinens idéhistoria finns i Ingemar Nilsson och Hans-Inge Peterson, *Medicinens idéhistoria*, Stockholm: SNS, 1998 och en över vårdens idéhistoria i Roger Qvarsell, *Vårdens idéhistoria*, Stockholm: Carlsson, 1991.
 50. History of Medicine in Practice (www.idehist.uu.se/digitalAssets/184/184565_3rd-cfp-history-of-medicine-2014.pdf; www.idehist.uu.se/forskning/history-of-medicine-in-practice/).
 51. Gabriella Nilsson och Kristofer Hansson, ”Medicin på kulturens villkor”, *Socialmedicinsk tidskrift*, 88:3 (2011), s. 195.
 52. Susanne Lundin, *Organ till salu*, Stockholm: Natur och kultur, 2014; Max Liljefors, Susanne Lundin och Andréa Wiszmege, *The Atomized Body: The Cultural Life of Stem Cells, Genes and Neurons*, Lund: Nordic Academic Press, 2012; Susanne Lundin, *Guldägget: Föräldraskap i biomedicinens tid*, Lund: Historiska media, 1997. Den förstnämnda boken kommer ur ett tvärvetenskapligt projekt lett av filosofen Fredrik Svenaeus som har studerat kroppen som gåva, resurs och vara, se Martin Gunnarson och Fredrik Svenaeus (red.), *The Body as Gift, Resource, and Commodity: Exchanging Organs, Tissues, and Cells in the 21st Century*, Stockholm: Södertörns högskola, 2012
 53. Britta Lundgren, *Oväntad död – förväntad sorg: En etnologisk studie av sörjandets processer*, Stockholm: Carlsson, 2006; Lars-Eric Jönsson, *Det terapeutiska rummet: Rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970*, Stockholm: Carlsson, 1998; Georg Drakos, *Berättelsen i sjukdomens värld: Att leva med hiv/aids som anhörig i Sverige och Grekland*,

- Eslöv: Symposion, 2005; Georg Drakos, *Makt över kropp och hälsa: Om leprasjukas självförståelse i dagens Grekland*, Eslöv: Symposion, 1997; se även Georg Drakos och Lars-Christer Hydén (red.), *Diagnos & identitet*, Stockholm: Gothia, 2011.
54. Lisbeth Sachs, *Från magi till bioteknik: Medicinsk antropologi i molekylärbiolegins tidevarv*, Lund: Studentlitteratur, 2002; Lisbeth Sachs, *Sjukdom som ordning: Människan och samhället i gränslandet mellan hälsa och ohälsa*, 2. utg., Stockholm: Natur och kultur, 2012; Lisbeth Sachs, *Onda ögat eller bakterier: Turkiska invandrarkvinnors möte med svensk sjukvård*, Lund: Liber förlag, 1983.
 55. För en längre diskussion av detta se Katarina Bernhardsson, *Litterära besvär: Skildringar av sjukdom i samtida svensk prosa*, Lund: Ellerströms, diss. 2010.
 56. Rita Charon och Maura Spiegel, "Editors' preface: Of torches, traditions, pastures, and pride", *Literature and Medicine*, 25:2 (2006), s. x.
 57. Bates, Bleakley och Goodman, *Medicine, Health and the Arts*, 2014.
 58. Anne Hudson Jones, "Literature and medicine: traditions and innovations", *The Body and the Text: Comparative Essays in Literature and Medicine*, Bruce Clarke och Wendell Aycock (red.), Lubbock, TX: Texas Tech University Press, 1990. I USA kom litteraturen från början in i medicinutbildningen som ett sätt att kunna diskutera moraliska och värderingsmässiga frågor, via de präster som arbetade på de medicinska fakulteterna (Joanne Trautmann, "Can we resurrect Apollo?", *Literature and Medicine*, 1:1 [1982], s. 9).
 59. Merete Mazzarella, "Om att använda skönlitteratur", *Tidskrift för litteraturvetenskap*, 3 (2001), s. 79. Se också essäboken *Den goda beröringen* där hon skriver om litteratur och medicin. Merete Mazzarella, *Den goda beröringen: Om kropp, hälsa, vård och litteratur*, Stockholm: Forum, 2005.
 60. Det ges också ut textantologier som samlar utdrag ur skönlitteratur, huvudsakligen med hänsyn till undervisningsbehov. Några exempel är de svenskspråkiga Lars-Erik Böttiger och Jörgen Nordenström (red.), *Å herregud, mitt i semestern: en antologi. Möten med sjukdom, lidande och vård*, Stockholm: Karolinska University Press, 1999 respektive Lars-Erik Böttiger och Jörgen Nordenström (red.), *Den andra verkligheten: En antologi*, Stockholm: Karolinska University Press, 2004, liksom den engelskspråkiga Ruth Nadelhaft (red.), *Imagine What It's Like: A Literature and Medicine Anthology*, Honolulu:

- University of Hawai'i Press, 2008 och den norska Jan C. Frich, Edvin Schei och Knut Stene-Johansen, *På sykeleiet: Sykdom og medicin i litteraturen*, Oslo: Gyldendal, 2004.
61. De fortsätter: ”Med sitt prinsipielle avvik fra dagligspråket er litteraturens språk spesielt egnet til å fange opp sykdomserfaringen og dens tegn, forstått som symptomer på avvik fra en såkalt normaltilstand. Da spiller det liten rolle om vi kaller det spesifikt litterære for ’litteraritet’, ’poetik’ eller ’retorik’”. Hilde Bondevik och Knut Stene-Johansen, *Sykdom som litteratur: 13 utvalgte diagnoser*, Oslo: Unipub forlag, 2011, s. 28.
 62. Bernhardsson *Litterära besvär*, 2010; Petter Aaslestad, *Pasienten som tekst: Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890–1990*, Oslo: Tano Aschehoug, 1997; Kathryn Montgomery Hunter, *Doctors’ stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton: Princeton University Press, 1991; Rolf Ahlzn, *Why Should Physicians Read? Understanding Clinical Judgment and its Relation to Literary Experience*, Durham/Karlstad, 2010.
 63. Infectio (www.hf.uio.no/ilos/forskning/prosjekter/infectio/arkiv/index.html).
 64. Trisha Greenhalgh och Brian Hurwitz (red.), *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, London: BMJ Books, 1998.
 65. Kathryn Montgomery, *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine*, Oxford: Oxford University Press, 2006; Montgomery Hunter, *Doctors’ stories*, 1991.
 66. Rita Charon, ”Where does narrative medicine come from? Drives, diseases, attention, and the body”, *Psychoanalysis and Narrative Medicine*, Peter L. Rudnytsky och Rita Charon (red.), Albany: State University of New York Press, 2008, s. 25.
 67. Beteckningen Litteratur och medicin, å sin sida, utmärks av den lösa konjunktionen ”och”, som både jämställer de två begreppen och samtidigt är otydlig med deras exakta relation.
 68. Charon, *Narrative Medicine*, 2006, s. viii.
 69. Idén bakom det reflekterande skrivandet har Charon och hennes medarbetare utvecklat vidare till något de kallar för *The Parallel Chart*, ett projekt där läkarstudenterna i sitt kliniska arbete för en parallell journal över sina patienter, där de med vanligt språk och litterärt berättande skriver om sådant som inte får plats i den vanliga journalen.

70. Rita Charon och Martha Montello (red.), *Stories Matter: The Role of Narrative in Medical Ethics*, New York: Routledge, 2002.
71. Frank skriver att "[t]o think about a story is to reduce it to content and then analyze that content. [...] To think with a story is to experience it affecting one's own life and to find in that effect a certain truth of one's life". Frank, *Wounded Storyteller*, 1995, s. 23. Jfr litteraturdiskussionen i symposiumskriften Skans Kersti Nilsson och Torsten Pettersson (red.), *Litteratur som livskunskap: Tvärvetenskapliga perspektiv på personlighetsutvecklande läsning*, Borås: Högskolan i Borås, 2009, vilken i stor utsträckning behandlar litteratur inom medicinens värld.
72. Qvarsell och Torell, *Humanistisk hälsoforskning*, 2001.
73. Internationellt finns också en ungefärlig motsvarande beteckning, Health Humanities, se t.ex. the International Health Humanities Network, www.healthhumanities.org.
74. Carl-Magnus Stolt, "Vad är humanistisk medicin?", *Tidsskrift för Den norske legeforening*, 120 (2000), s. 3736 f.
75. Humanistisk medicin, Södertälje sjukhus (www.sodertaljesjukhus.se/Om-oss/Nya-sjukhuslokaler/Humanistisk-medicin); bland annat pionjären E.A. Vastyan använde beteckningen "humanistic medicine" (se www2.med.psu.edu/humanities/history).
76. Qvarsell och Torell, *Humanistisk hälsoforskning*, 2001, s. 16. Jfr Therese Jones kommentar om "the use and misuse of the words, 'humanism' and 'humanities'", vilket hon menar fortfarande är verksamt inom området (Therese Jones, "'Oh, The Humanit(ies)!': Dissent, Democracy, and Danger", *Medicine, Health and the Arts: Approaches to the Medical Humanities*, Bates, Bleakley and Goodman [red.], 2014, s. 27).
77. Men utvecklingen är bredare än så, och området växer fram även i exempelvis Kanada, Australien, stora delar av Europa samt Asien och Sydamerika.
78. Penn State College of Medicine (www2.med.psu.edu/humanities/history).
79. University of Texas Medical Branch at Galvestone (imh.utmb.edu/education).
80. University of California, San Francisco, School of Medicine (medicalhumanities.ucsf.edu); University of Rochester Medical Center (www.urmc.rochester.edu/medical-humanities) respektive Duke University & School of Medicine (trentcenter.duke.edu).

81. The Narrative Medicine Program, Columbia University Medical Centre (www.cumc.columbia.edu/dept/medicine/narrativemed).
82. Wellcome Trust (www.wellcome.ac.uk/Our-vision).
83. En bra sammanställning är Medical Humanities Programmes (sites.google.com/site/edinburghmhrn/resources/programmes).
84. Centre for Humanities and Health, King's College (www.kcl.ac.uk/innovation/groups/chh/index.aspx); Centre for Medical Humanities vid Durham University (www.dur.ac.uk/cmh).
85. I Storbritannien och Irland har också ett sällskap, Association for Medical Humanities, instiftats 2002, för att samla området i gemensamma konferenser. "Association for Medical Humanities" (www.amh.ac.uk/about).
86. Nätverkets ämnes- och yrkesmässiga spännvidd syns i beskrivningen: "Narrative medicine' har utvecklats ur element från litteraturteori, cultural studies, kreativt skrivande och konstnärlig praktik, disability studies, narrativ etik och medicinshistoria, vilka genomkorsas av yrkesspecialiseringar inom sjukvård, socialt arbete, medicin och terapi" (www.kcl.ac.uk/innovation/groups/chh/Narrative-Medicine-Conference-/About-the-Narrative-Medicine-conference.aspx).
87. Nordic Network for Studies in Narrativity and Medicine (narrativityandmedicine.ku.dk); Nordic Network for Philosophy of Medicine and Medical Ethics (www.imh.liu.se/avd_halsa_samhalle/nnpmme/hem?l=en); Nordiskt nätverk för humanistisk-samhällsvetenskaplig hälsoforskning har utvidgats från att tidigare ha gått under namnet humanistisk hälsoforskning. På engelska benämns det Nordic Network for Health Research Within Social Sciences and the Humanities (nnhsh.org). Några ytterligare nätverk nämns också i Kardemark och Sigurdson, *Medicinsk Humaniora*, 2014.
88. Forum för medicinsk etik (www.imh.liu.se/avd_halsa_samhalle/forum-for-medicinsk-etik?l=sv); Forum för humanistisk-samhällsvetenskaplig hälsoforskning (www.isv.liu.se/nisal/forskningsnatverk-och-samarbeten/forum-for-humanistisk-samhallsvetenskaplig-halsoforskning?l=sv).
89. Exempelvis Uppsala universitet (www.pubcare.uu.se/forskning/etik); samarbete mellan Karolinska institutet, Kungliga tekniska högskolan och Stockholms universitet (ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=14785&l=sv); Lunds universitet (www.med.lu.se/klinvetlund/medicinsk_etik); Linköpings universitet (www.imh.liu.se/avd_halsa_samhalle/forum-for-medicinsk-etik?l=sv).

90. Lunds universitet, Enheten för medicinens historia, (www.med.lu.se/klinvetlund/medicinens_historia); Uppsala universitet, (Medicinsk historia, www.neuro.uu.se/forskning/medicinsk-historia/).
91. *Medical Humanities* (mh.bmj.com); *Journal of Medical Humanities*, (link.springer.com/journal/10912).
92. *Hektoen International* (www.hektoeninternational.org).
93. *Journal of Medical Ethics*, (jme.bmj.com); *The Journal of Medicine and Philosophy* (jmp.oxfordjournals.org); *Medicine, Health Care, and Philosophy*, (link.springer.com/journal/11019); *Theoretical Medicine and Bioethics* (www.springer.com/philosophy/epistemology+and+philosophy+of+science/journal/11017).
94. *Literature and Medicine* (www.press.jhu.edu/journals/literature_and_medicine).
95. *The Literature, Arts, and Medicine Database* (litmed.med.nyu.edu).
96. *Social History of Medicine* (shm.oxfordjournals.org); *Bulletin of the History of Medicine* (muse.jhu.edu/journals/bulletin_of_the_history_of_medicine); *Medical History* (journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=MDH).
97. *Svensk medicinshistorisk tidskrift* (www3.svls.se/sektioner/mhi/tidskrift.html).
98. *Medical Education* ([onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1365-2923](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1365-2923)); *BMC Medical Education* (www.biomedcentral.com/bmcmededuc). Det finns dessutom ett större antal tidskrifter med orden Journal of Medical Education i sitt namn.
99. *Sociology of Health and Illness* ([onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\[ISSN\]1467-9566](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/[ISSN]1467-9566)); *Socialmedicinsk tidskrift* (www.socialmedicinsktidskrift.se).
100. *The Lancet* (<http://www.thelancet.com>); *Journal of the American Medical Association* (jama.jamanetwork.com/journal.aspx); *New England Journal of Medicine* (www.nejm.org); *Academic Medicine*, (journals.lww.com/AcademicMedicine); *Annals of Internal Medicine* (annals.org).
101. *Läkartidningen* (www.lakartidningen.se); *Tidsskrift for Den norske legeforening* (tidsskriftet.no); *Ugeskrift for Læger*, (ugeskriftet.dk).
102. Bates, Bleakley och Goodman, *Medicine, Health and the Arts*, 2014.
103. Greenhalgh och Hurwitz, *Narrative Based Medicine*, 1998; Martyn Evans och Ilora G. Finlay (red.), *Medical Humanities*, London: BMJ Books, 2001; Charon och Montello, *Stories Matter*, 2002.

104. Anders Palm och Johan Stenström (red.), *Kroppen i humanioraperspektiv*, Stockholm/Göteborg: Makadam 2013.
105. Qvarsell och Torell, *Humanistisk hälsoforskning*, 2001; Gunnar Bjurzell och Lotta Vahlne Westerhäll (red.), *Kulturen och hälsan: Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd*, Stockholm: Santérus förlag, 2008.
106. Carl-Magnus Stolt, *Medicinen och det mänskliga: Vårdkonst och vardagsetik, humanism och humaniora*, Stockholm: Natur och kultur, 2003.
107. Martyn Evans, Rolf Ahlzén, Iona Heath och Jane Macnaughton, *Medical Humanities Companion, Volume 1: Symptom*, Oxford: Radcliffe Publishing, 2008; Rolf Ahlzén, Martyn Evans, Pekka Louhiala och Raimo Puustinen, *Medical Humanities Companion, Volume 2: Diagnosis*, Oxford: Radcliffe Publishing, 2010; Pekka Louhiala, Iona Heath och John Saunders, *Medical Humanities Companion, Volume 3: Treatment*, Oxford: Radcliffe Publishing, 2013; Jill Gordon, Jane Macnaughton och Carl Rudebeck, *Medical Humanities Companion, Volume 4: Prognosis*, Oxford: Radcliffe Publishing, 2013.
108. Therese Jones, Delese Wear och Lester D. Friedman, *Health Humanities Reader*, New Brunswick: Rutgers University Press, 2014.
109. Ekström och Sörlin, *Alltings mått*, 2012, s. 196; Ahlzén, "Medicinen", 2013, s. 279.



VAD SÄGER FORSKARNA OM KULTUR OCH HÄLSA?

PERSPEKTIV FRÅN GÖTEBORGS UNIVERSITET

Daniel Brodén

KULTUR OCH HÄLSA är ett snabbt växande forskningsfält vid Göteborgs universitet. Som Ola Sigurdson beskriver i sin introduktion till denna bok, genomförs det idag vid lärosätet flera projekt inom fältet, men dessa ingår också i en bredare strömning med kultur och hälsa-relaterade strävanden.

Detta kapitel ger en bild av mångfalden av forskningen inom fältet kultur och hälsa vid universitetet genom att presentera sjuutton nyckelforskare inom olika discipliner. Bland dessa återfinns profiler inom bland annat neurologi, omvårdnad, statsvetenskap, pedagogik, musikvetenskap och konstnärlig forskning. Som Sigurdson också förklarar, är ”kultur” och ”hälsa” mångtydiga ord och detta kapitel visar konkret på hur man utifrån olika ämneshorisonter bekräftar olika innebörder hos dem. Det går, som sagt, att förstå hälsa i strikt medicinsk mening, men också utifrån ett mer salutogent eller mångdimensionellt synsätt. Likaså kan kultur likaväl avse konstnärliga och estetiska uttryck som sociala praktiker och föreställningar – det kan vara frågan om såväl musik och litteratur som samhällsliga och etniska sammanhang. Genomgående delar emellertid de medverkande en strävan att vidga förståelsen av villkoren för mänsklig hälsa och överskrida traditionella ämnesgränser. Följaktligen visar texten på inte bara mångfalden av forskningsperspektiv inom fältet,

utan också hur dessa tillsammans bildar konturen av ett större mångvetenskapligt komplex.

Kapitlet bygger på en sammanställning av en större intervjuundersökning. Framställningen utgår från forskarnas egna redogörelser för sitt arbete och sin syn på forskningsläget inom det egna ämnet. Ambitionen är att på samma gång ge en inblick i distinkta vetenskapliga ingångar och en översikt av större intresseområden inom kultur och hälsa. Det kan påpekas att de medverkandes bearbetats för att skapa en översiktlig och varierad text med tydliga infallsvinklar. Samtidigt är kapitlet strukturerat så att läsare efter eget intresse kan hoppa mellan de individuella resonemangen.

Forskarnas presentation av sina respektive perspektiv är indelad i tre avsnitt. Det första, ”Medicin och vård”, fokuserar personer som är verksamma inom vad som många betraktar som det centrala ämnesområdet inom fältet. De är:

* *Thomas Lindén*, docent i neurovetenskap

* *Björn Vickhoff*, musikforskare inom projektet ”BodyScore” vid Sahlgrenska Akademin

* *Helle Wijk*, docent i omvårdnad och sjuksköterska

* *Peter Fröst* och *Henric Benesch*, konstnärlig professor respektive projektutvecklare vid Centrum för vårdens arkitektur

* *Henry Ascher*, docent i barnmedicin och överläkare vid flyktingbarnteamet vid Angereds närsjukhus

* *Lauren Lissner*, professor i epidemiologi och föreståndare för forskningsmiljön EpiLife

Det andra avsnittet, ”Samhälle och livsvillkor”, riktar ljuset mot ett annat viktigt delområde: studiet av kultur och hälsa i ett vidare socialt sammanhang. Dessa forskarröster är:

* *Sören Holmberg* och *Lennart Weibull*, professor i statsvetenskap respektive massmedieforskning och verksamma vid SOM-institutet

* *Marie Demker*, professor i statsvetenskap och ledare för forskningsprogrammet ”Religion, kultur och hälsa”

- * *Johannes Lunneblad*, docent i pedagogik
- * *Peter Korp*, lektor i idrottsvetenskap
- * *Johan Wedel*, forskare i socialantropologi

Det tredje avsnittet, ”Humaniora, konst och kultur”, lyfter fram forskare som inom ett humanvetenskapligt ramverk undersöker kulturella föreställningar och estetiska uttryck med hälsokoppling. Medverkar gör:

- * *Margareta Hallberg*, professor i vetenskapsteori
- * *Lars Lilliestam*, professor i musikvetenskap
- * *Yvonne Leffler*, professor i litteraturvetenskap och ledare för forskningsprogrammet ”Religion, kultur och hälsa”
- * *Johan Öberg*, forskningssekreterare vid den konstnärliga fakulteten

Det ska understrykas att denna avsnittsindelning inte är gjord för att markera någon fast gräns mellan olika vetenskapliga domäner, utan för att överskådligt klargöra olika intressesfärer inom kultur och hälsa. Kapitlet avslutas också med avsnittet ”En mångvetenskaplig framtid?”, som sammanfattar gemensamma tankegångar hos forskarrösterna om utmaningar för fältet. Det finns en samstämmighet bland många av de medverkande om potentialen hos mångvetenskapliga samarbeten inom kultur och hälsa, men även befintliga strukturella problem som borde lösas upp.

MEDICIN OCH VÅRD

Som bekant har dagens synsätt på hälsa starka rötter i upplysningstänkandet och uppkomsten av den medicinska vetenskapen. Ett huvuddrag i den världsbild som växte fram under framförallt 1800-talet var en stark optimism beträffande möjligheterna hos läkarvetenskapen att objektivt förstå och förklara människan, i första hand som biologisk varelse. Men samtidigt som naturvetenskapen gjorde enorma framsteg och successivt fann

botemedel mot många sjukdomar som plågat mänskligheten, lämnade den strikt rationalistiska hälsosynen ett begränsat utrymme för kulturella och sociala dimensioner av livet.¹ Den moderna medicinska vetenskapen har emellertid allt mer kommit att efterlysa ett utvidgat synsätt på mänsklig hälsa.² Detta speglas inte minst av framväxten av ämnet vårdvetenskap.

Man kan betrakta den kultur och hälsa-orienterade forskningen vid Göteborgs universitet som betecknande för denna fortsatta rörelse. Det görs insatser som vidgar perspektivet på medicinen och vården inom neurologi, epidemiologi, personcentrerad vård, vårdmiljö och vårdarkitektur, barnmedicin, liksom musik som rehabiliteringsform. Som detta avsnitt ska visa, bygger flertalet av dessa på olika former av nytänkande inom befintliga discipliner, men också mångvetenskapliga samarbeten mellan Sahlgrenska akademien och andra fakulteter vid universitetet och Chalmers tekniska högskola.

Hjärnans läkande i en berikad miljö

THOMAS LINDÉN, docent i neurovetenskap vid Sahlgrenska universitetssjukhus, framhåller att biologiska interventioner inte är det enda sättet att bota skador på människans medvetande och intellekt. Lindén har varit delaktig i flera forskningsprojekt knutna till Centre for Brain Repair and Rehabilitation (CBR), där patienter med olika slags hjärnskador, som stroke och Parkinsons sjukdom, fått ägna sig åt rytmikövningar och musiklyssnande där effekter på läkning och funktionsåterhämtning studerats.

Det finns många välgrundade studier som visar att man kan påverka patienters läkning genom åtgärder som går utanför de gängse medicinska ramarna.³ Lindén betonar att den mänskliga hjärnan är kännetecknad av plasticitet, vilket innebär att uppgifterna hos dess nervceller kan förändras i samspel med omgivningen. Banbrytande studier vid Sahlgrenska har dessutom visat att hjärnan kan bilda nya celler livet genom.⁴ Det pågår idag

en intensiv forskning kring hur man stimulerar sådana processer, så kallad neurogenes, och förändrar cellernas funktion. Man undersöker effekterna av såväl läkemedel och kemiska substanser, som hur fysisk aktivitet, sinnesstimulering och social interaktion påverkar hjärnan.

I sammanhanget talar man om forskning på effekter av en "berikad miljö". Det går bland annat att stärka rehabiliteringen genom att låta patienter ta del av olika fysiska och sociala aktiviteter. Ett annat sätt är att skapa mer stimulerande rumsliga miljöer på sjukhuset. Bland annat finns en uppmärksam studie av en sjuksal, där hälften av patienterna låg i sängar med utsikt mot en tegelvägg, medan den andra hälften kunde se ut över en skog. Undersökningen visade tydligt att patienterna med den mer trivsamma utsikten använde mindre smärtstillande läkemedel, kunde skrivas ut tidigare och även hade ett bättre allmäntillstånd när de lämnade sjukhuset.⁵

Enligt Lindén finns det många spännande och lovande forskningsresultat som klargör hur man genom att tänka nytt kan påverka patienternas möjligheter att återhämta sig såväl fysiskt som psykiskt. Samtidigt återstår det mycket att göra. Även om forskningen otvetydigt visar starka effekter har man idag inte full insikt om deras alla innebörder för sjukvården. Likaså har de nya rönen bara i en begränsad omfattning blivit omsatta i praktiken. Det finns en rik mängd insamlade data och spännande forskningsresultat, men få modeller för hur kunskaperna ska tillämpas i den kliniska verksamheten.

Körsång som rehabilitering

Musikvetaren **BJÖRN VICKHOFF** är en ovanlig humanistisk röst i den medicinska forskarvärlden. Han ingår i det mångvetenskapliga projektet "BodyScore" på Sahlgrenska Akademin, vars medverkande har bakgrunder i bland annat neurologi, psykologi, filosofi och praktiskt musikutövande. "BodyScore" undersöker

hur musik och körsång biologiskt påverkar människans kropp och hälsa. Syftet är att hitta sätt att använda musik för rehabilitering och friskvård. En arbetshypotes är att sång lugnar andningen, vilket påverkar hjärtat med positiva hälsoeffekter. Gruppen publicerade nyligen en internationellt uppmärksammad artikel om hur körsång stimulerar hjärtvariabiliteten, som är en hälsorelaterad variabel.⁶

Vickhoff betonar att samtidigt som projektet ligger i framkanten av dagens forskning, har det varit ett oortodoxt inslag i den medicinska miljön.⁷ För att bli tagna på allvar har man fått använda samma rigorösa metoder som vid framtagandet av nya mediciner, det vill säga påvisa biologiska effekter i kontrollerade och randomiserade försök. Likväl fokuserar projektet människor i social interaktion. Ny teknologi gör det möjligt att studera vad man kan kalla för samarbetets neurofysiologi och jämföra aktiviteten hos flera hjärnor i en naturlig miljö.

Forskningen inom "BodyScore" pekar mot hälsoeffekter, som är av både biologisk art (sång tränar diafragman som ökar lungkapaciteten) och existentiell art (självkänslan stärks genom kontakten med andra människor). Om man förstår hälsa ur ett brett kulturperspektiv, betonar Vickhoff, blir samspelet mellan livsstil, mental hälsa och fysiska besvär tydligt. Medicinvetenskapen har traditionellt inte intresserat sig för det sociala livet och det finns förbisedda kopplingar mellan livskvalitet och fysisk hälsa. Att skapa motivation är en viktig del i rehabilitering. Likaså kan människor som isoleras på grund av sin sjukdom uppleva en gemenskap och glädje.

Men Vickhoff understryker att det också är viktigt att motverka instrumentella förhållningssätt som reducerar musiken till ett enkelt hälsoverktyg, liksom mytbildningar som att vissa estetiska uttryck skulle vara mer hälsofrämjande än andra. Att Mozarts musik skulle vara särskilt välgörande är en föreställning som vilar mer på gamla smakhierarkier än vetenskaplig grund. Målet med BodyScore är heller inte att föreskriva körsång som en särskilt "bra" kulturform, utan att genom ett pilotprojekt un-

dersöka biologiska funktioner, som i förlängningen kan berika människors liv och valmöjligheterna av kulturella upplevelser inom sjukvården.

*Vårdmiljöns betydelse för människors
varande och görande*

HELLE WIJK, sjuksköterska och docent i omvårdnad vid Sahlgrenska akademien, forskar om vårdmiljöns betydelse för människors välbefinnande och livskvalitet. Wijk är framförallt intresserad av samspelet mellan fysisk och psykosocial miljö och hon arbetar idag med interventionsstudier inom olika vårdkontexter, bland annat på äldreboenden inom det så kallade IDA-projektet ("Inflytande, delaktighet och autonomi"). Syftet är att undersöka vilken betydelse som nya arkitektoniska lösningar, möbler, förändringar i färg- och ljussättning, samt tillgång till deltagande i kulturella aktiviteter utifrån sina egna preferenser har för patienternas upplevelse av livsmiljön.

Det har inom vårdvetenskapen länge funnits ett intresse för kultur- och hälsorelaterade arbetssätt, såsom att undersöka effekten av aktiviteter med till exempel sång och dans. Den forskning som avser att följa effekterna av detta kännetecknas av systematik och ett tvärvetenskapligt förhållningssätt. Wijk är redaktör för antologin *Vårdmiljöns betydelse* (2014), där forskare från såväl omvårdnad som arkitektur och design resonerar kring samband mellan stärkta fysiska och psykosociala förhållanden.⁸ Den vårdvetenskapliga fakulteten i Göteborg samarbetar också med Centrum för vårdens arkitektur vid Chalmers tekniska högskola (se nästa presentation) och man delar ett intresse för evidensbaserad design – en metod för att integrera kunskap från olika discipliner för att skapa mätbara relationer mellan fysisk miljö och dess olika effekter.⁹

För Wijk är det viktigt att kunna tillämpa rön i en konkret omvårdnadssituation. Det är en sak att dra upp teoretiska rikt-

linjer för hur man ska arbeta salutogent eller personcentrerat och en annan sak att omsätta dessa i praktiken. Det kan också vara svårt att tillämpa lyckade koncept i andra kontexter och det är därför angeläget att på samma gång identifiera överförbara framgångsfaktorer och utarbeta konkreta instruktioner.

När det gäller möjligheten att implementera olika koncept i en verksamhet spelar den sociala kulturen mellan människor stor roll. Man bör, enligt Wijk, inte bara se till den fysiska miljön, utan också atmosfären. Kulturen och atmosfären inom en verksamhet har av tradition uppfattats som diffus och svår att påverka. Men det har på senare tid utvecklats mer sofistikerade metoder för att skatta effekter av en uttalad eller outtalad vårdfilosofi och dess påverkan på arbetet, ledarskapet och personalens attityd.

Utformningen av framtidens vårdbyggnader

PETER FRÖST och **HENRIC BENESCH**, är konstnärlig professor respektive projektutvecklare vid Centrum för vårdens arkitektur vid Chalmers. De betonar att vårdmiljöer speglar en viss samhällslelig syn på hälsa. Sjukvårdens byggnader och miljöer är inte uttryck för universella ideal utan produkter av samhällets bild av vad vård är. Fröst och Benesch ansluter sig till synen på arkitekturen som "en byggd bild av oss själva", som man hela tiden kan ompröva och förbättra. Genom att problematisera historiska processer och befintliga praktiker kan man med större skarpsyn formulera hur vi vill att framtidens vårdmiljöer ska se ut. Sett ur det perspektivet är potentialen för att stärka hälso- och sjukvården genom nytänkande planering och annorlunda arkitektur långt ifrån utnyttjad till fullo.

Enligt Fröst och Benesch finns det i Sverige en internationellt sett unik tradition att involvera personalen i planeringen av vårdmiljöer för att på olika sätt berika verksamheten. Det är för dem angeläget att öppna upp denna arena också för patienter och deras närstående. Mot bakgrunden av dagens komplexa

sjukvårdsapparat och mångkulturella samhälle finns såväl stora möjligheter som utmaningar. Hur gör man alla dem som använder dessa vårdens miljöer delaktiga utifrån sina olika förutsättningar och intressen?¹⁰

Fröst och Benesch poängterar att väl utformade vårdarkitektur kan avleda stress hos både patienter och personal, men också effektivisera verksamheten. En rad studier visar att arkitektur kan främja läkeprocesser och vid Centrum för vårdens arkitektur arbetar man utifrån konceptet ”evidensbaserad stödjande vårdmiljö”.¹¹ Det är en vision om arkitektur som en aktiv del av vården genom mer kvalitativa inslag av dagsljus, rumsliga miljöer, stämningar, färger och ljud. En annan konkret utgångspunkt för centrumet är den forskning inom området, som säkerställer integrationen av verksamhetsutveckling och processeffektivisering i relation till olika innovativa designprocesser.

Det är, anser Fröst och Benesch, angeläget att inom vårdarkitekturforskningen upprätthålla en spänning mellan det kvalitativa och kvantitativa, inte minst med tanke på att arkitektur är en sociomateriell och sociokulturell artefakt vars alla dimensioner omöjligt låter sig mätas.¹² Forskningen kommer visserligen ofrånkomligen att vidareutveckla verktygen för att mäta det som låter sig mätas, men Fröst och Benesch understryker att området i hög grad är beroende av mångvetenskapliga undersökningar av det som inte kan bestämmas kvantitativt. För dem kommer en hel del av styrkan hos vårdarkitekturforskningen från dess förmåga att kombinera gestaltande och evidensbaserat arbete med kritisk reflektion.

En mer humanistisk sjukvård

HENRY ASCHER, docent i barnmedicin vid Sahlgrenska universitetssjukhus och överläkare vid flyktingbarnteamet vid Angeredens närsjukhus, är känd för sitt engagemang för en humanistisk sjukvård. Ascher var med om att 1999 starta Centrum för barns rätt

till hälsa vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, som verkar för att integrera ett barnrättighetsperspektiv i vården i enlighet med FN:s barnkonvention. Ascher har på senare tid forskat och skrivit bland annat om asylsökande barn, barn med uppgivenhetssyndrom ("apatiska barn") och papperslösa flyktingbarn, som till följd av sin utsatta position undertrycker mycket av sin oro och sina behov i mötet med vården.¹³ Hans arbete vid Angereds närsjukhus handlar om att utveckla samverkan med Sahlgrenska akademien och övriga universitetet om forskning och utbildning med fokus på ojämlikhet i hälsa mellan olika socioekonomiska befolkningsgrupper.

Enligt Ascher är det överhuvudtaget viktigt med en empatiskt orienterad sjukvård. Även som barnläkare är det lätt att anta att man i egenskap av specialist vet vad som är bäst för patienten, men det kan man egentligen aldrig vara säker på. Barnets upplevelse av sin situation kan skilja sig mycket från den vuxne expertens. En god sjukvård är beroende av ett deltagandeperspektiv, som utgår från en jämlik och medkännande kommunikation med patienten.

Samtidigt som Ascher understryker värdet av ett brett hälsoperspektiv, har han i sitt arbete tagit fasta på olika betydelser av begreppet kultur. Som läkare på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus insåg han tidigt möjligheten att genom lekterapi och teater nå och aktivera också svårt sjuka barn. Men Ascher upplever även ett påtagligt behov av bättre arbetsrutiner för hur man bemöter människor med olika kulturella bakgrunder och föreställningar om kropp och hälsa. För att alla patientgrupper ska få ett humant bemötande krävs en sjukvård som inte bara bygger på medicinsk bedömning, utan också öppenhet, lyhördhet och inlevelseförmåga.

Ascher understryker behovet av att reflektera över hur man brukar ordet kultur. Det är inte bara ett mångtydigt begrepp, utan det kan också användas i olika riktningar. När man med kultur avser till exempel konst tar man gärna fasta på hur till litteratur eller dramatik kan öppna upp invanda perspektiv. Men

när ordet kultur används i relation till människors olika kulturella bakgrunder kan det bli instängande eller statiskt, som när man talar om en ”afrikansk kultur” eller ”invandrarkultur”. Ett sådant begreppsbruk kan skymma insikten att mänskliga kulturer är dynamiska och stadda i ständig förändring.

Folkhälsa ur ett brett perspektiv

LAUREN LISSNER är professor i epidemiologi och föreståndare för en omfattande forskningsmiljö som studerar fysisk och mental folkhälsa ur ett livstidsperspektiv. EpiLife består av ett nätverk av epidemiologiska forskare med olika specialiteter – däribland hjärtmedicin, näringslära, fetma, psykiatri, psykologi, primärvård, statistik och kliniska laboratoriestudier – som samarbetar för att utveckla forskningsperspektiven inom områden som nutrition, demens och fetma. EpiLife utgår från befolkningsstudier som pågått vid Göteborgs universitet sedan 1960-talet och som man än idag följer upp. Samtidigt har undersökningarna anpassats till samhällets förändringar, som till exempel den tilltagande globaliseringen och nya folkhälsoproblematiker.

Lissner själv undersöker fetma, som ökade drastiskt i Sverige under 1980-talet. Fetma är allmänt knuten till en rad kroniska sjukdomar, som diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, liksom olika former av cancer och demens. Det är dock hos barn som fetmans negativa effekt på den övergripande livskvaliteten förefaller vara mest påtaglig. Den livstidsbaserade forskningen vid EpiLife visar också att fetma i unga år kan få stora konsekvenser för både människors psykosociala och fysiska hälsa senare i livet.¹⁴ Enligt Lissner är det just barnen som man främst bör koncentrera sig på för att mer effektivt förebygga framtida hälsorisker.

En framgångsrik bekämpning av fetma är, poängterar Lissner, beroende av förståelsen av de bakomliggande kulturella faktorerna. Även om utbredningen av fetma idag saktat ned, kvarstår ohälsotalen som höga i ett historiskt perspektiv, vilket beror på bland annat

socioekonomiska ojämlikheter. Därför är det viktigt att fördjupa förståelsen av de kulturellt betingade faktorer som styr hälsorelaterade kostvanor och livsstilar hos olika befolkningsgrupper.

Folkhälsoforskningen kring fetma bygger i detta avseende på en balansgång, menar Lissner. Det är viktigt att, å ena sidan, ställa kulturellt vinklade frågor i relation till olika sociala grupperingar och, å andra sidan, undvika stigmatisering och förenkling. En möjlig medelväg är att i större utsträckning involvera personer som ingår i studierna i flera av leden i forskningsprocessen. För att en epidemiologisk forskning ska vara på samma gång hälsofrämjande och kulturellt kontextkänslig bör dess utgångspunkter vara tydligt definierade och förankrade i de grupper som den studerar.

SAMHÄLLE OCH LIVSVILLKOR

Sociala och kulturella perspektiv är visserligen sentida inslag i den medicinskt orienterade hälsoforskningen, men man kan också i grunden beskriva den moderna sjukvården som ett samhällsprojekt. Ända sedan uppkomsten av nationalstaterna i Europa under framför allt 1800-talet har staten haft det övergripande ansvaret för medborgarnas hälsa och ett syfte med institutionaliseringen av sjukvården var att stärka samhället som helhet.¹⁵ Ordet folkhälsa (från tyskans *Volksgesundheit*) blev en del av det svenska språket i början av 1900-talet och det vittnar just om föreningen av ett vetenskapligt och samhällligt perspektiv.¹⁶ Det historiska folkhälsoarbetet lade grunden för den moderna folkhälsoforskningen, som alltså ska stärka hälsan hos befolkningen genom att motverka fysiskt, psykiskt och socialt osunda livsstilar. Men kopplingen mellan medborgerligt välbefinnande och samhällsplanering figurerar också i bakgrunden för olika samhällsorienterade discipliner.

Vid Göteborgs universitet har man inom dessa ämnen framförallt inriktat sig på att problematisera mänskligt välbefinnande som ett socialt fenomen. Forskare inom såväl statsvetenskap,

massmedieforskning och socialantropologi som idrottsvetenskap och pedagogik delar ett intresse för att belysa och utvärdera olika kulturella och samhälleliga diskurser på området.

Inget enkelt samband mellan kultur och hälsa

SÖREN HOLMBERG, professor i statsvetenskap, och **LENNART WEIBULL**, professor i massmedieforskning, har i projektet "Kultur, hälsa och personlighet" analyserat statistiska data om sambandet mellan medborgarnas hälsa och kulturvanor, som bokläsning, körsång och bio- och teaterbesök. Holmberg och Weibull arbetar vid SOM-institutet ("Samhälle, Opinion och Medier"), som årligen genomför omfattande undersökningar av den svenska befolkningens attityder och beteenden med såväl nationella som regionala och kommunala fokusgrupper.

Holmberg och Weibull har empiriskt prövat den hypotes om kulturens välgörande effekter, som kan figurera i kultur och hälsa-diskussioner. Deras analys visar dock inte på några signifikativa positiva samband mellan medborgarnas kulturvanor och deras skattning av sin kroppsliga eller psykiska hälsa.¹⁷ Holmberg och Weibull har också vägt in variationer mellan olika människors personlighetsegenskaper, som brukar tillmätas betydelse i folkhälsosammanhang.¹⁸ Men även i detta avseende var resultatet negativt. Sambandet mellan kulturvanor och hälsa är lika svagt beroende av vilka personlighetsegenskaper som en individ har.

Holmberg och Weibull betonar att hypotesen är prövad på ett stort befolkningsurval. Detta utmärker undersökningen gentemot internationella hälsostudier som har mer avgränsade urval och variabler. SOM-undersökningarna baseras på breda befolkningsdata som samlats in över lång tid, vilket gör det möjligt att med stor säkerhet göra komplexa jämförelser av olika vanor hos olika befolkningsgrupper.

Samtidigt som Holmberg och Weibull menar att deras analys bör lägga en våt filt över den oreflekterade entusiasmen om kul-

turens positiva betydelse för hälsan, påpekar de att den inte ger ett slutgiltigt svar. SOM gör representativa befolkningsundersökningar med en begränsad möjlighet att påvisa nyanser hos det som går utanför genomsnittet. Man kan utifrån studien inte utsluta att det finns ett positivt samband mellan kulturvanor och hälsa hos till exempel särskilt aktiva läsare och körsångare eller biograf- och teaterbesökare. Likaså kan deras kvantitativa studie inte säga någonting om kulturens terapeutiska effekter på samma sätt som kvalitativ forskning. Men det är likväl ett arbete som påkallar en hälsosam skepsis inför alltför enkla och vidlyftiga tankegångar om kulturens välgörande effekter.

Gemensamma normer i ett mångkulturellt samhälle

MARIE DEMKER, professor i statsvetenskap och ledare för forskningsprogrammet "Religion, kultur och hälsa" (tillsammans med Yvonne Leffler och Ola Sigurdson), poängterar att diskussionen om sambandet mellan kultur och hälsa kan berika förståelsen av vad som utgör ett gott samhälle. Inom statsvetenskapen finns det ett etablerat forskningsområde kring hur man får till stånd ett gott styrande. En rad kvantitativa analyser har visat att en närvaro av mellanmänsklig tillit och opartiska institutioner är viktiga för att uppnå god sjukvård, hög livslängd och utbildningsnivå. Samtidigt konstaterar Demker att nya studier tillför mer sofistikerade analyser.¹⁹ Till exempel utreder Sten-Åke Stenberg i *Född 1953: Folkhemsbarn i forskarfokus* (2013) på djupet samband mellan hälsa och hemmiljö, uppväxtförhållanden respektive skola.²⁰ Intressant nog visar Stenberg att människan förefaller vara mer tålig för hårda levnadsförhållanden än vad som tidigare antagits, medan vissa sociala och personliga förutsättningar tycks vara svårare att kompensera för.

Enligt Demker har man inom statsvetenskapen alltför länge diskuterat faktorer som rör kultur och hälsa som mer eller mindre naturgivna och universella. Det finns all anledning för da-

gens forskare att kritiskt reflektera över sina utgångspunkter. Att till exempel unga människor beskriver en ökande ohälsa är kanske inte en självklar trend. Hur definierar svarspersonerna hälsa och välbefinnande idag jämfört med 1950? Hur hänger uppfattningar om välbefinnande samman med förändrade mönster i familj, arbete och politisk delaktighet? Och vilken grad av individuella avvikelser tolereras idag jämfört med dåtidens samhälle?

Demker anser att den statsvetenskapliga forskningen har visat ett alltför begränsat intresse för normativa frågor inom området med kulturell koppling, som religion och familjeband. Enligt henne är det viktigt att ta fasta på att föreställningar om god och dålig hälsa är kulturellt betingade. Det mångkulturella samhället består verkligen av *många* kulturer och det finns en risk att dominerande gruppers referensramar skymmer eller exkluderar andra traditioner.

Demkers egen forskning kretsar kring religionens roll i offentligheten, liksom hur synen på nationell och kulturell gemenskap påverkar välfärd och välbefinnande i samhället.²¹ En grundfråga är huruvida ett liberalt samhälle ska förhålla sig uppmuntrande eller motverkande till religiösa vanor. En annan fråga är huruvida familjens roll värderingar om religion, kultur och språk har företräde framför en statligt främjad norm. Sådana frågor påkallar såväl filosofiskt orienterade analyser kring det offentligas roll som empiriska studier med nationella jämförelser. Det är också relevant att undersöka betydelsen av religiösa föreställningar för social delaktighet och personligt välbefinnande. Även om det är väl belagt att religiösa och kulturella gemenskaper har betydelse för individens välbefinnande, betyder detta inte att alla sådana gemenskaper nödvändigtvis är av godo för samhället som helhet.²²

Mer komplex förståelse av folkhälsa

PETER KORP, lektor i idrottsvetenskap, forskar om föreställningar om vad hälsa är och hur den ska främjas. Korps avhandling *Häl-*

sopromotion (2002) handlar om möten och motsättningar mellan synsättet hos den kliniska medicinen och ”nya” former av hälsofrämjande arbete.²³ Det medicinska perspektivet uppfattar primärt hälsa som frånvaron av sjukdom och det brukar medföra strategier inriktade på att åtgärda kliniska problem och möjligen förebygga sjukdom. Det hälsofrämjande perspektivet, däremot, förstår hälsa i termer av välbefinnande och är mer inriktat på strategier för att stärka resurser som människor behöver för att ha hantera vardagslivet och uppnå god livskvalitet. Kort sagt, är det två paradigmer med olika normer om vad hälsa är och hur hälsoarbete bör bedrivas.²⁴

En påtaglig motsättning mellan paradigmen rör, enligt Korp, bedömningen av vad som är ett hälsoproblem. Det medicinska paradigmet förutsätter en objektiv bedömning av medicinsk expertis. Men om hälsa förstås mer holistiskt som livskvalitet är saken inte lika given. Sådillvida problematiserar det hälsofrämjande paradigmet den objektiva diagnosen och understryker betydelsen av människors egen upplevelse av sin hälsa.²⁵

Korp är intresserad av problematiken kring samhällets strävan att påverka människors livsstil i en hälsosam riktning. Antagandet om livsstilens avgörande betydelse för människors hälsa leder till att fokus hamnar på vad människor gör och inte gör i vardagen och hur de förhåller sig till olika risker. Men livsstil är ett komplicerat fenomen och erfarenheterna av samhällets försök att styra medborgarnas vanor genom information, råd och pekpinningar är knappast entydigt positiva.²⁶ Det finns ingen rak relation mellan de rön som läkarvetenskapen tillhandahåller och hur individen agerar i vardagslivet. Till exempel lyssnar människor i olika utsträckning på vad expertisen säger eller så glömmer de råd eller finner egna alternativ. Om man till detta fogar kulturella skillnader mellan olika sociala grupper – som hur olika människor tänker och handlar, deras förmåga att tillgodogöra sig olika slags information, hur de tolkar information utifrån sina referensramar och vilken betydelse de tillmäter en hälsosam livsstil – blir frågan om livsstilspåverkan mycket komplex.

Det är, betonar Korp, därför viktigt med en fördjupad kritisk diskussion. I medicinska och folkhälsovetenskapliga sammanhang används livsstil påfallande oreflekterat för att beskriva individuella hälsorelaterade vanor, utan någon analys av vad en sådan är, hur den skapas, vidmakthålls och förändras. Följaktligen är det svårt att formulera strategier för hälsofrämjande arbete som på allvar kan påverka människors kulturellt impregnerade liv. Om man verkligen vill förändra hälsorelaterade vanor är det viktigt att de strategier man väljer baseras på solid kunskap om förutsättningarna för människors livsstilsval.

Ett socialt rättvisetänkande

JOHANNES LUNNEBLAD, docent i pedagogik, betonar vikten av att inom fältet kultur och hälsa fokusera sociala orättvisor och strukturella problem. Lunneblad har inom projektet ”Barnets bästa” studerat mottagandet av nyanlända flyktingbarn, som är ett ämne som rör hälsa i både medicinsk och social mening.²⁷ Internationell forskning visar att myndigheter i arbetet med flyktingar arbetar mer med kliniska problem än psykosocialt hälsoarbete.²⁸ Enligt Lunneblad är det påtagligt hur stat och kommun kan arbeta för att stärka flyktingfamiljerna i deras vardag. Många familjer har varit med om traumatiska händelser, som påverkar deras möjligheter att ta hand om sina barn. Det är därför viktigt att samhället kan erbjuda dem olika former av hälsovårdsstöd och sociala tryggheter, utan att frånta dem rollen som föräldrar.

Lunneblad kan i sammanhanget inte bortse från den idag pågående avregleringen och uppbyggnaden av den offentliga sektorn. Under tiden som hans projekt pågick övergick ansvaret för introduktionen av nyanlända flyktingar från kommunerna till Arbetsförmedlingen och därmed försvann viktiga funktioner, som samarbetet mellan introduktionsenheter, läkare och barnvårdscentraler. Likaså fanns det inte längre någon som hade ett samordnande ansvar eller ens överblick över var de nyanlända

flyktningbarnen fanns i kommunen. Sådillvida medförde reformen att viktiga samlade kunskaper gick förlorade, både medicinska och sociala.

I sin forskning anlägger Lunneblad överhuvudtaget ett socialt rättviseperspektiv på villkoren för barn och ungdomar i förorten. Den tilltagande etniska och sociala segregeringen påverkar hur unga mår och vilka chanser de får i livet. Statistiken visar att ojämlikheterna mellan rika och fattiga har betydelse för livsval när det gäller såväl motion som droger. Samtidigt bidrar skolan till att forma självbilden hos unga och utbildningsmiljön i förorten reproducerar delvis en känsla av låga förväntningar hos både elever och skolpersonal.

Lunneblad betonar vikten av ett helhetsperspektiv på sambandet mellan sociala strukturer och människors hälsa. Han anser att mycket av förväntningarna på forskare idag handlar om att få snabba svar på frågor, som hur man ska få ut folk på arbetsmarknaden eller höja betygen i skolan. Men det är viktigt med mer komplexa undersökningar av strukturerna i samhället och hur individer upplever sin tillvaro. Själv kombinerar han statistiska analyser med kulturteoretiska infallsvinklar och en etnografisk metod, vilket innebär att han följer och studerar människor i deras vardag. Samtidigt som en sådan forskning kan belysa dagens segregation mellan fattiga och rika, synliggör den motberättelser som människor skapar om sina livsvillkor och sin plats i samhället.

Alternativa tankevärldar om hälsa

JOHAN WEDEL, forskare i socialantropologi, är specialiserad på medicinsk antropologi. Antropologin studerar allmänt hur människor förhåller sig till och tolkar sin omvärld för att utveckla kunskapen om samhällslivets komplexitet och öka förståelsen av "främmande" kulturer. Man kan också säga att ämnet i sig har en holistisk utgångspunkt sådillvida att det relaterar mänskliga

föreställningar och uttryck till ekonomiska, politiska och sociala kontexter.

Den medicinska antropologin kretsar till stor del kring en kritisk granskning av den västerländska medicinen (biomedicinen), samtidigt som den söker beskriva samband mellan biologiska processer som rör hälsa och sjukdom och sociala och individuella föreställningar.²⁹ Den medicinska antropologin utmanar på många sätt konventionella medicinska diskurser och har blivit en central nod i den internationella forskningen inom fältet kultur och hälsa (se kapitel 1 och 3). Samtidigt får den alltmer ett genomslag i vård- och folkhälsosammanhang och antropologer anlitas idag för utbildning av vårdpersonal och folkhälsoarbetare i ”kulturkompetent” vård och ”kulturkänsligt” bemötande.

Wedel konstaterar att det komplicerade samspelet mellan kulturella föreställningar och hälsa blivit uppenbart även i medicinska kretsar genom studier om placebo – den medvetna behandlingen genom verkningslös medicin – som påvisar hur tänkandet påverkar kroppen och vice versa. Sådana resultat stör inte bara en gängse naturvetenskaplig distinktion mellan kropp och själ, utan de ställer även alternativa behandlingsformer och helande i ett annat ljus.³⁰

Wedel har själv forskat om bland annat religiöst botande av sjukdom och så kallad tvärkulturell psykiatri, som båda är centrala delområden inom medicinsk antropologi. Hans avhandling *Santería Healing* (2004) rör just icke-västerländskt religiöst helande.³¹ Den tar fasta på antropologisk kunskapsbildning kring hur magi, häxeri och olika botanderitualer kan stärka sociala band och även påverka människan emotionellt och kroppsligt. Den tvärkulturella psykiatrin, i sin tur, fokuserar på kulturella föreställningar rörande mental ohälsa. Genom ett brett jämförande perspektiv undersöker antropologer hur den västerländska psykiatrin är påverkad av sociala, kulturella och politiska krafter, men även hur man inom andra kulturer uppmärksammar mentala ohälsotillstånd, som faller utanför vedertagna kategorier.

Wedel betonar att den medicinska antropologin inte bara

studerar alternativa sjukdomsförklaringar, utan även hur globala hälsoskillnader är beroende av strukturella ojämlikheter, som ekonomiska och politiska maktförhållanden.³² Antropologer har bland annat bidragit till att bredda den vetenskapliga debatten om aidssmittan. Genom att flytta fokus från individuella beteenden och ”riskgrupper” till betydelsen av fattigdom och social marginalisering, har man skapat underlag för nya policydiskussioner om aids och andra globala folkhälsoproblem.

HUMANIORA, KONST OCH KULTUR

Det bedrivs idag forskning om kultur och hälsa inom de humanistiska och konstnärliga ämnena vid Göteborgs universitet. I bakgrunden finns den humanistiska tanketraditionen som kretsar kring studiet av mänskliga förhållanden uttryckta i språk och historia, men också konst och estetik.³³ Det utkristalliserade sig på 1800-talet en kultursyn, där vissa konstnärliga uttryck ansågs upphöjda över vardagsnyttan i en symbolisk sfär av fantasi och sinnlighet. Det talades om ”de sköna konsternas” och estetikens potential att skapa annorlunda upplevelser av världen. Även om sådana högtidliga ord blivit anakronistiska, är det ännu vanligt att utifrån en sådan estetisk horisont förstå kultur i form av bland annat litteratur, bildkonst och musik.³⁴

Följaktligen kretsar den humanistiska forskningen inom fältet kultur och hälsa vid Göteborgs universitet kring både kulturella föreställningar och estetiska uttryck. Medan vetenskapsteoretiker koncentrerar sig på den systematiska reflektionen kring det förstnämnda, intresserar sig forskare inom estetiskt orienterade ämnen som litteraturvetenskap, musikvetenskap och konstnärlig forskning vid Akademin Valand också för konsten och populärkulturen som en särskild kunskapskälla om villkoren för mänskligt välbefinnande.

*Kontroverser mellan olika
medicinvetenskapliga perspektiv*

MARGARETA HALLBERG, professor i vetenskapsteori, studerar brytningar mellan olika synsätt inom bland annat det medicinska fältet. Hallberg analyserar utifrån ett så kallat kontroversforskningsperspektiv olika vetenskapliga konflikter, där kunskapen är osäker och forskare företräder motstridiga ståndpunkter. Kontroversforskningen fokuserar mindre sakfrågan än de sociala, politiska, historiska och religiösa faktorer som är avgörande för parternas ställningstaganden och polariserade argumentation. Hallberg anlägger alltså ett metaperspektiv och granskar omtvistade kunskapslägen i ljuset av samhällskulturella sammanhang.

Hallberg har studerat konflikter rörande såväl sexuella övergrepp mot barn som multiresistenta bakteriestammar bland patienter. Hennes första studie inom hälsoområdet rörde införandet av hjärndöd som ett nytt dödsbegrepp i Sverige på 1980-talet.³⁵ Då stred olika auktoriteter om frågan när en människa är död – när hjärtat slutar slå eller hjärnaktiviteten upphör? Om svaret är hjärtdöd blir transplantationer av respiratorbundna personers organ mord i juridisk mening. Om hjärndöd, däremot, är det avgörande, blir det möjligt att dödförklara en person vars kropp hålls vid liv genom teknisk apparatur. Förespråkarna för hjärndöd hade evidens på sin sida för att hjärnans funktioner är avgörande för liv, medan förespråkarna för hjärtdöd lutade sig mot historiska, sociala, religiösa, vardagliga föreställningar om att döden inträffar när hjärtat slutar slå. På så vis framtonade hjärndöd som den vetenskapliga döden och hjärtdöd som den kulturella.

I en annan studie har Hallberg undersökt hur medicinska kunskaper kan ifrågasättas inte bara ”inomvetenskapligt”, utan även av allmänheten, medier, politiker och olika intresseföreningar.³⁶ Forskare och kliniker kan tvingas att offentligt ta ställning i frågor utan entydiga svar eller tillräcklig evidens. En kontrovers rörde frågan om en koppling mellan mässlingsvaccin och

autism, vilket antytts i en artikel i en renommerad tidskrift. Det empiriska stödet för antagandet var svagt, men artikeln fick ett stort medialt genomslag och gav upphov till en omfattande debatt och nedgång i vaccinationstal i stora delar av västvärlden. Hallberg poängterar att det var slående hur olika länder agerade på olika sätt i frågan, liksom hur olika samhällskulturella omständigheter påverkade den medicinska kontroversen och ansträngningarna för att lösa den.

Hallberg anser att några av de mest intressanta frågorna inom vetenskapsteorin kan formuleras i relation till just olika hälso-problematiker och deras kulturella och sociala sammanhang. Medicinskt arbete kan ha ett innehåll som särskilt engagerar och oroar. Det betyder inte att varje fråga inom kultur och hälsa skulle bli kontroversiell eller omdiskuterad, men likväl att det är ett högaktuellt fält för den vetenskapsteoretiska forskningen.

Fiktions om vår tids ohälsa

YVONNE LEFFLER, professor i litteraturvetenskap och ledare för forskningsprogrammet ”Religion, kultur och hälsa” (tillsammans med Marie Demker och Ola Sigurdson), framhåller vikten av ett vidgat hälsobegrepp. Samtidigt som forskningsfältet medicinsk humaniora växer fram i Sverige och andra nordiska länder (se kapitel 3), har diskussionen inom området i stort utgått från läkarvetenskapens traditionella syn på hälsa.³⁷ Men Leffler betonar att vi idag lever i ett samhälle där olika psykiska och livsstilsrelaterade tillstånd står för en betydande del av vad man kan kalla för vår tids ohälsa. Inom området kultur och hälsa är det därför viktigt att ta fasta på att hälsa är något som innebär mer än frånvaro av sjukdom och som rör en människas hela existens.

”Religion, kultur och hälsa” är ett mångvetenskapligt program, som förenar statsvetare, teologer, religionshistoriker, litteraturvetare och filmvetare. På ett övergripande plan studerar man olika typer av föreställningar och berättelser som skapar mening

i tillvaron för människor. Leffler själv undersöker hur populärlitteraturen bekräftar och utmanar etablerade synsätt på välbefinnande. Ett exempel är chic lit – romantiska berättelser om ”kvinnor i kris”. Chick lit-genren är delvis utformad som självhjälpsböcker och ger tips om hur en modern kvinna kan hantera sina privata problem och vända motgång till framgång i yrkeslivet. Leffler lyfter fram chick lit-genren som belysande för hur olika sjukdomar och ohälsotillstånd har en särskild aktualitet vid olika tidpunkter. Medan tbc och syfilis var det sena 1800-talets ”stora” litterära sjukdomar, är dagens litterära ohälsotillstånd närmast depression, stress och känslor av maktlöshet.³⁸

Leffler framhåller att litteraturen inte bara speglar samtidens föreställningar och problem, utan att den även hjälper läsare att hantera tillvaron. Samtidigt som romaner anknyter till samhällsreliga diskurser, utvecklar de läsarens förmåga att se världen ur andra perspektiv. Möjligheten att ta del av ett händelseförlopp ur en fiktiv persons synvinkel gör att läsaren får föreställa sig något som hon inte behöver uppleva själv. Litteraturläsning utgör ett riskfritt sätt att berika sin tillvaro med nya tankar och erfarenheter om hur det är att genomgå till exempel en svår depression.

Enligt Leffler är den mest intressanta litteraturforskningen inom fältet kultur och hälsa studiet av fiktionens betydelse för människors existentiella behov. Det finns inom ämnet ett allmänt ökat intresse för läsares kognitiva och emotionella utveckling, men forskare har också specifikt börjat arbeta med så kallad rehabiliterande läsning eller biblioterapi.³⁹ Man betonar hur läsning kan hjälpa patienter att hantera livskriser eller psykiska problem. På samma gång som detta konkret visar på nyttan hos litteraturen enligt principen ”kultur på recept”, framhåller Leffler värdet av att inte bara undersöka litteraturens instrumentella funktion, utan också hur den utmanar vedertagna föreställningar om innebörden av hälsa och välbefinnande.

LARS LILLIESTAM, professor i musikvetenskap, är intresserad av sambandet mellan musikupplevelser i vardagen, välbefinnande och existentiell hälsa. Genom att lyssna på musik för avslappning, glädje och tröst eller för att känna förankring, hemkänsla och gemenskap kan människor påverka sitt humör och välbefinnande. I boken *Musiken och jag* (2012), som bygger på intervjuer med personer i olika åldrar, diskuterar Lilliestam tillsammans med kollegan Thomas Bossius hur människor genom musiken hanterar både små problem och stora livsfrågor.⁴⁰ Det är uppenbart att musik hänger samman med vår livsbana och identitet, vem man är eller vill vara. Kort sagt, bidrar musiken till människors existentiella hälsa genom att stimulera upplevelser av meningsfullhet, sammanhang och hopp. Detta kan ske i en slags vardaglig självterapi genom att man lyssnar på musik man själv valt, spelar musik eller sjunger.

Det finns en kontaktyta mellan Lilliestams forskningsperspektiv och musikterapi, som är en klinisk disciplin som sedan andra världskriget utvecklats till en omfattande praktik och forskning. Parallellt har musikvetenskapen på senare år genom begreppsbildningar som "musik och hälsa" ("health musicking") fördjupat förståelsen för musiken som en vardaglig berikare av mänskligt välbefinnande. Men även om forskningen om musik och hälsa är väl etablerad i länder som USA, Storbritannien, Tyskland, Danmark och Norge, har insatserna hittills varit begränsade i Sverige.⁴¹ Lilliestam har framförallt verkat inom ramen för det nordiska forskarnätverket "Music, Culture and Health", som sammanställt flera böcker på området.⁴²

Lilliestam poängterar att det finns många dubiösa eller svagt underbyggda tankegångar om den välgörande effekten hos musik. Då skrönor även traderats inom forskningen, är det viktigt med ett kritiskt ifrågasättande och ett sökande efter vetenskapligt grundade förklaringar. Många frågeställningar behöver förfinas och hävdvunna föreställningar omprövas.

För Lilliestam framträder musik och hälsa som ett angeläget forskningsområde i en samtid kännetecknad av ständiga och dramatiska förändringar. Hanteringen av människors känslor av oro, stress och uppgivenhet är inte bara en fråga för vården och medicinen. Det är viktigt att förstå hur människor tänker och reagerar på dessa problem och hur man söker vägar för att bemästra dem. Hur bryter man till exempel negativa tankemönster och känslor av nedstämdhet och pessimism? Hur bearbetar man och försöker bemästra problem och svårigheter? Hur påverkar man människors beteenden för att åstadkomma en hållbar utveckling i framtiden? Sådana frågor påkallar humanistiska perspektiv och samarbeten över vetenskapliga gränser.

Motsträvig konst för samhällets bästa

JOHAN ÖBERG, forskningssekreterare vid den konstnärliga fakulteten och ledare för litterär gestaltning inom Akademien Valand, är intresserad av problemet med den instrumentella syn på konst och kultur som figurerar i bakgrunden till en del satsningar inom området kultur och hälsa: Är konstens främsta funktion verkligen att vara ”nyttig”? Samtidigt urskiljer Öberg en ambivalens. Det är viktigt att, å ena sidan, slå vakt om autonomi hos det konstnärliga uttrycket men, å andra sidan, svårt att bortse från att konsten ingår i ett socialt sammanhang. Ingen önskar ju en ordning, där konstnärligt arbete står utanför alla samhälleliga kontexter, inklusive de kultur- och forskningspolitiska.

Öberg konstaterar att ända sedan kultur och hälsa lanserades som ett policyområde inom forskningen och politiken har frågor rests om dess koppling till konsten. Enligt honom skaver allt konstnärligt arbete av någon halt på ett eller annat sätt mot sociala normer.⁴³ Enkelt uttryckt, passar det till sitt väsen inte in i det befintliga samhället. Konsten och fiktionen – och dess släktingar religionen, riten, mysteriet – har alltid utgjort ett utrymme, där människan har kunnat experimentera med avgörande

frågor i tillvaron. Till exempel kan politiska normer ifrågasättas eller omkastas och föreställningar om det förment främmande störas och upplösas. I denna skenbara onyttta ligger konstens nytta och kraft för samhället och medborgarna.

Men konsten har också alltid varit kopplad till religiösa, politiska och ekonomiska system, som både stöttat och försökt styra den. Till exempel blev den romantiska konsten under 1800-talet integrerad inom det ideologiska ramverket hos nationalstaten – man brukar tala om ”nationalromantiken”. Den modernistiska konsten utgjorde med sin aggressiva radikalitet och nonkonformism en kraft i inte bara motståndet mot utan även utformandet av de olika moderna samhällsprojekten, liberalismen, kommunismen, fascismen, et cetera.

Därför är det, enligt Öberg, inte bara begripligt utan rentav positivt att konstnärer som bjuds in att delta i nya ideologiska projekt – och kultur och hälsa är avgjort ett sådant – ställer kritiska motfrågor: ”är det inte så att det som ni beskriver som kultur och hälsa är något som konsten alltid har hållit på med och som bara kan förlora på att ges en instrumentell och politisk inramning”? Men på samma gång framstår en attityd i stil med ”ge oss en generös kulturpolitik och låt oss vara ifred” för Öberg som kraftlös i sammanhanget. Det är ju omöjligt för konstnärer att verka utanför sin tid och dess idémässiga och materiella förutsättningar. Och en av dessa förutsättningar är avvecklingen eller omgestaltningen av välfärdsstaten och de nya former av prevention som uppstår som en följd av detta. Frågan om kultur och hälsa framstår då, inte minst, som angelägen i ljuset av de biopolitiska teorier som också är aktuella i konstteori och konstdebatt.⁴⁴ Här ingår hälsan onekligen i en maktdiskurs, där stat och marknad utövar en betydande medbestämmanderätt över individernas kroppar och liv. Här finns också mötesplatsen för samtidskonsten och det senmoderna folkhälsoarbetet.

Frågan är närmast hur mötet mellan konstnärer och samhällseliga aktörer ska arrangeras på ett fruktbart sätt. Öberg påpekar att den idag populära beställar-utförar-modellen knappast är att

rekommendera. Det verkar mer rimligt att föreställa sig en mötesplats, där forskare, politiker och konstnärer kan stå som jämberörda parter med utrymme för friktion och ifrågasättanden. En sådan mötesplats kräver noggranna förberedelser. Tid måste finnas för genuin dialog så att parterna kan komma till insikt om de andras avsikter och utgångspunkter. Mötesplatsen måste, kort sagt, ”cureras”, för att låna ett uttryck från den samtida konstscenen – en term som leder tanken också till en ”helande” process för att skapa en relation mellan politik och konst.⁴⁵

EN MÅNGVETENSKAPLIG FRAMTID?

Efter denna redovisning av bredden av forskningsperspektiv inom kultur och hälsa finns det en poäng med att avslutningsvis samla upp gemensamma tankegångar om framtiden för fältet hos de medverkande i kapitlet. Det finns en påtaglig samstämmighet om potentialen hos en forskning uppbyggd kring en mer komplex förståelse av mänsklig hälsa och en utveckling av det tvärvetenskapliga samarbetet. Framställningen visar i sig på glidande gränser och överlappningar i perspektiven mellan de tre stora traditionella fakultetsgrupperingarna humaniora/konst, samhällsvetenskap och naturvetenskap. Indirekt riktar området kultur och hälsa uppmärksamhet mot hur den fackspecialiserade förståelsen av mänskligt välbefinnande just är en historisk konstruktion (se kapitel 1), som man nu på goda grunder omprövar. Samtidigt framhåller flertalet forskarröster som bidragit till kapitlet att möjligheten att stärka forskningsfältet nationellt i hög grad är beroende av förändrade strukturella förutsättningar för skapandet av fruktbara mångvetenskapliga synteser och samarbeten.

En central problematik för många är möjligheten till forskningsanslag. Det finns en farhåga om att mångvetenskaplig forskning inom området kultur och hälsa förblir ett vackert honnörsord från beslutsfattarhåll. När det väl kommer till kritan tenderar forskningsråden att premiera projekt som håller sig

inom traditionella ämnesgränser och som ger snabba, kvantifierbara resultat. Likaså betonar flertalet av de medverkande att den medicinska diskursen är stark och att det kan vara svårt att få gehör för en forskning som går utanför dess gängse ramar. Både kultur och hälsa är begrepp som klingar främmande i kliniska och naturvetenskapliga sammanhang. Det är likaså ord som är behäftade med en komplikationsgrad på så vis att deras mångtydighet inte bara öppnar upp för vidgade perspektiv på människan, utan också gör det svårt att kärnfullt kommunicera vad forskningen egentligen handlar om. Sätillvida har forskare inom fältet kanske högre krav än andra på sig att definiera och legitimera utgångspunkten för sitt arbete.

En konkret komplikation är att projekt som förenar forskare från medicinhall och andra fakulteter skaver mot gängse regler och rutiner för ansökningar av forskningsmedel. Konkurrensen om anslag är idag hård och bedömare måste noga förhålla sig till sina direktiv och befintliga disciplinära kategoriseringar. Överhuvudtaget varierar normerna om vad som är vetenskap drastiskt mellan naturvetenskapliga, humanistiska och samhällsorienterade discipliner och det är svårt för bedömare att värdera kompetenser inom olika ämnestraditioner på samma villkor. Konventionerna för vad som utgör goda meriter skiljer sig markant mellan till exempel medicin och humaniora.

Följaktligen menar många av forskarrösterna i kapitlet att möjligheten att få till stånd projekt inom kultur och hälsa är beroende av strategiska satsningar på nationell nivå, som tar hänsyn till den mångvetenskapliga komplexiteten och som löser upp befintliga strukturella hinder.

På samma gång poängterar flera medverkande att det ligger en utmaning för forskare inom kultur och hälsa att arbeta långsiktigt, engagerat och att så att säga mobilisera sig underifrån. Om det är svårt att få gehör för forskning som bryter ny mark och utmanar traditionella tankesätt, blir det angeläget att kunna påvisa relevansen och styrkan hos fältet. Bollen ligger delvis hos forskarkollektivet, då man själv måste röra sig utanför sin "be-

kvämlighetszon” och samla sig över ämnesgränserna i en större utsträckning än vad som hittills varit fallet. Lika mycket som de givna strukturella ramarna, är framväxten av området kultur och hälsa beroende av en ökad dialog mellan olika discipliner och nyfikenhet på andra vetenskapliga horisonter. För att etablera en grund för framtida mångvetenskaplig forskning måste man våga satsa gemensamt, göra sin röst hörd och – inte minst – bedriva studier som är svåra att bortse från.

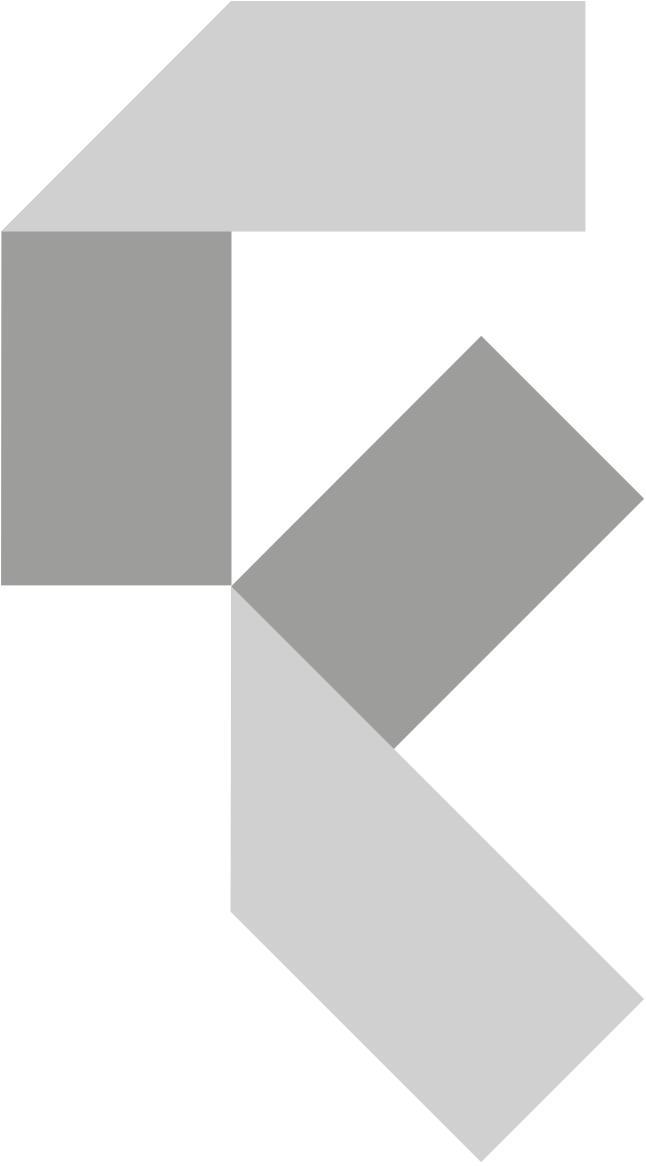
NOTER

1. Se Roger Qvarsell, *Världens idéhistoria*, Stockholm: Carlssons, 1991.
2. Se John Gunnar Mæland, *Hva er helse*, Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
3. Naoyuki Takeuchi och Schin-Ichi Izumi, ”Rehabilitation with Poststroke Motor Recovery: A Review with a Focus on Neural Plasticity”, *Stroke Research and Treatment*, 1:1 (2013).
4. Peter S. Eriksson, Ekaterina Perfilieva, Thomas Björk-Eriksson, Ann-Marie Alborn, Claes Nordborg, Daniel A. Peterson och Fred H. Gage, ”Neurogenesis in the Adult Human Hippocampus”. *Nature Medicine*, 4:11 (1998).
5. Roger S. Ulrich, ”View Through a Window May Influence Recovery from Surgery”, *Science*, 224:4647 (1984).
6. Björn Vickhoff, Helge Malmgren, Rickard Åström, Gunnar Nyberg, Seth-Reino Ekström, Mathias Engwall, Johan Snygg, Michael Nilsson och Rebecka Jörnsten, ”Music Structure Determines Heart Rate Variability of Singers”. *Frontiers in Psychology*, 4:334 (2013).
7. Jfr Luciano Bernardi, ”Dynamic Interactions Between Musical, Cardiovascular, and Cerebral Rhythms in Humans”. *Circulation*, 119:3163-3164 (2009).
8. Helle Wijk (red.), *Vårdmiljöns betydelse*, Lund: Studentlitteratur, 2014.
9. Se Roger Ulrich, ”A Conceptual Framework for the Domain of Evidence-Based Design”, *Herd-Health Environments Research & Design Journal*, 4:1 (2010).
10. Thomas Binder, Giorgio De Michelis, Pelle Ehn, Giulio Jacucci, Per Linde och Ina Wagner, *Design Things*, Cambridge: MIT Press, 2011.

11. Roger Ulrich, *Evidensbas för vårdens arkitektur 1.0: Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön*, Göteborg: Chalmers, 2013.
12. Bruno Latour, *Artefaktens återkomst: Ett möte mellan organisationsteori och tingens sociologi*, översättning: Elisabeth Wennerholm, Stockholm: Nerenius & Santérus, 1998.
13. Henry Ascher (red.), *Mellan det förflutna och framtiden: Asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande*, Göteborg: Centrum för Europaforskning, 2012; Henry Ascher och Anders Hjern (red.), *Från apati till aktivitet: Teori och behandling av flyktingbarn med svår psykisk ohälsa*, Lund: Studentlitteratur, 2013.
14. Lauren Lissner, Annica Sohlström, Elinor Sundblom och Agneta Sjöberg, "Trends in Overweight and Obesity in Swedish Schoolchildren 1999-2005: Has the Epidemic Reached a Plateau?". *Obesity Reviews*, 11:8 (2010). För andra arbeten inom området vid EpiLife, se t.ex. Maria Magnusson, Thorkild I. A. Sørensen, Steingerdur Olafsdottir, Susanna Lehtinen-Jacks, Turid Lingaas Holmen, Berit Lilienthal Heitmann och Lauren Lissner, "Social Inequalities in Obesity Persist in the Nordic Region Despite its Relative Affluence and Equity", *Current Obesity Research*, 2014, <http://link.springer.com/article/10.1007/s13679-013-0087-2#page-1>
15. Qvarsell, *Vårdens idéhistoria*, 1991.
16. Se *Svenska Akademiens Ordbok*.
17. Sören Holmberg och Lennart Weibull, "Kultur befrämjar hälsa", *I framtidens skugga*, Lennart Weibull, Henrik Oscarsson och Annika Bergström (red), Göteborg: SOM-institutet, 2012.
18. Sören Holmberg, Lennart Weibull och Mattias Gunnarsson, "Må bättre av kultur: En personlighetsfråga?", *Vägskaäl*. Lennart Weibull, Henrik Oscarsson och Annika Bergström (red). Göteborg: SOM-institutet, 2013; se Benjamin Chapman, Brent Roberts och Paul Duberstein, "Personality and Longevity: Knowns, Unknowns, and Implications for Public Health and Personalized Medicine", *Journal of Aging Research*, 2011.
19. Se t.ex. Bo Rothstein, *The Quality of Government: Corruption, Social Trust, and Inequality in International Perspective*, Chicago: University of Chicago Press, 2011.
20. Sten-Åke Stenberg, *Född 1953: Folkhemsbarn i forskarfokus*, Umeå: Boréa, 2013.

21. Marie Demker, "From Shared Resources to Shared Values", *Culture, Health and Religion at the Millennium: Sweden Unparadized*, Marie Demker, Yvonne Leffler och Ola Sigurdson (red.), New York: Palgrave Macmillan, 2014. Se också Marie Demker, "Religion och politik är aldrig bara personligt", *Kristen tro i Sverige idag*, Andreas Linderyd och Carl-Henric Svanell (red.), Stockholm: Verbum förlag, 2014 (under utgivning).
22. Robert D. Putnam och David E. Campbell, *American Grace: How Religion Divides and Unites Us*, New York: Simon & Schuster, 2010.
23. Peter Korp, *Hälsopromotion: En sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering*, Göteborg: Göteborgs universitet, diss. 2002.
24. Aaron Antonovsky, "The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion", *Health Promotion International*, 11:1 (1996).
25. Grace Spencer, *Empowerment, Health Promotion and Young People: A Critical Approach*, London: Sage, 2014.
26. Peter Korp, "Problems of the Healthy Lifestyle Discourse", *Sociology Compass*, 4:9 (2010).
27. Johannes Lunneblad, "Tid att bli svensk: En studie av mottagandet av nyanlända barn och familjer i den svenska förskolan", *Tidskrift för nordisk barne-hägeforskning*, 6:7 (2013).
28. Charles Watters, *Refugee Children: Towards the Next Horizon*, London: Routledge, 2008.
29. För en översikt, se Cecil G. Helman, *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*, femte upplagan, Boca Raton, FL: CRC Press, 2007; Michael Winkelmann, *Culture and Health: Applying Medical Anthropology*, Hoboken: John Wiley and Sons, 2009.
30. Lisbeth Sachs, *Tillit som bot: Placebo i tid och rum*, Lund: Studentlitteratur, 2004.
31. Johan Wedel, *Santería Healing: A Journey into the Afro-Cuban World of Divinities, Spirits and Sorcery*, Gainesville: University Press of Florida, 2004.
32. För en diskussion om hur fattigdomsproblem medikaliseras och hur hunger och svält omtolkas till medicinska problem, se Nancy Scheper-Hughes, *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley: University of California Press, 1992.
33. Se Soren Kjørup, *Människovetenskaperna: Problem och traditioner i humanioras vetenskapsteori*, Lund: Studentlitteratur, 2009.
34. Se Johan Fornäs, *Kultur*, Malmö: Liber, 2012.

35. Thomas Brante och Margareta Hallberg, "Brain or Heart? The Controversy over the Concept of Death", *Social Studies of Science*, 21:3 (1991).
36. Fredrik Bragesjö och Margareta Hallberg, *I forskningens närhet: En studie av MPR-kontroversens bakgrund och förvecklingar*, Nora: Nya Doxa, 2009.
37. Se Katarina Bernhardsson, *Litterära besvär: Skildringar av sjukdom i samtida prosa*, Lund: Ellerström, 2010; Hilde Bondevik och Knut Stene-Johansen, *Sykdom som litteratur: 13 utvalgte diagnoser*, Oslo: Unipub forlag, 2011.
38. Se Susan Sontag, *Sjukdom som metafor*, Stockholm: Brombergs, 1981; Karin Johannisson, *Melankoliska rum: Om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*, Stockholm: Bonnier, 2009.
39. Cecilia Pettersson, "Mellan självbekräftelse och självförlömmande", *Läsning: RJs årsbok 2013/2014*, Jenny Björkman och Björn Fjälstad (red.), Göteborg/Stockholm: Makadam, 2013.
40. Lars Lilliestam och Thomas Bossius, *Musiken och jag: Rapport från forskningsprojektet Musik i människors liv*, Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2012; se också Lars Lilliestam, *Musikliv: Vad människor gör med musik – och musik med människor*, Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2009.
41. Se Raymond McDonald, Gunter Kreutz och Laura Mitchell (red.), *Music, Health, & Wellbeing*, Oxford: Oxford University Press, 2012.
42. Se Lars Ole Bonde, Even Ruud, Marie Strand Skånland och Gro Trondalen (red.), *Musical Life Stories: Narratives on Health Musicking*, Oslo: Norges Musikkhøgskole, 2013.
43. Michail Bachtin, *Rabelais och skrattets historia*, översättning: Lars Fyhr, Göteborg: Anthropos, 1986.
44. Se Michel Foucault, "Samhället måste försvaras": *Collège de France 1975–1976*, översättning: Karl Lydén, Stockholm: Tankekraft, 2008.
45. Se Maria Lind (red.), *Performing the Curatorial: Within and Beyond Art*, Berlin: Sternberg Press, 2012.





REDAKTÖRENS EFTERORD

Ola Sigurdson

KULTUR OCH HÄLSA är ett fascinerande område för en forskare. På samma gång som det är stätt i snabb förändring och tillväxt, ger det tillfälle för nytänkande samarbeten mellan olika akademiska discipliner. Likaså har området en uppenbar samhällsrelevans.

Boken presenterar forskningsområdet kultur och hälsa genom att ta upp grundfrågor som vilka innebörder begreppen kultur och hälsa har, hur området har växt fram i Sverige, hur man forskar om kultur och hälsa och om man kan och bör undvika en instrumentalisering av kulturen och konsten. Syftet är att ge en både tillgänglig och fördjupande introduktion till fältet riktad till såväl forskare som beslutsfattare, studenter och yrkesverksamma. För den som vill förkovra sig ytterligare inom området – för den egna forskningen, verksamhetens eller intressets skull – leder boken vidare genom sina rika referenser till forskare, forskningsartiklar och böcker, liksom svenska och internationella centrubildningar och digitala resurser. *Kultur och hälsa: Ett vidgat perspektiv* tillhandahåller en karta med vars hjälp den intresserade själv kan manövrera i fältet.

Men samtidigt som syftet är att ge en initierad och mångsidig bild av området, gör boken inte anspråk på att vara uttömmande. Bokens kapitelförfattare har alla en bakgrund inom de humanvetenskapliga disciplinerna. Detta faktum begränsar inte kapit-

lens möjligheter att beskriva något som även kan kännas igen vid konstnärliga eller medicinska fakulteter. Inte desto mindre finns det anledning att också komplettera boken med infallsvinklar formulerade utifrån en konstnärlig och medicinsk horisont. Det finns vid Centrum för kultur och hälsa planer på ytterligare två antologier med fokus på den konstnärliga praktiken respektive kliniska verksamheten – det är angeläget att presentera kultur och hälsa inte bara som ett mångvetenskapligt fält, utan också utifrån en mångfald av vetenskapliga perspektiv.

Att den här boken har kommit till stånd är tack vare ett antal personer som här ska nämnas utan inbördes ordning: Annica Sjölander, forskningssamordnare vid Centrum för kultur och hälsa och diskussionspartner till det mesta i den här boken; Daniel Brodén, inte bara författare till ett av kapitlen utan också med ett oförtröttligt och delat intresse för detaljer; Katarina Bernhardsson, Gunilla Priebe och Morten Sager, utomordentliga författare till enskilda kapitel med sinne för deadlines; Bengt-Ove Boström, vicerektor vid Göteborgs universitet, styrgruppsordförande för Centrum för kultur och hälsa och ständigt uppmantrande och uppslagsrik; Anders Franck och Eva Staxäng vid Jonsereds herrgård, med osedvanligt många program relevanta för området; Pam Fredman, rektor vid Göteborgs universitet och stor vän av kultur och hälsa; Martin Hellström, prorektor vid Borås Högskola som på flygplatsen i Visby droppade det inledande, medeltida exemplet på kultur och hälsa; Margareta Hallberg, dekan vid Humanistiska fakulteten, Göteborgs universitet, och tillskyndare av den medicinska humanioran; Wilhelm Kardemark, kritisk läsare och forskare och i andra sammanhang medförfattare; Ingrid Elam, dekan vid Konstnärliga fakulteten, Göteborgs universitet, med många synpunkter på konsternas roll i sammanhanget liksom Sartres kommentar om hälsa; Johan Öberg, med sitt kritiska sinne för allt; Olle Larkö och Inger Ekman, dekan respektive centrumföreståndare vid Sahlgrenska akademien med insikter och åsikter om kulturens betydelse; Marie Demker och Yvonne Leffler, medforskare i forsk-

ningsprojektet ”Religion, kultur och hälsa” och mångåriga sam-
talspartners; styrgruppen för Centrum för kultur och hälsa för
viktiga inspel om den här boken; Nils Olsson, litteraturvetare
men i det här sammanhanget sakkunnig bokproducent. Många
andra personer vid Göteborgs universitet, Sveriges riksdag, an-
dra universitet i Sverige och utomlands och olika regionala och
kommunala kultur- och hälsa-aktiviteter, liksom ett antal konst-
närer, författare, arkitekter och musiker har också generöst bi-
dragit med sina erfarenheter och kritiska synpunkter som spelat
in i formuleringen de tankar om kultur och hälsa jag presenterar
i mitt eget kapitel. Liksom vare sig kultur eller hälsa restlöst kan
reduceras till individuella fenomen, så gäller samma sak förfat-
tar- och redaktörsarbetet med denna bok, för vilket jag är utom-
ordentligt tacksam.

KÄLLFÖRTECKNING

MONOGRAFIER, ARTIKLAR OCH RAPPORTER

- Adler, Rolf H., ”Engel’s biopsychosocial model is still relevant today”.
Journal of Psychosomatic Research, 67 (2009), s. 607–611.
- Ahlzén, Rolf, ”Medicinen – en bro mellan de två kulturerna”, *Kroppen i humanioraperspektiv*. Anders Palm och Johan Stenström (red.). Stockholm/Göteborg: Makadam, 2013.
- Ahlzén, Rolf, *Why Should Physicians Read? Understanding Clinical Judgment and its Relation to Literary Experience*. Durham/Karlstad, diss. 2010.
- Ahlzén, Rolf, ”Medical humanities – arts and humanistic science”.
Medicine, Health Care and Philosophy, 10 (2007), s. 385–393.
- Ahlzén, Rolf, Martyn Evans, Pekka Louhiala, Raimo Puustinen, *Medical Humanities Companion, Volume 2: Diagnosis*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2010.
- Angus, John, *A Review of Evaluation in Community-based Art for Health Activity in the UK*. London: Health Development Agency, 2002. www.hda-online.org.uk (131211).
- Antonovsky, Aaron, ”The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion”. *Health Promotion International*, 11:1 (1996).
- Ascher, Henry (red.), *Mellan det förflutna och framtiden: Asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande*. Göteborg: Centrum för Europaforskning, 2012.
- Ascher, Henry och Anders Hjern (red.), *Från apati till aktivitet: Teori och*

- behandling av flyktingbarn med svår psykisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur, 2013.
- Bachtin, Michail, *Rabelais och skrattets historia*. Översättning: Lars Fyhr. Göteborg: Anthropos, 1986.
- Balslem, Howard, Mark Helfand, Holger J. Schünemann, Andrew D. Oxman, Regina Kunz, Jan Brozek, Gun E. Vist, Yngve Falck-Ytter, Joerg Meerpohl, Susan Norris och Gordon H. Guyatt, "GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence". *Journal of Clinical Epidemiology*. 64:4 (2011), s. 401–406. <http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356%2810%2900332-X/fulltext>, (131211).
- Bates, Victoria, Alan Bleakley och Sam Goodman (red.), *Medicine, Health and the Arts: Approaches to the Medical Humanities*. New York: Routledge, 2014.
- Bates, Victoria, och Sam Goodman, "Critical Conversations: Establishing Dialogue in the Medical Humanities", *Medicine, Health and the Arts*, Bates, Bleakley och Goodman, 2014.
- Bernardi, Luciano, "Dynamic Interactions Between, Musical, Cardiovascular, and Cerebral Rhythms in Humans". *Circulation*, 119:3163–3164 (2009).
- Bernhardsson, Katarina, *Litterära besvär: Skildringar av sjukdom i samtida prosa*. Lund: Ellerström, diss. 2010.
- Bernhardsson, Katarina, "Humaniora som komplement: en humanistisk kurs för medicinstudenter", *Pedagogisk inspirationskonferens för HT-området lärare*, Lunds universitet, 2008. Tillgänglig på www.lu.se/o.o.i.s?id=12588&postid=1266937.
- Binder, Thomas, Giorgio De Michelis, Pelle Ehn, Giulio Jacucci, Per Linde och Ina Wagner. *Design Things*. Cambridge: MIT Press, 2011.
- Bjursell, Gunnar, och Lotta Vahlne Westerhäll (red.), *Kulturen och hälsan: Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd*. Stockholm: Santérus förlag, 2008.
- Bohlin, Ingemar, "Systematiska översikter, vetenskaplig kumulativitet och evidensbaserad pedagogik". *Pedagogisk forskning i Sverige*, 15:2/3 (2010), s. 164–186.
- Bohlin, Ingemar, och Morten Sager (red.), *Evidensens många ansikten: Evidensbaserad praktik i praktiken*. Lund: Arkiv förlag, 2011.
- Bojner Horwitz, Eva, *Kultur för hälsans skull*. Stockholm: Gothia förlag, 2011.
- Bonde, Lars Ole, Even Ruud, Marie Strand Skånland och Gro Tronda-

- len, (red.), *Musical Life Stories: Narratives on Health Musicking*. Oslo: Norges Musikkhøgskole, 2013.
- Bondevik, Hilde, och Knut Stene-Johansen, *Sykdom som litteratur: 13 utvalgte diagnoser*. Oslo: Unipub forlag, 2011.
- Bornemark, Jonna, och Fredrik Svenaeus (red.), *Vad är praktisk kunskap?* Stockholm: Södertörns högskola, 2009.
- Bossius, Thomas, och Lars Lilliestam, *Musiken och jag: Rapport från forskningsprojektet Musik i människors liv*. Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2011.
- Bragesjö, Fredrik och Margareta Hallberg, *I forskningens närhet: En studie av MPR-kontroversens bakgrund och förvecklingar*. Nora: Nya Doxa, 2009.
- Brante, Thomas och Margareta Hallberg, "Brain or Heart? The Controversy over the Concept of Death". *Social Studies of Science*, 21:3 (1991).
- Das Breslauer Arzneibuch*: R. 291 der Stadtbibliothek, C. Rülz och E. Rülz-Trosse (red.). Dresden: Friedrich Marschner, 1908.
- Broberg, Gunnar, och Mattias Thydén, *Oönskade i folkhemmet: Rashygien och sterilisering i Sverige*. Stockholm: Gidlund, 1991.
- Broberg, Gunnar, *Statlig rasforskning: En historik över Rasbiologiska institutet*. Lund: Lunds universitet, 1995.
- Brodén, Daniel, "Göteborg får 4,7 miljoner till kultur för äldre", Centrum för Kultur och Hälsa. Nyheter 2013-11-25. Nedladdad från: <http://www.ckh.gu.se/aktuellt/nyheter/fulltext//goteborg-far-4-7-miljoner-till-kultur-for-aldre.cid1194263> (140128).
- Bungay, Hilary, "The effects of participating in creative activities on the health and wellbeing of children and young people: a rapid review of the literature". *Perspectives in Public Health*, 133:1 (2012).
- Bygren, Lars Olov, Benson Boinkum Konlaan, och Sven-Erik Johansson. "Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions". *British Medical Journal*, 313 (1996), s. 1577-1580.
- Bygren, Lars Olov, Sven-Erik Johansson, Benson Boinkum Konlaan, Andrej M. Grjibowski, Anna V. Wilkinson och Michael Sjöström, "Attending cultural events and cancer mortality: A Swedish cohort study". *Arts & Health*, 1:1 (2009), s. 64-73.
- Böttiger, Lars-Erik, och Jörgen Nordenström (red.), *Å herregud, mitt i semestern: En antologi. Möten med sjukdom, lidande och vård*. Stockholm: Karolinska Univ. Press, 1999.

- Böttiger, Lars-Erik, och Jörgen Nordenström (red.), *Den andra verklig-
heten: En antologi*. Stockholm: Karolinska Univ. Press, 2004.
- Cameron, Marsaili, Nikki Crane, Richard Ings och Karen Taylor, "Pro-
moting wellbeing through creativity: how arts and public health
can learn from each other". *Perspectives in Public Health*, 133:1 (2012).
- Camic, Paul M., Stephen Clift och Norma Daykin, "Editorial, The co-
ming of age for arts and health: What we hope to achieve". *Arts &
Health*, 1:1 (2009), s. 3-5.
- Carel, Havi, *Illness*. Stocksfield: Acumen, 2008.
- Cartwright, Nancy, och Jeremy Hardie, *Evidence-Based Policy: A Practical
Guide to Doing it Better*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Chapman, Benjamin P., Brent Roberts och Paul Duberstein, "Persona-
lity and Longevity: Knowns, Unknowns, and Implications for
Public Health and Personalized Medicine". *Journal of Aging Research*,
2011.
- Charon, Rita, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford:
Oxford University Press, 2006.
- Charon, Rita, "Where does narrative medicine come from? Drives, di-
seases, attention, and the body", *Psychoanalysis and Narrative Medici-
ne*, Peter L. Rudnytsky och Rita Charon (red.). Albany: State Uni-
versity of New York Press, 2008.
- Charon, Rita, och Martha Montello (red.), *Stories Matter: The Role of
Narrative in Medical Ethics*. New York: Routledge, 2002.
- Charon, Rita, och Maura Spiegel, "Editors' preface: Of torches, tradi-
tions, pastures, and pride", *Literature and Medicine*, 25:2 (2006), s.
vii-xii.
- Clift, Stephen, Paul M. Camic, Brian Chapman, Gavin Clayton, Nor-
ma Daykin, Guy Eades, Clive Parkinson, Jenny Secker, Theo Stick-
ley och Mike White, "The state of arts and health in England". *Arts
& Health*, 1:1 (2009), s. 6-35.
- Clift, Stephen, "A brief introduction to Arts and health". *Perspectives in
Public Health*, 131:1 (2011).
- Curtius, Ernst Robert, *Europäische Literatur und lateinisches Mittelalter*.
Elfte upplagan. Tübingen/Basel: Francke Verlag, 1993.
- Cuypers. Koenraad Frans, Margunn Skjel Knudtsen, Maria Sandgren,
Steinar Krokstad, Britt Maj Wikström och Töres Theorell, "Cultu-
ral activities and public health: research in Norway and Sweden. An
overview". *Arts & Health*, 3:1 (2011), s. 6-26.

- Dahlgren, Göran och Margaret Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health, Background document to WHO – Strategy paper for Europe*, Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2007:14, ISSN: 1652-120X, ISBN: 978-91-85619-18-4, Stockholm, 1991:11. http://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html (131211).
- Daston, Lorraine, och Peter Galison, *Objectivity*. New York: Zone books, 2007.
- Dear, Peter. *The Intelligibility of Nature: How Science Makes Sense of the World*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
- Demker, Marie, "Religion och politik är aldrig bara personligt". *Kristen tro i Sverige idag*. Andreas Linderyd och Carl-Henric Svanell (red.). Stockholm: Verbum förlag, 2014 (under utgivning).
- Demker, Marie, "From Shared Resources to Shared Values". *Culture, Health, and Religion at the Millennium: Sweden Unparadized*. Marie Demker, Yvonne Leffler och Ola Sigurdson (red.), New York: Palgrave Macmillan, 2014.
- Doctare, Christina, "Nämndes ordet kultur handlade det om bakterier, aldrig om människor och värdegrund", *Kulturen och hälsan*, s. 61–74.
- Drakos, Georg, *Berättelsen i sjukdomens värld: Att leva med hiv/aids som anhörig i Sverige och Grekland*. Eslöv: Symposion, 2005.
- Drakos, Georg, *Makt över kropp och hälsa: Om leprasjukas självförståelse i dagens Grekland*. Eslöv: Symposion, 1997.
- Drakos, Georg, och Lars-Christer Hydén (red.), *Diagnos & identitet*. Stockholm: Gothia, 2011.
- Eagleton, Terry, *The Idea of Culture*. Blackwell Manifestos. Oxford: Blackwells, 2000.
- Eis, Gerhard, *Vom Werden altdeutscher Dichtung: Literarhistorische Proportionen*. Berlin: Erich Schmidt Verlag, 1962.
- Eklöf, Motzi, *Läkarens ethos: Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890-1960*. Linköping: Linköpings universitet, diss. 2000.
- Ekman, Inger (red.), *Personcentrering i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber, 2014.
- Ekström, Anders, och Sverker Sörlin, *Alltings mått: Humanistisk kunskap i framtidens samhälle*. Stockholm: Norstedt, 2012.
- Engel, George, "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine". *Journal of Interprofessional Care*, 4:1 (1989 [1977]), s. 37–53.

- Eriksson, Peter S., Ekaterina Perfilieva, Thomas Björk-Eriksson, Ann-Marie Alborn, Claes Nordborg, Daniel A. Peterson och Fred H. Gage, "Neurogenesis in the Adult Human Hippocampus". *Nature Medicine*, 4:11 (1998).
- Evans, Martyn, "Medical humanities. Stranger at the gate, or long-lost friend?", *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10 (2007), s. 363–372.
- Evans, Martyn, "Reflections on the humanities in medical education", *Medical Education*, 36 (2002), s. 508–513.
- Evans, Martyn, Rolf Ahlznén, Iona Heath och Jane Macnaughton, *Medical Humanities Companion, Volume 1: Symptom*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2008.
- Evans, Martyn, och Ilora G. Finlay (red.), *Medical Humanities*. London: BMJ Books, 2001.
- Everitt, Angela och Ruth Hamilton, *Arts, Health and Community: A Study of Five Community Health Projects*, CAHHM, Durham, 2003. www.dur.ac.uk/cahbm/ (131211).
- Fornäs, Johan, *Kultur*. Malmö: Liber, 2012.
- Foucault, Michel, "Samhället måste försvaras": *Collège de France 1975-1976*. Översättning: Karl Lydén. Stockholm: Tankekraft, 2008.
- Frank, Arthur W., *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press, 1995.
- Fraser, Kimberley Diane och Fatima al Sayah, "Arts-based methods in health research: A systematic review of the literature". *Arts & Health*, 3:2 (2011), s. 110–145.
- Frich, Jan C., Edvin Schei och Knut Stene-Johansen, *På sykeleiet: Sykdom og medicin i litteraturen*. Oslo: Gyldendal, 2004.
- Gadamer, Hans-Georg, *Den gåtfulla hälsan: Essäer och föredrag*. Översättning: Jim Jakobsson. Ludvika: Dualis, 2003.
- Gieryn, Thomas., "Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists". *American Sociological Review*, 48:6 (1983), s. 781–795.
- Gordon, Jill, Jane Macnaughton och Carl Rudebeck, *Medical Humanities Companion, Volume 4: Prognosis*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2013.
- Greenhalgh, Trisha, och Brian Hurwitz (red.), *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. London: BMJ Books, 1998.
- Gunnarson, Martin, och Fredrik Svenaeus (red.), *The Body as Gift, Resource, and Commodity: Exchanging Organs, Tissues, and Cells in the 21st Century*. Stockholm: Södertörns högskola, 2012.

- Gustafsson, Emma. *Konstens betydelse för hälsan*. Region Dalarna; Landstinget Dalarna, 2012.
- Gustafsson Chorell, Torbjörn, och Maja Bondestam (red.), *In på bara huden: Medicinhistoriska studier tillägnade Karin Johannisson*. Nora: Nya Doxa, 2010.
- Göransson, Bengt, "Inledning", *Kulturen och hälsan*, s. 14.
- Hansson, Mats G., *Human dignity and animal well-being: A Kantian contribution to biomedical ethics*. Uppsala: Uppsala Universitet, diss. 1991.
- Hartwell, Heather, "Arts and health, Editorial". *Perspectives in Public Health*, 133 (2013), s. 2.
- Helman, Cecil G., *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*. Femte upplagan. Boca Raton, FL: CRC Press, 2007.
- Helsing, Marie, *Everyday Music Listening: The Importance of Individual and Situational Factors for Musical Emotions and Stress Reduction*. Göteborg: Göteborgs universitet, diss. 2012.
- Holmberg, Sören, och Lennart Weibull, "Kultur befrämjar hälsa", *I framtidens skugga*. Lennart Weibull, Henrik Oscarsson och Annika Bergström (red.). Göteborgs universitet: SOM-institutet, 2012.
- Holmberg, Sören, Lennart Weibull och Mattias Gunnarsson, "Må bättre av kultur: En personlighetsfråga?", *Vägskül*. Lennart Weibull, Henrik Oscarsson och Annika Bergström (red.). Göteborg: SOM-institutet, 2013.
- Hudson Jones, Anne, "Literature and medicine: Traditions and innovations", *The Body and the Text: Comparative Essays in Literature and Medicine*. Bruce Clarke och Wendell Aycock (red.). Lubbock, TX: Texas Tech University Press, 1990.
- Hydén, Lars-Christer, "Illness and narrative", *Sociology of Health and Illness*, 19:1 (1997), s. 48–69.
- Hydén, Lars-Christer, och Jens Brockmeier (red.), *Health, Illness and Culture: Broken Narratives*. London: Routledge, 2008.
- Jersild, Per Christian, *Medicinska memoarer*. Stockholm: Bonnier, 2006.
- Johannisson, Karin, *Melankoliska rum: Om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Stockholm: Bonnier, 2009.
- Johannisson, Karin, *Tecknen: Läkaren och konsten att läsa kroppar*. Stockholm: Norstedt, 2004.
- Johannisson, Karin, *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedt, 1994.
- Johannisson, Karin, *Medicinens öga: Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*. Stockholm: Norstedts, 1990.

- Johannisson, Karin, ”Kultur och hälsa: Två besvärliga begrepp”, *Kulturen och hälsan*, Bjursell och Vahlne Westerhäll, 2008.
- Johannisson, Karin, Ingemar Nilsson och Roger Qvarseell (red.), *Medicinen blir till vetenskap: Karolinska Institutet under två århundraden*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2010.
- Jones, Therese, ”Oh, The Humanit(ies)!: Dissent, Democracy, and Danger”, *Medicine, Health and the Arts: Approaches to the Medical Humanities*. Victoria Bates, Alan Bleakley och Sam Goodman (red.). New York: Routledge, 2014, s. 27–38.
- Jones, Therese, Deleuze Guattari och Lester D. Friedman, *Health Humanities Reader*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2014.
- Jülich, Solveig, *Skuggor av sanning: Tidig svensk radiologi och visuell kultur*. Linköping: Linköpings universitet, diss. 2002.
- Jönsson, Lars-Eric, *Det terapeutiska rummet: Rum och kropp i svensk sjuksjukvård 1850–1970*. Stockholm: Carlsson, 1998.
- Kallenberg, Kjell, Carl Reinhold Bråkenhielm och Gerry Larsson, *Tro och värderingar i 90-talets Sverige: Om samspelet livsåskådning, moral och hälsa*. Örebro: Libris, 1996.
- Kant, Immanuel, *Kritik av omdömeskraften*. Översättning: Sven-Olov Wallenstein. Stockholm: Thales, 2003.
- Kardemark, Wilhelm, *När livet tar rätt form: Om människosyn, genus och hälsa i svenska hälsotidskrifter*. Göteborg: Göteborgs universitet, diss. 2012.
- Kardemark, Wilhelm, och Ola Sigurdson, *Medicinsk humaniora vid Humanistiska fakulteten, Göteborgs universitet: En rapport*. Göteborg: Humanistiska fakulteten, 2014. Finns att ladda ned från <http://hdl.handle.net/2077/35509>.
- Kjørup, Søren, *Människovetenskaperna: Problem och traditioner i humanioras vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur, 2009.
- Konlaan, Benson Boinkum, Lars Olov Bygren, och Sven-Erik Johansson, ”Visiting the cinema, concerts, museums or art exhibitions as determinant of survival: A Swedish fourteen-year cohort follow-up”. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28 (2000), s. 174–178.
- Konlaan, Benson Boinkum, Nina Björby, Lars Olov Bygren, Gösta Weissglas, Lars Göran Karlsson, och M. Widmark, ”Attendance at cultural events and physical exercise and health: A randomized controlled study”. *Public Health*, 114 (2000), s. 316–319.
- Konlaan, Benson Boinkum, Hildegard Theobald, och Lars Olov Bygren, ”Leisure time activity as a determinant of survival: A 26-

- year follow-up of a Swedish cohort”. *Public Health*, 116:4 (2002), s. 227–230.
- Korp, Peter, *Hälsopromotion: En sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering*. Göteborg: Göteborgs universitet, diss. 2002.
- Korp, Peter, ”Problems of the Healthy Lifestyle Discourse”. *Sociology Compass*, 4:9 (2010).
- Kultur för äldre: En inspirationsskrift*, Kulturrådets skriftserie 2012:5. Finns att ladda ned från http://www.kulturradet.se/Documents/publikationer/2012/kultur_aldre_low.pdf (130910).
- ”Kultur på recept: Rapport från pilotprojektet Kultur på recept” (2011) finns att ladda ned från http://www.skane.se/Upload/VardHalsa/Halsoochsjukvardsavd/Sjukskrivningsprojektet/kultur_pa_recept.pdf (130902).
- Latour, Bruno, *Artefaktens återkomst: Ett möte mellan organisationsteori och tingens sociologi*. Översättning: Elisabeth Wennerholm. Stockholm: Nerenius & Santéus, 1998.
- Levi, Ragnar. *Vettigare vård: Evidens och kritiskt tänkande i vården*. Stockholm: Norstedts, 2009.
- Liljefors, Max, Susanne Lundin och Andréa Wiszmeg, *The Atomized Body: The Cultural Life of Stem Cells, Genes and Neurons*. Lund: Nordic Academic Press, 2012.
- Lilliestam, Lars, *Musikliv: Vad människor gör med musik – och musik med människor*. Andra upplagan. Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2009.
- Lind, Maria (red.), *Performing the Curatorial: Within and Beyond Art*. Berlin: Sternberg Press, 2012.
- Lissner, Lauren, Annica Sohlström, Elinor Sundblom och Agneta Sjöberg, ”Trends in Overweight and Obesity in Swedish Schoolchildren 1999–2005: Has the Epidemic Reached a Plateau?”. *Obesity Reviews*, 11:8 (2010).
- Lock, Margaret, och Vinh-Kim Nguyen, *An Anthropology of Biomedicine*. Malden, MA/Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
- Louhiala, Pekka, Iona Heath och John Saunders, *Medical Humanities Companion, Volume 3: Treatment*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2013.
- Lundgren, Britta, *Oväntad död – förväntad sorg: En etnologisk studie av sörjandets processer*. Stockholm: Carlsson, 2006.
- Lundin, Susanne, *Guldägget: Föräldraskap i biomedicinens tid*. Lund: Historiska media, 1997.
- Lundin, Susanne, *Organ till salu*. Stockholm: Natur och kultur, 2014.

- Lunneblad, Johannes, "Tid att bli svensk: En studie av mottagandet av nyanlända barn och familjer i den svenska förskolan". *Tidskrift för nordisk barne-hageforskning*, 6:7 (2013).
- Lynöe, Niels, *Mellan cowboyetik och scoutmoral: Medicinsk forskningsetik i praktiken*. Stockholm: Liber, 1999.
- Lynöe, Niels, och Niklas Juth, *Medicinska etikens ABZ*. Stockholm: Liber, 2009.
- Mæland, John Gunnar, *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
- McDonald, Raymond A. R., Gunter Kreutz och Laura Mitchell, (red.), *Music, Health, & Wellbeing*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Macnaughton, Jane, "Why medical humanities now?", *Medical Humanities*, Evans och Finlay (red.), 2001.
- Macnaughton, Jane, "The humanities in medical education: Contexts, outcomes and structures", *Medical Humanities*, 26:1 (2000), s. 23-30.
- Macnaughton, Jane, Mike White och Rosie Stacy, "Researching the benefits of arts in health". *Health Education*, 105:5 (2005), s. 332-339.
- Magnusson, Maria, Thorkild I. A. Sørensen, Steingerdur Olafsdottir, Susanna Lehtinen-Jacks, Turid Lingaas Holmen, Berit Lilienthal Heitmann och Lauren Lissner, "Social Inequalities in Obesity Persist in the Nordic Region Despite its Relative Affluence and Equity", *Current Obesity Research*, 2014, <http://link.springer.com/article/10.1007/s13679-013-0087-2#page-1> (140205).
- Marcum, James A., *An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine*. Philosophy and medicine, vol. 99. Dordrecht: Springer Netherlands, 2008.
- Mazzarella, Merete, *Den goda beröringen: Om kropp, hälsa, vård och litteratur*. Stockholm: Forum, 2005.
- Mazzarella, Merete, "Om att använda skönlitteratur", *Tidskrift för litteraturvetenskap*, 3 (2001), s. 74-80.
- Medin, Jennie, och Kristina Alexanderson, *Begreppen hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur, 2000.
- Melder, Cecilia, *Vilsenhetens Epidemiologi: En religionspsykologisk studie i existentiell hälsa*. Acta Universitatis Upsaliensis. Psychologia et sociologia religionum 25. Uppsala: Uppsala University Press, 2011.
- Moberg, Åsa, och Torsten Kindström, "Anna Odell ger alla psykiskt sjuka hopp". Debattartikel i *Svenska Dagbladet*, 2009-08-24.
- Montgomery, Kathryn, *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

- Montgomery Hunter, Kathryn, *Doctors' stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton: Princeton University Press, 1991.
- Munthe, Christian, *Livets slut i livets början: En studie i abortetik*. Stockholm: Thales, 1992.
- Nadelhaft, Ruth (red.), *Imagine What It's Like: A Literature and Medicine Anthology*. Honolulu: University of Hawai'i Press, 2008.
- Nilsson, Gabriella, och Kristofer Hansson, "Medicin på kulturens villkor", *Socialmedicinsk tidskrift*, 88:3 (2011), s. 195–198.
- Nilsson, Ingemar, *Själens i laboratoriet: Vetenskapsideal och människosyn i den experimentella psykologins framväxt*. Lund: Doxa, 1978.
- Nilsson, Ingemar, och Hans-Inge Peterson, *Medicinens idéhistoria*. Stockholm: SNS, 1998.
- Nilsson, Skans Kersti, och Torsten Pettersson (red.), *Litteratur som livskunskap: Tvärvetenskapliga perspektiv på personlighetsutvecklande läsning*. Borås: Högskolan i Borås, 2009.
- Ning, Ana M., "How 'alternative' is CAM? Rethinking conventional dichotomies between biomedicine and complementary/alternative medicine". *Health*, 17:2 (2012), s. 135–158.
- Nordenfelt, Lennart, (red.), *Filosofi och medicin: Från Platon till Foucault*. Stockholm: Thales, 2012.
- Nordenfelt, Lennart, *Hälsa och värde: Studier i hälso- och sjukvårdens teori och etik*. Stockholm: Thales, 1991.
- Nordenfelt, Lennart, *Livskvalitet och hälsa: Teori & kritik*. Solna: Almqvist & Wiksell, 1991.
- Nordenfelt, Lennart, *On the nature of health: An action-theoretic approach*. Andra reviderade och utökade upplagan. Dordrecht: Kluwer, 1995.
- Nordenfelt, Lennart, *Samtal om hälsan: En dialog om hälsans natur*. Stockholm: Almqvist & Wiksell medicin/Liber, 1996.
- Nordenfelt, Lennart, "Om medicinens filosofi", *Humanistisk hälsoforskning*. Qvarsell och Torell, 2001.
- Ohnuki-Tierney, Emiko, *Illness and Culture in Contemporary Japan: An Anthropological View*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
- Ousager, Jakob, "Humaniora i lägeuddannelsen: Tradition, mål og middel", *Lægers dannelse: En antologi om skønlitteratur som element i lægeuddannelsen*. Vestergaard, Gormsen och Christiansen, 2012.
- Oxford Research, *Utvärdering av de verksamheter som har fått stöd inom Kulturrådets uppdrag Kultur för äldre*. Stockholm: Oxford Research, 2013.

- Palm, Anders, och Johan Stenström (red.), *Kroppen i humanioraperspektiv*. Stockholm/Göteborg: Makadam, 2013.
- Peabody, Francis W., "The care of the patient". *Journal of Interprofessional Care*, 5:3-4 (1990 [1927]), s. 129-140.
- Persson, Johannes, och Nils-Eric Sahlin (red.), *Risk & Risici*. Nora: Nya Doxa, 2008.
- Petersson, Margareta, och Anette Årheim, "Läkarutbildning och litteratur", *Muntlighetens möjligheter – retorik, berättande, samtal. Sjätte nationella konferensen i svenska med didaktisk inriktning*. Anne Palmér (red.). Umeå: SMDI, 2009. s. 130-141.
- Pettersson, Cecilia, "Mellan självbekräftelse och självförglömmande", *Läsning: RJ:s årsbok 2013/2014*. Jenny Björkman och Björn Fjælstad (red.). Göteborg/Stockholm: Makadam, 2013.
- Priebe, Gunilla, och Catharina Landström, "Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori". *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination*. Maria Henricson (red.). Lund: Studentlitteratur, 2012, s. 31-50.
- Prior, Ross W., "Editorial". *Journal of Applied Arts and Health*, 1 (2010), s. 3-6.
- Putland, Christine, "Lost in translation: The question of evidence linking community-based arts and health promotion". *Journal of Health Psychology*, 13 (2008), s. 265-276.
- Putnam, Robert D. och David E. Campbell, *American Grace: How Religion Divides and Unites Us*. New York: Simon & Schuster, 2010.
- Qvarsell, Roger, *Ordning och behandling: Psykiatri och sjuvård i Sverige under 1800-talets första hälft*. Umeå: Umeå universitet, 1982.
- Qvarsell, Roger, *Utan vett och vilja: Om synen på brottslighet och sjuksjukdom*. Stockholm: Carlsson, 1993.
- Qvarsell, Roger, *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlssons, 1991.
- Qvarsell, Roger, och Ulrika Torell, *Reklam och hälsa: Levnadsideal, skönhet och hälsa i den svenska reklamens historia*. Stockholm: Carlsson, 2005.
- Qvarsell, Roger, och Ulrika Torell (red.), *Humanistisk hälsoforskning: En forskningsöversikt*. Lund: Studentlitteratur, 2001.
- Raw, Anni, Sue Lewis, Andrew Russel och Jane Macnaughton, "A hole in the heart: Confronting the drive for evidence-based impact research in arts and health", *Arts & Health*, 4:2 (2012), s. 97-108.
- Robinson, Howard, "Dualism", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2012 Edition). Edward N. Zalta (red.), nedladdad från:

- <http://plato.stanford.edu/archives/win2012/entries/dualism/>, (131213).
- Romanus, Ragnhild, (red.), *Forskning om kultur & hälsa*. Stockholm: Vetenskapsrådet, 2010. Finns att ladda ned från <http://www.vr.se/download/18.4ab1c26512c1e91c6c080001560/1289577788625/Broschyr+Kultur+o+Hälsa.pdf> (130830).
- Rossholm Lagerlöf, Margaretha, "Konsten är inget instrument". Debattartikel i *Dagens Nyheter*, 2013-10-07.
- Rothstein, Bo, *The Quality of Government: Corruption, Social Trust, and Inequality in International Perspective*. Chicago: University of Chicago Press, 2011.
- Sachs, Lisbeth, *Från magi till bioteknik: Medicinsk antropologi i molekylärbiologins tidevarv*. Lund: Studentlitteratur, 2002.
- Sachs, Lisbeth, *Onda ögat eller bakterier: Turkiska invandrarkvinnors möte med svensk sjukvård*. Lund: Liber förlag, 1983.
- Sachs, Lisbeth, *Sjukdom som ordning: Människan och samhället i gränslandet mellan hälsa och ohälsa*. 2. utg. Stockholm: Natur och kultur, 2012.
- Sachs, Lisbeth, *Tillit som bot: Placebo i tid och rum*. Lund: Studentlitteratur, 2004.
- Sandell, Anci, *Musik för kropp och själ: Modell för interaktiv musikterapi*. Göteborg: Nordiska skolan för folkhälsovetenskap, diss. 2013.
- SBU. *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvård: en handbok*, Version 2012-02-03. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. <http://www.sbu.se/metodbok>, (131213).
- Scheper-Hughes, Nancy, *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press, 1992.
- Sigurdson, Ola, "Sjukdomens kropp: Narrativitet, kroppslighet och relationalitet i medicinsk praktik och omvårdnad", *Kritisk forum för praktisk teologi*, 31 (2011), s. 6–22.
- Sigurdson, Ola, "Vill du bli frisk? Om relationen mellan fysisk, psykisk och existentiell hälsa", *Kulturen och hälsan*, s. 189–218.
- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor, Stöd för styrning och ledning*, 2011, ISBN: 978-91-86885-66-3. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11> (131211).
- Sontag, Susan, *Sjukdom som metafor*. Stockholm: Brombergs, 1981.
- Spencer, Grace, *Empowerment, Health Promotion and Young People: A Critical Approach*. London: Sage, 2014.

- Stenberg, Sten-Åke, *Född 1953: Folkhemsbarn i forskarfokus*. Umeå: Boréa, 2013.
- Stolt, Carl-Magnus, *Medicinen och det mänskliga: Vårdkonst och vardagsetik, humanism och humaniora*. Stockholm: Natur och kultur, 2003.
- Stolt, Carl-Magnus, "Vad är humanistisk medicin?", *Tidsskrift för Den norske legeforening*, 120 (2000), s. 3736-7.
- Svenaesus, Fredrik, *Homo patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*. Stockholm: Tankekraft, 2013.
- Svenaesus, Fredrik, *Sjukdomens mening: Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*. Stockholm: Natur och Kultur, 2003.
- Svenaesus, Fredrik, "Medicinens humaniora: Vad skulle det kunna vara?", *En annan humaniora – en annan tid. Another humanities – another time*. Carl Cederberg och Hans Ruin (red.). Stockholm: Södertörns högskola, 2010.
- Svenska Unescorådet, *Vårskapande mångfald*. Stockholm: Norstedts, 1996.
- Sznewajns, Paul, och Anita B. Boles, "Letter from the president and executive director of the society for the arts in healthcare", *Arts & Health*, 1:1 (2009), s. 1-2.
- Takeuchi, Naoyuki och Schin-Ichi Izumi, "Rehabilitation with Poststroke Motor Recovery: A Review with a Focus on Neural Plasticity". *Stroke Research and Treatment*, 1:1 (2013).
- Tanke och idébok om personcentrerad vård*. Göteborgs universitet. Centrum för personcentrerad vård, 2012.
- Taylor, Charles, *A Secular Age*. Cambridge, MA./London: Belknap, 2007.
- Tenggren Durkan, Jeanette, Irma Lindström och Malin Högberg, "Rapport *Ubuntu*, en pilotutställning om personcentrerad vård". Gothenburg Centre for Patient-Centered Care, Göteborgs universitet, 2012.
- Trautmann, Joanne, "Can we resurrect Apollo?", *Literature and Medicine*, 1:1 (1982), s. 1-18.
- Tännsjö, Torbjörn, *Vårdetik*. Stockholm: Thales, 1998.
- Uchida, Yukiko, and Shinobu Kitayama, "Happiness and Unhappiness in East and West: Themes and Variations", *Emotion*, 9:4 (2009), s. 441-456.
- Ulrich, Roger S., *Evidensbas för vårdens arkitektur 1.0: Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön*. Göteborg: Chalmers, 2013.
- Ulrich, Roger S., "View Through a Window May Influence Recovery from Surgery". *Science*, 224:4647 (1984).
- Ulrich, Roger S., "A Conceptual Framework for the Domain of Eviden-

- ce-Based Design". *Herd-Health Environments Research & Design Journal*, 4:1 (2010).
- Vestergaard, Per, Lise Kristine Gormsen och Karin Christiansen, *Lægers dannelse: En antologi om skönlitteratur som element i lægeuddannelsen*. Aarhus: Philosophia, 2012.
- Vickhoff, Björn, Rickard Åström, Töres Theorell, Bo von Schéele och Michael Nilsson, "Musical Piloerection", *Music and Medicine*, 4:2 (2012), s. 82–89
- Vickhoff, Björn, Helge Malmgren, Rickard Åström, Gunnar Nyberg, Seth-Reino Ekström, Mathias Engwall, Johan Snygg, Michael Nilsson och Rebecka Jörnsten, "Music structure determines heart rate variability of singers", *Frontiers in Psychology*, 4 (2013), s. 1–16.
- Wallin, Kerstin, *Kultur och hälsa: Upptaktsseminarium 18 april 2007*. Anders Franck (red.). Göteborg: Göteborgs universitet, 2007.
- Wallin, Kerstin, *Kulturen och hälsan: Symposium 10 november 2008*. Gunnar Bjursell och Lotta Vahlne Westerhäll (red.). Göteborg: Centrum för kultur och hälsa, Göteborgs universitet, 2008.
- Watters, Charles, *Refugee Children: Towards the Next Horizon*. London: Routledge, 2008.
- Wedel, Johan, *Santería Healing: A Journey into the Afro-Cuban World of Divinities, Spirits and Sorcery*. Gainesville: University Press of Florida, 2004.
- Wijk, Helle, (red.), *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur, 2014.
- Winkelman, Michael, *Culture and Health: Applying Medical Anthropology*. Hoboken: John Wiley and Sons, 2009.
- Winzer, Regina, (red.), *Kultur för hälsa: En exempelsamling från forskning och praktik*. Statens folkhälsoinstitut 2005: 23. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2005. Finns att ladda ned från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12082/r200523kulturforhalsa0510.pdf> (140210).
- Wreford, Gareth, "The state of arts and health in Australia". *Arts & Health*, 2:1 (2010), s. 8–22.
- Aaslestad, Petter, *Pasienten som tekst: Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890-1990*. Oslo: Tano Aschehoug, 1997.

DIGITALA RESURSER

(samtliga hämtade 140206)

1. Universitetscentra, nätverk och projekt

”Association for Medical Humanities”

www.amh.ac.uk/about

Centre for Humanities and Health, King’s College, London

www.kcl.ac.uk/innovation/groups/chh/index.aspx

Centre for Medical Humanities vid Durham University

www.dur.ac.uk/cmh; www.dur.ac.uk/cmh/medicalhumanities

Centrum för kultur och hälsa vid Göteborgs universitet

www.ckh.gu.se

Duke University & School of Medicine

trentcenter.duke.edu

Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling

<http://www.fyss.se>

Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet

<http://www.gpcc.gu.se>

Forum för humanistisk-samhällsvetenskaplig hälsoforskning

www.isv.liu.se/nisal/forskningsnatverk-och-samarbeten/forum-for-humanistisk-samhallsvetenskaplig-halsoforskning?l=sv

Forum för medicinsk etik

www.imh.liu.se/avd_halsa_samhalle/forum-for-medicinsk-etik?l=sv

History of Medicine in Practice, Uppsala universitet

www.idehist.uu.se/digitalAssets/184/184565_3rd-cfp-history-of-medicine-2014.pdf; www.idehist.uu.se/forskning/history-of-medicine-in-practice

Humanistisk medicin, Södertälje sjukhus

www.sodertaljesjukhus.se/Om-oss/Nya-sjukhuslokaler/Humanistisk-medicin

Humanities and Medicine, Lunds universitet

www.sol.lu.se/en/project/90

International Health Humanities Network

www.healthhumanities.org

Infectio, forskningsprojekt

www.hf.uio.no/ilos/forskning/prosjekter/infectio/arkiv/index.html

International Network for Narrative Medicine

www.kcl.ac.uk/innovation/groups/chh/Narrative-Medicine-Conference-/About-the-Narrative-Medicine-conference.aspx

Karolinska institutet, Hagströmerbiblioteket

www.hagstromerlibrary.ki.se; internwebben.ki.se/sv/om-hagstromerbiblioteket

Karolinska institutet, Medicinhistoriskt arkiv

internwebben.ki.se/sv/medicinhistoria

Karolinska institutet, Kungliga tekniska högskolan och Stockholms universitet, etik i samarbete

ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=14785&l=sv

Kokoro Research Center, Kyoto University

<http://kokoro.kyoto-u.ac.jp/en/AboutUs/greetings.html>

Kultur Skåne: Kultur och hälsa – Kultur i vården

http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Kultur-Skane-samlingsnod/Kultur_Skane/Kultur_i_varden/

Kulturrådet

<http://www.kulturradet.se/sv/verksamhet/Kultur-och-halsa/>

Den kulturella hjärnan: Om kultur, lärande och hälsa

<http://www.kulturellahjarnan.se>

Linköpings universitet, etik

www.imh.liu.se/avd_halsa_samhalle/forum-for-medicinsk-etik?l=sv

Literature, Arts, and Medicine Database

litmed.med.nyu.edu

Lunds universitet, Enheten för medicinens historia
www.med.lu.se/klinvetlund/medicinens_historia

Lunds universitet, etik
www.med.lu.se/klinvetlund/medicinsk_etik

Medical Humanities Programmes, sammanställning sites.
google.com/site/edinburghmhrn/resources/programmes

Den musicerande människan
<http://www.musicerandemanniskan.se>

Nordic Network for Philosophy of Medicine and Medical Ethics
www.imh.liu.se/avd_halsa_samhalle/nnpmme/hem?l=en

Nordic Network for Studies in Narrativity and Medicine
narrativityandmedicine.ku.dk

Nordiskt nätverk för humanistisk-samhällsvetenskaplig hälsoforskning
nnhsh.org

Penn State College of Medicine
www2.med.psu.edu/humanities/history

The Program in Narrative Medicine, Columbia University Medical Centre,
www.cumc.columbia.edu/dept/medicine/narrativemed

University of California, San Francisco, School of Medicine
medicalhumanities.ucsf.edu

University of Rochester Medical Center
www.urmc.rochester.edu/medical-humanities

University of Texas Medical Branch at Galvestone
imh.utmb.edu/education

Uppsala universitet, etik
www.pubcare.uu.se/forskning/etik

Wellcome Trust
www.wellcome.ac.uk/Our-vision

2. Tidskrifter

Academic Medicine

journals.lww.com/AcademicMedicine

Annals of Internal Medicine

annals.org

Arts & Health

<http://www.tandfonline.com/toc/rahe20/current>

BMC Medical Education

www.biomedcentral.com/bmcmededuc

Bulletin of the History of Medicine

muse.jhu.edu/journals/bulletin_of_the_history_of_medicine

Hektoen International

www.hektoeninternational.org

Journal of the American Medical Association

jama.jamanetwork.com/journal.aspx

Journal of Applied Arts and Health

<http://www.intellectbooks.co.uk/journals../view-Journal,id=169/>

Journal of Medical Ethics

jme.bmj.com

Journal of Medical Humanities

link.springer.com/journal/10912

Journal of Medicine and Philosophy

jmp.oxfordjournals.org

The Lancet

<http://www.thelancet.com>

Literature and Medicine

www.press.jhu.edu/journals/literature_and_medicine

Läkartidningen

www.lakartidningen.se

Medical Education

[onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1365-2923](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1365-2923)

Medical History

journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=MDH

Medical Humanities

mh.bmj.com

Medicine, Health Care, and Philosophy

link.springer.com/journal/11019

New England Journal of Medicine

www.nejm.org

Social History of Medicine

shm.oxfordjournals.org

Socialmedicinsk tidskrift

www.socialmedicinsktidskrift.se

Sociology of Health and Illness

[onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1467-9566](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1467-9566)

Svensk medicinhistorisk tidskrift

www3.svls.se/sektioner/mhi/tidskrift.html

Theoretical Medicine and Bioethics,

www.springer.com/philosophy/epistemology+and+philosophy+of+s-cience/journal/11017

Tidskrift for Den norske legeforening

tidsskriftet.no

Ugeskrift for Læger

ugeskriftet.dk

FÖRFATTARPPRESENTATION

KATARINA BERNHARDSSON är fil. dr i litteraturvetenskap och verksam vid Lunds universitet. I avhandlingen *Litterära besvär* (2010) studerade hon sjukdomsskildringar i samtida svensk prosa och gav en fyllig introduktion till forskningsområdet Litteratur och medicin. Hon är aktiv som föreläsare inom medicinsk humaniora och undervisar i ämnet på läkarprogrammet vid Lunds universitet. För närvarande studerar hon självbiografiska och biografiska sjukdomsberättelser, så kallade patografier.

DANIEL BRODÉN är fil.dr. i filmvetenskap, postdoktor inom forskningsprogrammet "Religion, kultur och hälsa" och forskningskommunikatör vid Centrum för kultur och hälsa vid Göteborgs universitet. Han disputerade på en kulturanalytisk studie om svensk kriminalfilm och skriver nu om Roy Anderssons filmskapande och fiktion som kritisk tankeform. Brodén var 2013 medredaktör till antologin *I gränslandet: Nya perspektiv på film och modernism*, som kretsar kring mediets potential att störa invanda synsätt och berika tänkandet. Centrala forskningsintressen är modernism och modernitetens omvandlingar, populärfiktion, liksom välfärdsstatens kultur- och mediehistoria.

PAM FREDMAN är professor i neurokemi och sedan 2006 rektor för Göteborgs universitet. Hon har dessförinnan haft flera ledande positioner inom universitetet, bland annat som dekan för den medicinska fakulteten Sahlgrenska akademien. Fredman är vidare ordförande för Sveriges

universitetets- och högskoleförbund, SUHF och har även centrala positioner inom de internationella organisationerna European University Association, EUA, och the International Association of Universities, IAU. Genom åren har hon också varit aktiv i olika vetenskapliga sammanhang, till exempel som styrelseordförande för the European Society of Neurochemistry.

GUNILLA PRIEBE är leg. sjuksköterska och fil.dr. i vetenskapsteori. Hennes forskning utgår ifrån kritisk postkolonial teori och fokuserar på mekanismer och effekter av strukturell diskriminering inom medicinsk forskning och dess tillämplande hälso- och sjukvårdsinstitutioner. Hon undervisar om evidensbaserings vetenskapsteori vid Göteborgs universitet, Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori, och Karolinska institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap.

MORTEN SAGER är universitetslektor i vetenskapsteori vid Göteborgs universitet. Han har fokuserat på forskning om medicinen och dess villkor, framför allt i sin doktorsavhandling om stamcellsforskning från 2005. I efterföljande arbeten har han forskat om evidensbaserad medicin, bland annat i antologin *Evidensens många ansikten* (2011) som han redigerat tillsammans med Ingemar Bohlin. Sager utvecklar och leder också Sveriges första masterutbildning i evidensbaserad medicin.

OLA SIGURDSON är professor i tros- och livsåskådningsvetenskap och föreståndare för Centrum för kultur och hälsa vid Göteborgs universitet. Han har publicerat ett femtontal böcker, främst inom systematisk teologi och politisk filosofi, på svenska och internationella förlag, senast *Theology and Marxism in Eagleton and Žižek: A Conspiracy of Hope* (2012). Han är dessutom aktiv som kulturskribent. För närvarande forskar han på relationen mellan humor och teologi med fokus på tysk idealism, men även på olika filosofiska frågeställningar inom medicinsk humaniora.

PERSONREGISTER

- Adelsohn Liljeroth, Lena 19
Adler, Rolf H. 83
Ahlzén, Rolf 93 f., 97, 113, 122, 124 f.,
131, 135
Alexandersson, Kristina 51, 83 f.
Angus, John 73, 82, 84, 87
Antonovsky, Aaron 167
Ascher, Henry 138, 145–147, 166
Ayer, A. J. 85, f.
Bachtin, Michail 168
von Bahr, Gunilla 20
Balshem, Howard 87
Bates, Victoria 124, 127, 130, 132, 134
Benesch, Henric 138, 144 f.
Bernardi, Luciano 165
Bernhardsson, Katarina 20, 91–135, 168
Binder, Thomas 165
Bjursell, Gunnar 19–21, 23, 50, 135
Bohlin, Ingemar 86, 88, 128
Bojner Horwitz, Eva 37, 52
Boles, Anita B. 83
Bonde, Lars Ole 168
Bondestam, Maja 128
Bondevik, Hilde 113, 131, 168
Bornemark, Jonna 128
Bossius, Thomas 38 f., 45, 52, 160, 168
Bragesjö, Fredrik 107, 128, 168
Brante, Thomas 168
Broberg, Gunnar 109, 128
Brockmeier, Jens 127
Brodén, Anne Marie 18
Brodén, Daniel 85, 137–168
Brozek, Jan 87
Bråkenhielm, Carl Reinhold 52
Bungay, Hilary 85
Böttiger, Lars-Erik 130
Cameron, Marsaili 87
Camic, Paul M. 83, 85 f.
Campbel, David E. 167
Carel, Havi 32, 51
Carlsson, Arvid 19
Carnap, Rudolf 85 f.
Cartwright, Nancy 88
Chapman, Benjamin 166
Chapman, Brian 85
Charon, Rita 114 f., 118, 125, 130–132, 134
Christiansen, Karin 126
Clayton, Gavin 85
Clift, Stephen 82–87
Crane, Nikki 87
Curtius, Ernst Robert 49
Dahlgren, Göran 87

- Dahlquist, Lasse 27
 Daston, Lorraine 86
 Daykin, Norma 83, 85 f.
 Dear, Peter 83, 88
 Demker, Marie 22 f., 138, 150 f., 158, 167
 Descartes, René 57, 83
 Doctare, Christina 25, 50
 Drakos, Georg 110, 129 f.
 Eades, Guy 85
 Eagleton, Terry 25, 50
 Eis, Gerhard 49
 Ekman, Inger 50
 Eklöf, Motzi 129
 Ekström, Anders 95, 122, 125, 135
 Elam, Inger 52
 Engel, George 83
 Eriksson, Peter 165
 Evans, Martyn 91–94, 99, 104, 118, 124, 126 f., 134 f.
 Everitt, Angela 84
 Falck-Ytter, Yngve 87
 Finlay, Ilora G. 134
 Fornäs, Johan 167
 Foucault, Michel 168
 Frank, Arthur W. 106, 115, 127, 132
 Fraser, Kimberley Diane 84–86
 Fredman, Pam 7–9, 19 f.
 Frich, Jan 131
 Friedman, Lester D. 135
 Fröst, Peter 138, 144 f.
 Gadamer, Hans-Georg 31 f., 51
 Galenos 12
 Galison, Peter 86
 Gieryn, Thomas 69, 77, 85 f., 88
 Goodman, Sam 124, 127, 130, 134
 Gormsen, Lise Kristine 126
 Gordon, Jill 135
 Greenhalg, Trisha 131, 134
 Gunnarson, Martin 166
 Gustafsson, Emma 84
 Gustafsson Chorell, Torbjörn 128
 Guyatt, Gordon H. 87
 Göransson, Bengt 20, 50
 Hagen, Günther von 103
 Hallberg, Margareta 107, 128, 139, 157 f., 168
 Hamilton, Ruth 84
 Hammarlund, Ingrid 52
 Hansson, Kristoffer 129
 Hansson, Mats G. 106, 127
 Hardie, Jeremy 88
 Harris, Emmylou 33
 Hartwell, Heather 87
 Heath, Iona 135
 Helfand, Mark 87
 Helman, Cecil G. 37 f., 52, 167
 Helsing, Marie 38, 52
 Hjern, Anders 166
 Holmberg, Sören 22, 37, 50, 138, 149 f., 166
 Hudson Jones, Anne 112, 130
 Hurwitz, Brian 188, 131, 134
 Hydén, Lars-Christer 106, 127, 130
 Högberg, Malin 85
 Ibn-Sina 12
 Ings, Richard 87
 Izumi, Schin-Ichi 165
 Jarlbro, Gunilla 16
 Jersild, P.C. 96, 125
 Johannisson, Karin 20 f., 25, 47 f., 52, 108 f., 128 f., 168
 Johansson, Göran 19
 Jones, Therese 132, 135
 Juth, Niklas 127
 Jülich, Solveig 129
 Jönsson, Lars-Eric 110, 129
 Kallenberg, Kjell 52
 Kant, Immanuel 13, 49
 Kardemark, Wilhelm 47, 52, 94, 107, 124, 128, 133
 Kindström, Torsten 84
 Kitayama, Shinobu 28 f., 51

Kjørup, Søren 167
 Korp, Peter 139, 151–153, 167
 Kunz, Regina 87
 Landström, Catharina 85 f.
 Larsson, Gerry 52
 Larsson, Maria 19
 Latour, Bruno 166
 Leffler, Yvonne 22 f., 139, 150, 158 f.
 Levi, Ragnar 87
 Lewis, Sue 85 f.
 Liljefors, Max 129
 Lilliestam, Lars 38 f., 45, 50, 52, 139,
 160 f., 168
 Lind, Maria 168
 Lindén, Thomas 138, 140 f.
 Lindström, Irma 85
 Lissner, Lauren 138, 147 f., 166
 Lock, Margaret 51
 Louhiala, Pekka 135
 Lundin, Susanne 110, 129
 Lundgren, Britta 110, 129
 Lundqvist-Brömster, Maria 18
 Lunneblad, Johannes 139, 153 f., 167
 Lynøe, Niels 106, 127
 McDonald, Raymond 168
 Macnaughton, Jane 84–86, 118, 126, 135
 Magnusson, Maria 166
 Marcum, James A. 83
 Mazzarella, Merete 112 f., 125, 130
 Medin, Jennie 51, 83 f.
 Meerpohl, Joerg 87
 Melder, Cecilia 51
 Moberg, Åsa 84
 Montello, Martha 115, 132, 134
 Montgomery Hunter, Kathryn 113 f., 131
 Mozart, W. A. 26, 142
 Munthe, Christian 106, 127
 Mæland, John Gunnar 165
 Nadelhaft, Ruth
 Nilsson, Gabriella 129
 Nilsson, Ingemar 109, 125, 128 f.
 Nilsson, Michael 38, 165
 Nilsson, Skans Kersti 132
 Ning, Ana M. 87
 Nguyen, Vinh-Kim 51
 Nordenfelt, Lennart 51, 197, 128
 Nordenström, Jörgen 130
 Norris, Susan 87
 Odell, Anna 84
 Ohnuki-Tierney, Emiko 51
 Ousager, Jakob 98 f., 126
 Oxman, Andrew D. 87
 Pagrotsky, Leif 16
 Palm, Anders 101, 135
 Parkinson, Clive 85
 Peabody, Francis W. 60, 84
 Persson, Johannes 127
 Peterson, Hans-Inge 129
 Petersson, Margareta 98, 100, 113, 125 f.
 Pettersson, Cecilia 168
 Pettersson, Torsten 132
 Popper, Karl 85 f.
 Priebe, Gunilla 40, 55–88, 99
 Prior, Ross W. 86, 88
 Puustinen, Raimo 135
 Putland, Christine 87 f.
 Putnam, Robert D. 167
 Qvarsell, Roger 109, 116, 127–129, 132,
 135, 165 f.
 Raw, Anni 85–87
 Robinson, Howard 83
 Romanus, Ragnhild 49
 Rossholm Lagerlöf, Margareta 75 f., 88
 Rothstein, Bo 166
 Rudebeck, Carl 135
 Russel, Andrew 85 f.
 Sachs, Lisbeth 110 f., 130, 167
 Sager, Morten 40, 55–88, 99, 128
 Sahlin, Nils-Eric 106, 127
 Sandell, Anci 52
 Sartre, Jean-Paul 36, 46, 48
 Saunders, John 135

al Sayah, Fatima 84–86
 Schei, Edvin 131
 Scheper-Hughes, Nancy 167
 Schünemann, Holger J. 87
 Secker, Jenny 85
 Sigurdson, Ola 11–52, 57, 94 f., 124, 133,
 137, 150, 158, 171–173
 Sjölander, Annica 23
 Sontag, Susan 168
 Spencer, Grace 167
 Spiegel, Maura 130
 Stacy, Rosie 84
 Stenberg, Sten-Åke
 Stene-Johansen, Knut 113 f., 131, 168
 Stenström, Johan 124, 135
 Stenström, Tua 65
 Stickley, Theo 85
 Stolt, Carl-Magnus 122, 132, 135
 Svenaeus, Fredrik 46, 51 f., 92–94, 107,
 111, 124, 128 f.
 Sznawajs, Paul 83
 Sörlin, Sverker 95, 122, 125, 135
 Takeuchi, Naoyuki 165
 Taylor, Charles 36, 51
 Taylor, Karen 87
 Tenggren Durkan, Jeanette 85
 Theorell, Thöres 16, 21
 Thydén, Matthias 128
 Torell, Ulrika 116, 127, 129, 132, 134
 Trautmann, Joanne 130
 Tännsjö, Torbjörn 106, 127
 Uchida, Ukiko 28 f., 51
 Ullén, Fredrik 17, 44
 Ulrich, Roger 165 f.
 Vahlne Westerhäll, Lotta 20, 50, 135
 Vastyán, E. A. 132
 Vestergaard, Per 126
 Vickhoff, Björn 38, 50–52, 138, 141–143,
 165
 Vist, Gun E. 87
 Wallin, Kerstin 19, 21, 50
 Watters, Charles 167
 Wear, Deleese 135
 Weatherall, David 83
 Wedel, Johan 139, 154–156, 167
 Weibull, Lennart 22, 37, 50, 138, 149 f.,
 166
 White, Mike 84 f.
 Whitehead, Margaret 87
 Wijk, Helle 138, 143 f., 165
 Wikström, Britt-Maj 84
 Winkelman, Michael 167
 Winzer, Regina 49, 83, 85 f., 88
 Wiszmeg, Andréa 129
 Wreford, Gareth 83, 85, 87 f.
 Ärheim, Anette 126
 Aaslestad, Petter 113, 131
 Öberg, Johan 139, 161–163

