

*KULTUR
OCH
HÄLSA*

I PRAKTIKEN

*OLA SIGURDSON &
ANNICA SJÖLANDER
[RED.]*

KULTUR OCH HÄLSA I PRAKTIKEN

LIR.SKRIFTER.VARIA

©INSTITUTIONEN FÖR LITTERATUR,

IDÉHISTORIA OCH RELIGION,

GÖTEBORGS UNIVERSITET 2016

FORM: JENS ANDERSSON

TRYCK: BULLS GRAPHICS, HALMSTAD, 2016

ISBN: 978-91-88348-72-2





*KULTUR
OCH
HÄLSA
I PRAKTIKEN*

*OLA SIGURDSON OCH
ANNICA SJÖLANDER [RED.]*



GÖTEBORGS UNIVERSITET
CENTRUM FÖR KULTUR OCH HÄLSA

INNEHÅLL

7 *FÖRORD*

Annica Sjölander och Ola Sigurdson

13 *KULTUR OCH KLINIK*

Henrik Sjövall

21 *KULTUR PÅ RECEPT FÖR ATT
FÖRÄNDRA SIG SJÄLV*

Georg Drakos

49 *VILKA SAMBAND SER VI MELLAN
KULTURAKTIVITETER OCH HÄLSA?*

Töres Theorell och Fredrik Ullén

65 *OM HÄLSA OCH MENINGEN MED TRÄNING*

Wilhelm Kardemark

91 *VÅRDMILJÖNS BETYDELSE FÖR HÄLSA
OCH VÄLBEFINNANDE*

Helle Wijk

115 *VACKRA VÅRDBYGGNADER LÄKER*

Stefan Lundin och Peter Fröst

131 *TRÄDGÅRDAR OCH PSYKIATRI
– HJÄLP FÖR KROPP OCH SJÄL*

Jarl Torgerson

151 OM KONSTEN ATT RONDA

Valdemar Erling

175 HUR LITTERATUREN BRÖT SIG IN
I MIN LÄKARPRAKTIK

Björn Landström

193 DRAMA OCH LÄRANDE I VÅRDUTBILDNINGAR

Margret Lepp

207 KAMERAN SOM VERKTYG FÖR DELAKTIGHET
OCH INFLYTANDE I SKOLAN

Linda Sternö

231 EL SISTEMA – MÖJLIGHETER OCH HINDER
FÖR SOCIAL INKLUDERING

Åsa Bergman och Monica Lindgren

247 FILM OCH EXISTENTIELL HÄLSA

Tomas Axelson

271 MUSIKLYSSNING OCH HÄLSA

Lars Lilliestam

298 KÄLLFÖRTECKNING

322 FÖRFATTARPPRESENTATIONER

326 PERSONREGISTER



FÖRORD

Annica Sjölander och Ola Sigurdson

KULTUR OCH HÄLSA är ett gränsöverskridande område som spänner över en mängd olika ämnen och verksamheter. Att området är stort och omfattande har till stor del att göra med vad som ryms inom begreppen kultur och hälsa. När det gäller kultur kan vi dels prata om det estetiska kulturbegreppet, där vi främst avser olika konstformer som konst, teater, dans, musik och litteratur, dels om det antropologiska kulturbegreppet som handlar om socialt överförda levnadsmönster. Likadant gäller för begreppet hälsa som av Världshälsoorganisationen definieras som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet.

Intresset för kultur och hälsa är stort och det visar sig inte minst i det omfattande arbete som bedrivs inom området. Runt om i landet finns åtskilliga verksamheter som aktivt arbetar med kultur och hälsa. Det rör sig om arbete såväl inom kommun och landsting som inom skola och utbildning. Det visar sig även i de folkhälsopolitiska målen där kulturens betydelse för hälsan betonas. Precis som i flera andra län betonar också Västra Götalandsregionen detta genom att 2016 göra en riktad satsning på kultur inom vård och hälsa. Det blir därför allt viktigare att ta tillvara på den kunskap som skapas inom dessa verksamheter och att möjliggöra utbyte av erfarenheter.

Avsikten med vår antologi *Kultur och hälsa i praktiken* är dels att ge en presentation av hur man har arbetat eller kan arbeta med kultur och hälsa inom olika verksamhetsområden som hälso- och sjukvård och utbildning, men också hur detta kommer in i människors vardag på olika sätt. Vi skall presentera några av de projekt och verksamheter som Centrum för kultur och hälsa varit involverade i som exempel på gränsöverskridande samarbeten mellan praktik och forskning, men också andra projekt som pågår runt om i landet. Det kommer att handla om hur drama kan användas i sjuksköterskeutbildningen, hur en kör- och orkesterskola kan verka för ökad integration, hur en vacker vårdmiljö påverkar tillfrisknandet och livskvalitén och hur naturen bidrar till återhämtning, men även hur sjuksköterskan, läkaren och patienten kan mötas på en jämbördig nivå vid ett vårdsamtal och hur läkaren hanterar sin läkarroll. Det kommer också att handla om personlig träning och vad det är för mening med att träna, vad musik och film har för betydelse i människors liv, och hur kameran och bilden kan vara ett verktyg för delaktighet och inflytande. Vi vill att antologin ska bidra till kunskapsspridning om detta pågående arbete – hur kulturens positiva effekter konkret kan användas och tillämpas i olika verksamheter. Vi är alltså intresserade av såväl de sociala konsekvenserna av kulturutövning som av hur man i olika kulturella och sociala sammanhang väljer att använda sig av kultur. Antologin består av fjorton kapitel som var och ett beskriver praktiska verksamheter utifrån aktuell forskning. Med andra ord är det de medicinska, pedagogiska, sociala och estetiska praktikerna som står i fokus.

Den röda tråden utgörs inte av inte något specifikt vårdområde, inte av någon specifik akademisk disciplin eller en viss kulturyttring, utan motiveras av att vi vill visa hur kultur och hälsa tar gestalt i praktiken. Med ”praktiken” menar vi både hur arbete med kultur och hälsa kan se ut i praxis – till skillnad från i teorin – och i en specifik plats för verksamhet – men då inte bara läkarpraktiken, utan också gymmet, klassrummet, vardagsmusikandet, psykiatrin, sjukhusmiljön, filmtittandet med mera. Urvalet är

givetvis långt ifrån komplett, men förhoppningsvis representativt i den bemärkelsen att det ger en blick för mångfalden av tillämpningsområden. Ytterligare ett kriterium har väglett vårt urval: att kapitelförfattarna inte bara är förankrade i ett eller annat konkret verksamhetsområde, utan också i akademisk forskning. Nyckeln till ett framgångsrikt och ansvarsfullt arbete med kultur och hälsa i praktiken är att det står med ena benet i praktiken och det andra i forskning. Som varje god praktiker vet behöver vi inte bara ”göra” utan också ”reflektera” över vad vi gör för att kunna göra det ännu bättre. Som en mycket konkret illustration av hur ”göra” och ”reflektera” hör samman inleds hela antologin med en personlig reflektion vunnen ur egen erfarenhet av överläkaren – tillika styrgruppsordföranden för vår centrubildning – Henrik Sjövall.

Antologin *Kultur och hälsa i praktiken* är den andra antologin i en serie av tre som produceras av Centrum för kultur och hälsa. Den första antologin *Kultur och hälsa – ett vidgat perspektiv* gavs ut 2014 och syftar till att belysa sambandet mellan kultur och hälsa ur ett mer teoretiskt perspektiv; den presenterar olika sätt att närma sig kultur och hälsa ur ett forskningsperspektiv. Denna första antologi skapar en överblick över den mångfald av olika verksamheter som kan kallas för kultur och hälsa, eller med andra ord ritar den en karta som beskriver hur detta område ser ut i Sverige. Ett övergripande syfte är i denna första bok att visa hur man kan manövrera som forskare utan att gå vilse i mångtydigheten hos både begreppet kultur och begreppet hälsa. I den första antologin presenterar vi också två internationella inriktningar som anknyter till kultur och hälsa – som är en specifikt svensk benämning på området – men som arbetar med delvis olika infallsvinklar: ”medical humanities” eller ”medicinsk humaniora” samt ”arts and health” eller ”konst och hälsa”. Frågor som kulturens egenvärde, kultur och hälsa i historien och hur man evidensbaserar kultur och hälsa behandlas också av boken. I sista kapitlet presenterar sjuutton forskare med koppling till Göteborgs universitet sina perspektiv på hur kultur och hälsa relaterar till medicin

och vård, samhälle och livsvillkor och idéer och estetik. Den tredje antologin – som i skrivande stund är på projektstadiet – går under arbetsnamnet *Konst och hälsa* och i den kommer konstnärer, förmodligen i både ord och bild, reflektera över och gestalta hälsa och sjukdom. *Konst och hälsa* kommer således utgöra den avslutande delen av denna boktrilogi. Tillsammans med denna antologi, *Kultur och hälsa i praktiken*, hoppas vi att de skall kunna utgöra en orienteringshjälp i arbetet med kultur och hälsa, i praktik och forskning, men också en inspiration.

Antologin *Kultur och hälsa i praktiken* är producerad inom verksamheten Centrum för kultur och hälsa vid Göteborgs universitet, vars uppdrag är att stimulera till forskning och utbildning, samt sprida kunskap inom området kultur och hälsa. *Kultur och hälsa i praktiken* riktar sig praktiker, forskare, beslutsfattare, kulturutövare, journalister och hälso- och sjukvårdspersonal med flera, men kan också med fördel läsas av en bred och intresserad allmänhet. Vi hoppas att du som läsare kommer bli inspirerad och få kunskap om aktuell forskning och om hur praktiskt arbete inom området kultur och hälsa kan se ut.





KULTUR OCH KLINIK

Henrik Sjövall

JAG ÄR LÄKARE och har träffat väldigt många patienter genom åren. Därmed har jag samlat på mig en hel del klinisk erfarenhet. Det vi kallar klinisk erfarenhet handlar väsentligen om mönsterigenkänning. Men vad är det?

Den nobelprisbelönte psykologen Daniel Kahnemann hävdar i sin omtalade bok *Tänka, snabbt och långsamt* att den mänskliga hjärnan har två arbetssätt som han kallar snabbt och långsamt tänkande.¹ Det långsamma tänkandet är det vi idag lär ut i skolan: faktabaserat, logiskt, bit läggs till bit tills vi får ihop ett budskap. Tråkigt, jobbigt, tidskrävande, men resultatet brukar som regel bli rätt. Det snabba tänkandet handlar istället om just mönsterigenkänning, där man snabbt förnimmer ett komplext mönster och sedan bestämmer sig för vad det handlar om, till exempel genom att känna igen ett ansikte. Det går fort, är behagligt och kan – tyvärr – leda en till helt fel planet!

Enligt filosofen Immanuel Kant måste den empiriska verkligheten översättas av vår erfarenhet till något vi kan greppa och hantera, bland annat uttryckt i kategorierna tid och rum. Med andra ord kan vi säga att människan är försedd med ett slags filtrerande och paketerande glasögon. När vi skall tolka och paketera komplex klinisk information, alltså när vi snabbt skall känna igen ett mönster i en klinisk situation och ställa diagnos, behöver vi inte bara ha

så bra glasögon som möjligt, vi behöver också reflektera över vad det betyder att bearbeta klinisk information, alltså det faktum att vi alla bär glasögon av ett eller annat slag.

Det här kapitlet, som främst är baserat på insikter jag vunnit ur min kliniska erfarenhet, kommer att handla om mönsterigenkänning av komplex klinisk information, där patientens och läkarens egen kulturella bakgrund och kompetens blir en mycket viktig filtreringsfaktor.

SAMMA SYMPTOM, TVÅ BEHANDLINGAR

Jag har inte bara länge arbetat som praktiserande läkaren, utan också mycket med läkarutbildning, och en situation när det där med "kulturell filtrering" blev tydligt för mig var när jag för många år sedan handledde en student på akutintaget på Sahlgrenska sjukhuset. Då liksom nu tvingas man där arbeta under hård tidspress på grund av stora patientflöden, och jag ansågs "snabb" eftersom jag hade lätt för att bestämma mig. Jag var inne hos två patienter med snarlika symptom, andfåddhet. Den ena patienten lade jag i princip in rakt av, den andra fick en lugnande klapp på axeln och uppmaningen att åka hem och sova. Studenten stoppade mig i korridoren: "Vad i helsike sysslar du med, de hade ju ungefär samma symptom, den ena lade du in och den andra skickade du hem – hur tänker du?"

Ja, hur tänkte jag? Den första patienten var en lantbrukare från Skaraslätten som skickats in av sin hustru. Han bad nästan om ursäkt för att han var där: "Det är nog inte så farligt, det ger sig säkert om jag bara får vila lite" På en direkt fråga kom det fram att hans andfåddhet hade pågått ett tag, ofta kommit i attacker, att han hade varit tvungen att sätta sig, att han inte orkade bära lika tungt som tidigare, et cetera. Det där fick jag i princip krama ur honom. Jag hittade inget speciellt i min kroppsundersökning, men lade in honom med arbetsdiagnosen oklar andfåddhet, tog prover och gjorde undersökningar för att utesluta allvarliga orsaker som hjärtsvikt,

lungembolier, annan lungsjukdom med mera. Jag bad också avdelningsjouren ta en titt på honom när provsvaren flutit in. Mannen var inte pigg på inläggning, men gav med sig till sist.

Den andra patienten var en ångestfylld dam från en av våra ekonomiskt mer välmående stadsdelar. Ångesten fyllde rummet när jag kom in. Troligen var hon påverkad av någon typ av sömnmedicin. Jag fick väldigt diffusa svar på direkta frågor om andfåddhetens karaktär, de flesta svaren bedömde jag vara ett uttryck för oro. Inte heller här hittade jag något särskilt i hennes status. Då bestämde jag mig direkt för att detta var ett ångestsyndrom, och sade det till henne på ett vänligt sätt. Tog dock för säkerhets skull ett kapillärt blodvärde (Hb) som visade sig vara normalt, innan jag skickade hem henne efter ett kort stödsamtal med rekommendation om att kontakta sin vårdcentral för diskussion kring hennes ångestproblematik.

Facit? Lantbrukaren visade sig ha en prostatacancer och andfåddhetsepisoderna berodde troligen på små proppar i lungorna. Han fick blodförtunnande läkemedel och hans prostatacancer omhändertogs (jag undersökte aldrig hans prostata nere på akutintaget). Kvinnan hörde jag aldrig mer av, vilket talar för att jag hade rätt i min bedömning.

Nu gör vi ett tankeexperiment: antag att de där två patienterna hade kommit från en annan kultursfär, till exempel ett muslimskt eller hinduiskt land – hade jag då kunnat fatta den här typen av snabba beslut? Troligen inte. Hur kroppsliga besvär uttrycks varierar kraftigt mellan olika kulturer, och här finns också stora könsskillnader. Könsskillnader har vi även i vår egen kultur, om än kanske mer förr: ”Det är inte så farligt...”. Kvinnor kunde gå med mycket svåra symptom, särskilt från gynsfären, innan de sökte läkare. Det där mönstret finns kvar i länder med låg inkomst där man kan se fall av långt framskriden cancer, som måste ha varit solklart symptomgivande under lång tid, utan att de sökt. Att söka för ”banaliteter” som diffusa smärtor, myrkrypningar, oro för utslag, et cetera finns inte på kartan. Ofta är det de anhöriga som skickar in patienterna, och de följer ofta med och tar hand om dem under

en eventuell vårdtid. Det de förväntar sig är behandling och så fort de är arbetsföra igen skriver de ut sig och slutar som regel med sina mediciner. ”Någon måste ju passa getterna!” Känner man inte till det där mönstret är det nästan omöjligt att arbeta i låginkomstländer. Vi skall dock komma ihåg att den där typen av sjukvård bedrevs i våra egna sjukstugor för mindre än ett halvsekel sedan.

SJUKDOM OCH KULTUR

Ett läsvärt exempel på hur den omgivande kulturen – alltså kultur i betydelsen ett socialt system – gör läkare omdömeslösa finner vi i idéhistorikern Karin Johannissons bok *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*.² Här beskrivs hur inskränkta läkare låste in kvinnor som inte inordnade sig på mentalsjukhus och opererade bort deras underlivsorgan för att göra dem medgörliga. Många fina professorsnamn passerar revy. Begreppet ”hysteri” emanerar från den här perioden. Man trodde att besvärliga kvinnor hade en livmoder som vandrade runt och då opererade man helt sonika bort den! Samma typ av tänkande ligger säkert bakom att kvinnlig könsstympning har lyckats fortleva in i den moderna världen.

Ett exempel på hur den omgivande kulturen kan påverka upplevelsen av sjukdom är den så kallade buasjukan, ett diffust svaghetstillstånd som grasserade i trakten kring Bua på 1980-talet. Man hittade aldrig några kroppsliga fel på patienterna, och tillståndet försvann efter ett tag – förmodligen var det så att det inte längre accepterades att vara buasjuk.

Ett känsligt begrepp är det vi idag kallar utmattningssyndrom, att ”gå i väggen”. För hette det att man ”förtatt sig”, vilket implicerar att man repar sig om man bara får vila. Så är det inte riktigt med ”gå i väggen”, här förväntar man sig långtidssjukskrivning, i värsta fall förtidspension. Och de där förväntningarna kan ofta bli självuppfyllande. Om inte läkaren tror att man skall kunna komma tillbaka så gör man ofta inte det. Vi kan tala om ett medicinskt tillstånd filtrerat genom en kulturell förväntan.

Ett ytterligare exempel är begreppet ”nervsvag”. Jag bor på en ö ute i Göteborgs skärgård där det är helt OK att vara ”nervsvag”. Det kan betyda allt från diffus oro för stort och smått till florid psykos. I Norrland finns ett begrepp att vara ”eljest” som också var lika inkluderande. Dagens modediagnoser ADHD och ”damp” har också avdramatiserats, det finns ju till exempel ett vardagligt använt ord ”dampa” som i princip betyder att bete sig konstigt.

Med andra ord: kultur i betydelsen socialt levnads- och tanke-mönster påverkar människans och patientens upplevelse av sjukdom, läkarens bedömning av vad som är sjukdom men också behandlingen av sjukdom.

KLINIKEN I DET MÅNGKULTURELLA SAMHÄLLET

Tillbaka till grundfrågan. Betyder insikt om de där kulturkoderna något i en klinisk vardag? Och måste man verkligen förstå patientens kulturella bakgrund för att kunna ge en god vård? Jag tror faktiskt det. Jag arbetar själv med kompletteringsutbildning av läkare med legitimationer från länder utanför EU och har i det sammanhanget väldigt konkret exponerats för de här problemen, fast åt andra hållet – de förstår nämligen inte oss! Studenterna kommer från i princip hela världen, många från Mellanöstern, några från gamla Sovjet, några från Kina, några från Pakistan, Afghanistan eller Indien, några från Sydamerika och några från Afrika. Jag undervisar i professionell utveckling, dvs. de delar av läkaryrket som inte har att göra med sjukdomsläran. Vi pratar lagarbete, etik, hantering av osäkerhet, men vi pratar också kulturkoder. Läkarens egen kulturella bakgrund är en resurs i läkaryrket, och den som kommer från en annan kultur än vår egen måste ägna en del möda åt att översätta mellan sin ursprungliga kultur och sin nya. Men att komma någon annanstans ifrån minskar också risken för att bli hemmablind. Man kan helt enkelt se nya saker.

För några år sedan hade jag en amerikansk läkarstudent på besök och samma dag hon skulle åka kläckte hon ur sig att hon ville

jag skulle ge henne en snabb introduktion till svensk kultur. Jag fick då en snilleblix och tog med henne till Fürstenbergska galleriet, där jag visade Nordisk Sommarnatt, Carl Larsson, Skagenmålarna, Ernst Josephson. Hon var helt fascinerad och gjorde en mycket intressant iakttagelse: ”Ser du att ingen av de där människorna tittar på varandra, de befinner sig bara på samma plats!” Vi gick runt ett varv till, och det hon sa stämde med något enstaka undantag. Hon hade sett något i vår kultur som jag själv inte såg!

Ett intressant experiment jag gjorde på kompletteringsutbildningen var att jag bad studenterna berätta för mig vad de brukar gå och grunna på inför första vikariatet. En skog av händer: ”Vad skall man prata om vid kaffebordet?” ”Skall man bjuda hem kollegorna?” ”Skall man i så fall bjuda flott eller enkelt?” ”Skall man bjuda på egen mat eller deras mat?” ”Om de skall ut på kvällen och dricka alkohol, måste jag följa med?” ”Om de vill att jag skall ta alla arabisktalande patienter, skall jag gå med på det?” ”Och om de vill att jag skall uttala mig om till exempel mellanösternpolitik, skall jag göra det?” Och så vidare.

Som ni ser handlar det där om saker som inte står i några läroböcker. Vad jag svarade? Jag började med att säga att de skall komma ihåg att Sverige för drygt hundra år sedan var ett utfattigt bondesamhälle i civilisationens utkanter där en dryg miljon människor lämnade allt och for över Atlanten. Läs Vilhelm Mobergs böcker om ni inte tror mig! Skillnaden mot dagens medelhavsflyktingar är bara att de på den tiden var välkomna till det nya landet.

Vidare: kom ihåg att tre generationer tillbaka var de flesta svenskar bönder och att tänket från bondesamhället finns kvar. Folk utifrån betraktades med skepsis (”vad skall man på vägarna att göra?”). Gården och byn var viktigare än individen, man förväntades göra det som var bra för gruppen (till exempel gifta sig med grannflickan för att kunna slå ihop gårdarna). Intresset för omvärlden var begränsat, Bibeln var den viktigaste källan till information. Vi hade visserligen folkskola, men där lärde man sig i princip bara – i bästa fall – att läsa och skriva. Tillgången till andra böcker än Bibeln var mycket begränsad. När industrialiseringen

kom hann vi inte riktigt med, den där skepsisen mot främmande finns kvar i vårt tänk. Och kom ihåg att det där handlar inte om dig som person, utan ligger djupare än så.

Kaffebordet då? Där brukar jag först ta fram två pennor och lägga intill varandra, förskjutna cirka 5 mm. ”Så här är det med olika människoliv: 95% är detsamma, ändå håller vi hela tiden på och tjarar om de 5% som är olika! Prata om det gemensamma! Alla människor äter, de flesta tar semester eller blir sjuka ibland, har de barn skall det hämtas och lämnas. Undvik exotisering, akta er särskilt för att bli inmotade i ett evigt ”hon som tar hand om alla arabiska patienter”-hörn. Ni är här nu, ni skall bli en del av teamet, inte något exotiskt inslag i arbetsgruppen. Undvik att uttala er i politiska frågor, det har de ingen rätt att kräva. Och fråga när ni är osäkra på medicinska frågor, det är helt OK i vår kultur. De blir ofta mer oroliga om ni inte frågar! Bjud gärna hem arbetsgruppen, de vill säkert mycket hellre testa er mat än det de brukar äta. Tänk på att många av de där frågorna om era hemländer är vanlig nyfikenhet: de tycker helt enkelt att ni är spännande människor som de vill veta mer om. Det där brukar gå hem.

NÅGRA ORD PÅ VÄGEN

På kompletteringsutbildningen brukar jag också hålla ett avslutningsanförande med några ”kulturella visdomsord” att ta med på vägen, ord som formulerar insikter jag tycker mig ha funnit i min egen erfarenhet av läkaryrket:

- * Vi kan påminna oss om att Charles Darwin inte menade att vinnaren är den starkaste eller den intelligentaste, utan det är den som är bäst på att anpassa sig till förändring. Det har ni visat att ni kan, var stolta över det.
- * Svenska, svenska, svenska! Prata svenska hemma, läs svenska tidningar, se svensk film! Jobba med språket, ha respekt för språket, våga använda nya ord, fråga om patienterna

reagerar konstigt på det ni säger, säg till om de använder ord ni inte förstår.

- * Läkekonst är att kunna hantera osäkerhet, det är väldigt sällan man har all information som behövs. Glöm aldrig det, och var inte rädda att fråga om ni inte vet vad ni skall göra. Gissa aldrig och kom ihåg att aggressivitet alltid är en mycket dålig strategi!
- * Livslångt lärande – ni kommer aldrig att bli fullärda. Var inte rädda att diskutera misslyckanden, det är ett uttryck för mognad. Att det inte blir bra betyder absolut inte att man gjort fel! Andra kan dra nytta av era misslyckanden, och vice versa.
- * Välkomna till världens förmodligen mest fascinerande yrke!

I den nya globaliserade världen måste vi alla, oavsett varifrån vi kommer, vidga vår referensbas – det räcker inte längre med att förstå det ”tysta språket” inom vår egen kultur, vi måste också veta litet om koderna i andra kultursfärer. Detta finns inte i dagens läkarutbildning och bör införas. Vi måste också ha en mycket mer öppen diskussion kring kliniska utfall – det förväntade resultatet av en framgångsrik behandling är starkt beroende av olika kulturella faktorer som rör såväl patient, läkare, diagnos som behandling. Fattar man inte det där hamnar man fel. Att lära alla studenter känna igen ”Skarabonden” från en annan kultursfär är ett högt ställt krav, men man kan åtminstone skapa en medvetenhet om att den automatiserade mönsterigenkänning vi kallar klinisk erfarenhet ibland inte gäller för andra typer av patienter. Och då bör man stanna upp och ägna sig åt långsamt tänkande.

NOTER

1. Daniel Kahneman, *Tänka, snabbt och långsamt*, översättning: Pär Svensson, Stockholm: Volante, 2012.
2. Karin Johannisson, *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*, Stockholm: Norstedt, 1994.

KULTUR PÅ RECEPT FÖR ATT FÖRÄNDRA SIG SJÄLV

Georg Drakos

I SAMVERKAN MELLAN Smärtrehabiliteringen vid Danderyds sjukhus och Stockholms läns landstings kulturförvaltning har vi genomfört två pilotprojekt med syfte att testa den form av kompletterande rehabilitering som kommit att kallas för Kultur på recept.¹ Det första projektet genomfördes hösten 2014 och det andra våren 2015.² Försöksverksamheten i Stockholm har riktat sig till personer som lider av långvarig smärta. På andra håll i landet, som i Skåne, har samma typ av program prövats under lite längre tid. Där har motsvarande satsningar involverat flera enheter inom primärvården och patienter med varierande hälsoproblem. Gemensamt för målgruppen är att de lider av problem som medicinsk behandling sällan kan råda bot på.

Att få Kultur på recept säger onekligen något om att kultur har med hälsa att göra. Kultur kan i det här fallet handla om olika former av aktiva konstupplevelser och eget skapande, sådant som annars kan ingå i livet utan att betraktas som läkemedel. Att förbindelsen mellan konst och hälsa under senare decennier kommit att framstå i nytt ljus beror bland annat på att den moderna medicinen har fått ersätta en del funktioner som konsten tidigare haft. Detta påpekar Ola Sigurdson i inledningen till samlingsvolymen *Kultur och hälsa. Ett vidgat perspektiv*, som är en föregångare till den här boken.³ Mot den bakgrunden kan man tala om kul-

turens och konstens återkomst i hälsosfären, eftersom konst och hälsa i äldre tider inte har skilts åt. Inte desto mindre har Kultur på recept och andra satsningar inom området kultur och hälsa en innovativ potential genom att vidga perspektiven på sjukdom och hälsa.

Kultur och hälsa rymmer många olika vetenskapliga perspektiv. Flera benämningar av det mångvetenskapliga fältet förekommer, som till exempel ”medicinsk humaniora” och ”humanistisk hälsoforskning”. Litteraturvetaren Katarina Bernhardsson, som är verksam inom fältet, menar att det är svårt, men kanske inte heller önskvärt att försöka hitta en sammanhängande definition av ämnesområdet. Men en viktig inriktning, som kännetecknar fältet och humaniora i allmänhet, är att ta människors subjektivitet på allvar.⁴ I det här kapitlet kommer jag att referera till de båda pilotprojekten för att kommentera frågor om hur Kultur på recept kan göra kulturaktiviteter och kulturupplevelser till kreativa resurser som utmanar deltagarnas egen subjektivitet. Men lika viktigt är att visa hur deltagarna genom aktiviteterna kan ta tillvara sina egna resurser på ett sätt som gör att aktiviteterna blir en del av en varaktig rehabiliteringsprocess.

TRE SAMMANVÄVDA PROCESSER

Det räcker inte med att konstatera att kulturaktiviteter av det slag som ingår i modellen för Kultur på recept har effekt och kan mildra deltagarnas upplevelse av smärta.⁵ Lika viktigt är att besvara frågor om hur programmet kan erbjuda nya verktyg för att hantera smärta och lidande. Med den ambitionen vill jag diskutera hur modellen för Kultur på recept genererar tre sammanvävda processer som bidrar till att mobilisera enskilda deltagares egna resurser att förändra sig själv.

Den första processen handlar om en utslussning av patienterna från den kliniska smärtrehabiliteringen. Detta kan beskrivas som en omvänd process i förhållande till vad som sker då

människor träder in i patientroller i sjukvården och deras kroppar omvandlas till medicinska objekt. Den andra processen handlar om hur deltagarna genom kulturaktiviteterna får nya redskap för att ta vara på sina egna resurser. Processen kan beskrivas som en förflyttning från en vardaglig tillvaro till aktiviteternas avgränsade meningssammanhang. Den tredje processen utmanar det faktum att lidande i likhet med smärta ofta existerar bortom språk, att lidande har en tendens att beröva en människa hennes egen röst. Mitt förslag är att som en uppföljande del och vidareutveckling av programmet ge deltagarna utrymme att omvandla erfarenheterna av aktiviteterna i eget berättande.

En utgångspunkt för min uppföljning av båda pilotprojekten är det faktum att smärta och lidande är en subjektiv erfarenhet, vilket inte gör den långvariga och svåra smärta som deltagarna lider av mindre verklig. Tvärtom tenderar den långvariga smärtan att dominera den enskilda personens subjektivitet och den egna livsvärlden.⁶ Termerna subjektivitet och livsvärld är hämtade från en fenomenologisk tanketradition och syftar på en människas själv eller medvetande respektive den omedelbara omvärld varje människa ständigt interagerar med och förhåller sig till. Ett motiv till att ta upp begreppen i det här sammanhanget är att de kan synliggöra sådant i det dagliga livet som vi vanligen tar för givet och är omedvetna om. Ofta blir vi inte medvetna om det invanda förrän vi av en yttre anledning blir påmind. Det kan till exempel handla om att drabbas av en plötslig kroppslig funktionsnedsättning och då upptäcka praktiska hinder i vardagen som inte funnits förut. Men en människas ”varande i världen”, för att låna ett annat uttryck från fenomenologin, kan också karaktäriseras av att hennes kroppsliga erfarenheter sedan lång tid domineras av smärta och att hon därför inte kan föreställa sig något annat än ständiga hinder i det dagliga livet. Med den utgångspunkten inriktades följeforskningen på frågan om och i så fall hur programmets aktiviteter kan erbjuda deltagarna nya redskap för att hantera svår och långvarig smärta.

BEGREPPET KULTUR

I diskussionen om Kultur på recept är det viktigt att klargöra vad vi menar med "kultur". Ibland framgår det av sammanhanget, men kultur är ett begrepp som kan ges många olika innebörder. Utan att här gå in på ordets och begreppets historiska bakgrund, kan jag konstatera att kultur används i två olika typer av betydelser som är förbundna med varandra. Den ena, som vi kanske först läser in i benämningen Kultur på recept, handlar om olika konstformer som de ingående aktiviteterna kretsar kring. Kultur i den meningen kan syfta på allt från litteratur, bildkonst, musik, dans till eget skapande och konstupplevelser för att nämna exempel på kulturaktiviteter som har ingått i programmet. Med tanke på att aktiviteterna ska underlätta för deltagarna att ta tillvara sina egna resurser är det viktigt att ge kultur i betydelsen konst en vid innebörd. Det är också med den utgångspunkten som kulturpedagogerna i programmet har presenterat och genomfört aktiviteterna kring olika konstformer. Kultur kan också vara berättarkonst i vardagligt berättande, som ännu inte ingår som en programpunkt, men som jag ska återkomma till senare.

Den andra typen av betydelse som kultur syftar på är den kultur vi lever i. I likhet med konstbegreppet har kulturbegreppet getts olika definitioner från tid till annan och mellan olika ämnestraditioner. Från att kultur i kulturvetenskaplig forskning har betraktats som något homogent och väldefinierat med tydliga gränser, har kulturbegreppet blivit mycket omdiskuterat. Många betraktar numer kultur som något vi människor gör och som är föränderligt, vilket inte hindrar att skarpa kulturella skillnader framträder mellan olika grupperingar av människor. Men kulturella skillnader skär inte sällan rakt igenom vad som nyss kan ha uppfattats som en gemensam kultur.

Kultur på recept skulle kunna betraktas som ett exempel i miniatyrformat på hur bägge typerna av kultur är förbundna med varandra. Deltagarna i de genomförda programmen skiljer sig inbördes åt i flera avseenden. En relativt stor andel är födda utanför

Sverige och har inte svenska som första språk. Flertalet är kvinnor i olika åldrar och med varierande livssituationer. Trots olikheter skapade programmet åtminstone tillfälliga former av gemenskap, som uppstod genom vars och ens aktiva medverkan och som skulle kunna liknas vid en tillfälligt delad kultur. Men många samtal vid fikapauser och deltagarnas berättande illustrerade hur de samtidigt förhöll sig till vidare kulturella sammanhang. Såväl gemenskapen i gruppen som deras förankring i omgivande kulturella sammanhang satte spår i vars och ens bidrag till och medverkan i aktiviteterna kring olika konstformer.

FÖLJEFORSKNINGENS METODER

I uppföljning av försöksverksamheten har jag kombinerat deltagande observation, videodokumentation av aktiviteterna och intervjuer med deltagare för att kunna besvara frågor om och i så fall hur programmet kan erbjuda deltagarna redskap för att hantera smärta och lidande. Deltagande observation innebär i det här fallet att forskaren själv deltar i aktiviteterna som en grund för egna iakttagelser. Genom att samtidigt videodokumentera aktiviteterna skapades ett empiriskt underlag för detaljerad performansorienterad analys av aktiviteterna som (vid sidan av kroppsperspektiv inom fenomenologin) varit följeforskningens andra teoretiska och metodiska utgångspunkt.⁷

Intervjuerna och videoinspelningarna av programmet användes som underlag för diskussioner vid två workshops, som är ytterligare en använd metod. Workshops används ju i många sammanhang för att lösa problem i samverkan och lämpar sig för den form av lärande utvärdering som kallas följeforskning. Det finns ingen entydig definition av följeforskning, men begreppet har här använts för att understryka ambitionen att basera uppföljningen på samverkan och dialog mellan medverkade aktörer. Syftet med samverkan är att skapa ömsesidiga utbyten av kunskap och erfarenheter mellan kulturpedagogerna som genomfört program-

met, vårdpersonal, patienter (via en patientorganisation) och forskare från två ämnesområden.⁸

1. UTSLUSSNINGEN AV PATIENTERNA FRÅN SJUKVÅRDEN

Betydelsen av att aktiviteterna äger rum på platser och i lokaler utanför sjukvårdens organisation framträder om vi vänder på perspektivet. Vad händer då en människa söker upp sjukvården och träder in i patientrollen? En forskare som har beskrivit den typen av process är den amerikanska folkloristen Katharine Young.⁹ Hon menar att medicinen är en sorts kultur med sitt eget språk, sina egna gester, sedvänjor, ritualer, speciella rum, uniformer och praktiker. Denna kultur möjliggör den typ av kropp som kan undersökas och analyseras som ett biomedicinskt objekt. I de processer som resulterar i att kroppen blir ett objekt av det slaget finner Young förklaringen till att det är möjligt för en person att låta en främmande människa undersöka ens nakna kropp och till och med penetrera den vid till exempel gynekologiska undersökningar. Det är lätt att inse nödvändigheten av att i sammanhanget exkludera en del vanliga symboliska innebörder hos kroppen, speciellt sexuella.

Detta sker med hjälp av en rad olika procedurer och ritualer som förskjuter såväl vårdpersonalens som patientens blickar på kroppen som ett medicinskt objekt. Detta medicinska objekt beskriver Young som en helt annan kropp än den vi lever med och har erfarenhet av. De två typerna av kroppar beskriver hon som ett objekt respektive människans själv. I ena stunden kan läkare och patient tala om kroppen som ett medicinskt objekt, varvid patientens själv sätts inom parentes. I den andra kan samma person träda fram som sig själv genom att till exempel berätta något om sig själv. I kliniska möten sker ett växelspel mellan kroppen som objekt och som själv. Den medicinska blicken på kroppen som ett objekt är lika nödvändig som att patientens själv sätts i tillfällig karantän för att möjliggöra kroppsundersökningar.

Omvandlingen av kroppen till ett medicinskt objekt, som i grunden är en omvandling av kroppens ontologi, sker enligt Young successivt längs en resa allt längre in i sjukvårdens domäner. Kanske händer inte så mycket vid den första anhalten i en vårdmottagning. Besökande och vårdpersonal möter kanske varandra på ett likartat sätt som vi gör i det vanliga livet. Men redan i väntrummet finns olika markörer som uppfattas av besökaren. Det kan vara ett samtal i en reception, en besöksavgift, ett väntrum med andra personer i samma belägenhet som gör att de närvarande redan här träder in i en patientroll. Vid vårdcentraler där jag i annat sammanhang har gjort fältstudier, kunde jag iakttä ett återkommande förlopp.¹⁰ Patienterna ropades upp när det var dags att träffa läkaren som var klädd enligt regelboken. Man hälsade på varandra på en viss plats och gick tillsammans mot mottagningsrummet. Mottagningsrummet hade den igenkännbara möbleringen som gjorde att var och en intog sina platser utan att något ord behövde yttras. Vem som helst kunde inte passera in i rummet. Men en kollega kunde någon gång under ett besök knacka på lite lätt, sticka in huvudet och ställa en fråga. Två återkommande moment var anamnes och kroppsundersökning.

Under anamnesen fick patienten utrymme att med egna ord beskriva vad som föregått besöket. Här växlade i regel två förhållningssätt. Dels berättade patienten om sig själv och sina erfarenheter i livet, dels övergick samtalet till frågor om kroppen som ett objekt. När det blev dags för en kroppsundersökning av något slag kunde den inledas med en enkel markör, till exempel att patienten ombads ta plats på en brits för ändamålet eller bara genom att läkaren tog en träspade i ena handen, en ficklampan i den andra och rullade fram med sin skrivbordsstol mot patientens besöksstol. Ibland behövdes nästan inga ord för att starta detta samspel och tysta det tidigare samtalet. Ännu tydligare förflyttades och omvandlades kroppen till ett medicinskt objekt på undersökningsbritsen. Procedurer kring avklädning, kroppsållningar, sättet att rikta blicken, den kroppsliga beröringen och andra markörer gjorde klart att patientens kropp nu framträdde

som ett medicinskt objekt medan patientens själv tillfälligt förpassades bortom det pågående kliniska mötet.

Den omvända processen kunde jag iaktta vid iscensättningen av Kultur på recept. Deltagarna rekryterades bland patienterna som var föremål för medicinsk rehabilitering. Rekryteringen genomfördes av vårdpersonalen vid Danderyds sjukhus smärtrehabilitering. Patienterna blev informerade om programmet, men kunde rimligen inte på förhand föreställa sig vad det skulle innebära i praktiken. Några igenkännbara förebilder fanns inte. Formellt sett skiljer sig inte programmet från andra former av rehabilitering eftersom patienterna får den på recept och erhåller sjukpenning under tiden. Inför andra pilotprojektet fick deltagarna ge blodprov som underlag för en medicinsk analys. Men i övrigt var alla aktiviteter inriktade på att ge plats åt deltagarnas egen subjektivitet bland annat genom att slussa ut dem från sjukvårdens domäner.

Det tydligaste uttrycket för detta var att programmet inte genomfördes av vårdpersonal, utan av kulturpedagoger i lokaler och på platser utanför vårdinrättningarna. Alla de markörer som vanligen återfinns i sjukvården var frånvarande. Vårdpersonal var inte synlig annat än vid något enstaka programtillfälle. Detta kan visserligen ha ekonomiska orsaker. Men jag fick förklarat för mig att deras frånvaro motiverades med att de ansvariga med avsikt ville förhindra att programmet av deltagarna skulle associeras och betraktas som en del av den vanliga vården. Varje pilotprojekt hade två projektledare, en från Danderyds sjukhus och en från Stockholm läns landstings kulturförvaltning, men bara projektledaren från kulturförvaltningen närvarade och deltog i hela programmet. Bortsett från vilka som genomförde programmet och det faktum att det ägde rum på bibliotek, museer och andra offentliga platser utanför sjukvården fanns också många andra markörer som fick programmet att framstå som något helt annat än den kultur som kännetecknar medicinens värld.

I programmet ingick en rad aktiviteter som knappast före-

kommer i sjukvården, men som mycket väl kan ingå i det vanliga livet. Även om det är sällsynt för de flesta att under en begränsad period av åtta, tio veckor ägna sig åt alla de olika aktiviteter och konstformer som nu fanns på programmet, kan till exempel litteratur, slöjd, sång och musik eller dans vara återkommande inslag i livet. Pedagogernas förhållande till deltagarna var också av annat slag än vad som är brukligt i vården. Flera pedagoger framhöll vid en workshop att de helst inte ville veta något om de sjukdomar eller besvär som enskilda deltagare led av. De verkade snarare vilja undvika att låsa sig vid föreställningar om deras smärtproblematik och sjukdomshistoria. Detta fick inte till följd att de var okänsliga för enskilda deltagares svårigheter att utföra vissa fysiska aktiviteter, men den asymmetri som av naturliga skäl utmärker varje relation mellan vårdare och patient ville de undvika. Utmärkande för programmet var istället ambitionen att ge deltagarna redskap för att ta sina egna resurser i anspråk, vilket i jämförelse med sjukvården skapade andra förutsättningar för eget ansvarstagande. Utslussningen från vården och aktiviteterna frammanade den egna subjektiviteten, medan kroppen som ett medicinskt objekt lyste med sin frånvaro.

2. FRÅN STÄNDIG SMÄRTA TILL AVGRÄNSADE MENINGSSAMMANHANG

Den andra typen av process som jag har pekat på och som delvis är förbunden med den föregående, handlar ännu mer uttalat om att frammana den egna subjektiviteten, men genom att ta vara på egna resurser för att utföra de aktiviteter som ingår i programmet. Vad som nu sker kan bli tydligare om aktiviteterna kontrasteras mot den tillvaro som ofta kännetecknar livet för många som lider av långvarig smärta. Deltagare vittnar om hur smärta och lidande kan bli det ”normala” som tynger varje handling, befäster varje erfarenhet och blockerar egna resurser. Mot den bakgrunden kan inte smärta isoleras till kroppsliga funktioner.¹¹ Smärtan

förbinds med alla handlingar och får mening genom alla de förhållanden som omger varje människas liv och kan därigenom bli en del av livet i sin helhet.

De kulturaktiviteter som ingick i programmet för Kultur på recept har synliggjort tre grundläggande egenskaper hos den process som ska beskrivas här.¹² Den första egenskapen är att aktiviteterna gör det möjligt för deltagarna att kliva in i avgränsade meningssammanhang och erfarenhetsvärldar som i många avseenden skiljer sig från den typ av tillvaro som ett liv med svår och långvarig smärta genererar. Den andra egenskapen hos processen tar utgångspunkt i vårt dubbla förhållande till tid och rum. Å ena sidan strukturerar bestämda förhållanden mellan tid och rum på ett ofta omedvetet sätt vårt dagliga liv. Detta gäller i hög grad personer som passiviserats och isolerar sig som en följd av ihållande smärta och ständigt lidande. En egenskap hos alla aktiviteter är å andra sidan att de möjliggör för deltagarna att hantera tid och rum som resurser istället för att anpassa sig till tiden och rummet som tvingande omständigheter. En tredje egenskap hos aktiviteterna är att de erbjuder deltagarna att utföra olika aktiviteter och att framträda inför andra. Den egenskapen har jag i likhet med de två nyss nämnda analyserat i ett performansorienterat perspektiv som jag ska återkomma till.

En tydlig potential hos programmet är att deltagarna genom de olika aktiviteterna kan förflytta sig från det dagliga livets erfarenhetsvärld till avgränsade meningssammanhang. Dessa sammanhang formas i kommunikation, ofta i lekfulla former. Lek, ritualer eller andra markerade former av kommunikation såsom berättande, sång eller dans förflyttar deltagaren till olika meningssammanhang och erfarenhetsvärldar. Så kan följande sångaktivitet i det senaste projektet beskrivas för att ta ett exempel. Alla satt i en ring efter att ha gjort en del kropps- och röstövningar. Att ta plats med rösten i sång innebär i sig att kliva in i ett speciellt sammanhang genom att lyssna på varandra och försöka hålla tonen. Vår musikerapeut fungerade som försångare och framförde en kort sångsekvens med ett enda ord ”jo-jo-jo-jo-jo”. Vi

följde efter och sjöng fram samma ord. I nästa sekvens följde vi med i orden ”Jag-är-bra-är-jag”, samtidigt som vi fick härma hennes rörelser då hon med utsträckta armar tycktes ta in hela världen och sedan omfamna sig själv. Bara den här korta sekvensen illustrerar hur ett självbejakande meningssammanhang blir till och formar en erfarenhetsvärld, som alla blev en del av med hjälp av sina egna medverkande röster och kroppar.

Den korta sångövningen kan också fungera som exempel för att beskriva betydelsen av vårt dubbla förhållande till tid och rum. Sannolikt framstår deltagarnas vanliga tillvaro med smärta som begränsad i den mån som den leder till inaktivitet och social isolering. Den ena dagen är den andra lik när livet tar den formen. Hemmet och dygnets olika timmar kanske kan upplevas som en instängd värld utan tydliga konturer mellan olika händelser. Hur det nu än är äger varje programpunkt rum på en bestämd plats och under en avgränsad tid som gör rummet och tiden till något särskilt. Den nyss beskrivna aktiviteten ägde dessutom rum i ett ljudrum och med en koreografi som skapade speciella förutsättningar. Genom att följa med i sångens kroppsliga rörelseschema och ta plats med den egna rösten skapades ett gemensamt rum som utmanade var och en att agera, men med stöd av sångledaren och varandra. Varje liten rörelse och användningen av den egna rösten illustrerar hur sångövningen erbjöd deltagarna redskap för att hantera tiden och rummet och den egna kroppen som resurser istället för att låta tiden och rummet representera hindrande omständigheter.

En poäng med att fästa blicken på vårt dubbla förhållande till tid och rum kan vara att synliggöra hur deltagarnas egna resurser kan tas tillvara vid genomförandet av programmets samtliga aktiviteter. Även om aktiviteterna i programmet med avsikt hade varierande innehåll, hade alla programpunkter gemensamt att erbjuda redskap för att hantera tid och rum och den egna kroppen som resurser. I sammanhanget gäller det förstås att inte begränsa frågan om tid till betydelsen klocktid, utan att se till den betydelse tiden får då den kopplas till olika händelser och aktiviteter.¹³ En

aktiv konstupplevelse innebär i det avseendet att en person mentalt förflyttar sig till en föreställd värld, kanske till egna minnen med dess egna händelser och till en tid som formas av andra villkor än den situation som rådde stunden före mötet med konstverket. Konstupplevelsen är i sig lika kroppsförankrad som sången, slöjden eller dansen. Den egna kroppen finns alltid med, men ofta som en osynlig följeslagare, i allt vi företar oss. Jag syftar inte på kroppen som ett medicinskt objekt utan på den kropp vi lever i och har erfarenhet av, det vill säga den kropp som är säte för vars och ens subjektivitet. I den meningen är den egna kroppen en utgångspunkt som orienterar oss i allt vi gör och upplever. Den egna kroppen är ur den synpunkten vars och ens främsta resurs.

En annan egenskap hos Kultur på recept har synliggjorts genom en performansorienterad analys av dess ingående aktiviteter. I korthet utgör performansanalys ett teoretiskt och metodiskt ramverk som kan användas vid till exempel dramastudier, studier av ritualer, lek, muntligt berättande och andra mer eller mindre estetiskt markerade former av kommunikation.¹⁴ Ordet performans (från *performance*) kan på svenska översättas med framträdande, framförande eller utförande. Flera av de aspekter som kännetecknar performans, och som jag redan har berört, synliggör hur programmet ställer deltagarnas egna resurser och subjektivitet i fokus vid genomförandet av olika aktiviteter.

Aktivititeterna är inte bara avgränsade i tid och rum utan skapar också en scen för vars och ens framträdande inför gruppen som publik. Beskrivningen av vad som sker under ett framträdande kan iakttas i varje situation då vi kommunicerar med andra i levande sammanhang. Hur vi går till väga behöver vi inte utbilda oss till, det är något alla har inom sig. Men inte desto mindre kan det vara givande att betrakta genomförandet av programmets olika aktiviteter med performansorienterade glasögon.

Varje moment i ett framträdande tar deltagarnas egna resurser i anspråk. Att delta i aktiviteterna innebär, som jag har pekat på, att ta plats och använda både tid och rum som resurser. Att framföra eller utföra något innebär med samma perspektiv att det all-

tid finns en publik och en situation av något slag att förhålla sig till. Situation och framföranden kan slå an på olika känsloträngar och likaväl var sorgliga som glada, lekfulla, eller utföras med helt andra attityder. Stämningar och attityder formas i samspel. Att framföra något kräver sin kommunikativa kompetens, men framträdande utgår alltid från egna premisser och formas i samspel med andra. Programmet illustrerar väl hur framträdande och framförande kan ske med hjälp av många olika kreativa uttrycksmedel och att varje framförande eller ett eget skapande också är en form av estetisk gestaltning, utan att den enskilde behöver underordna sig en kanon av något slag. Deltagarna har själva i varje framträdande eller framförande möjlighet att ge sitt bidrag en personlig prägel, även om vi alltid förhåller oss till förebilder och andras förväntningar.

3. *OMVANDLINGEN AV SMÄRTA OCH LIDANDE I EGET BERÄTTANDE*

Den tredje processen, som det finns anledning att fästa större uppmärksamhet vid än vad som gjorts hittills, har att göra med det faktum som jag nämnde om inledningsvis, att smärta och lidande ofta existerar bortom språk. Lidande bjuder motstånd mot att beskrivas med ord. Ett undantag är det lidande som beskrivs i till exempel en vetenskaplig kontext och som i vår tid kan få visst sorts lidande att framstå som något nytt.¹⁵ Litteraturforskaren och författaren David Morris har med samma utgångspunkt beskrivit en spänning mellan lidande och berättande. Medan lidande har en tendens att vända sig mot en tystad insida, riktas berättande mot en utsida och finns mellan människor. Morris föreslår att man kan ge lidandet en röst genom att synliggöra de olika röster som gemensamt formar helheten i en enskild människas röst, röster som samtidigt alltid står i förbindelse med olika genrer och som begränsas av de moraliska landskap de ingår i.¹⁶

För att förstå resonemanget måste vi klargöra de olika begrep-

pen. Till att börja med kan begreppet *röst* ha flera betydelser. Rösten kan syfta på den ljudande rösten som vi kan höra och som är personligt igenkännbar. Begreppet röst syftar dock i det här sammanhanget på en berättarröst som också är personlig, men som alltid är förbunden med olika genrer och formas i förhållande till många andra (berättar)röster och andra yttre förhållanden i omvärlden. Därför är såväl berättande som tystnader förbundna med moraliska och normativa sammanhang. Den moral och de normer som omger varje meningsutbyte har en tendens att visa upp ett visst sorts lidande, men osynliggöra annat lidande, som Susan Sontag skriver i boken *Eget och andras lidande*.¹⁷

Den typen av tankar formade mina idéer om följeforskningens inriktning, som jag i korthet presenterade vid ett seminarium i september 2014 på Danderyds sjukhus inför första pilotprojektet. Men det är först nu, efter två pilotprojekt och inför planeringen av en fortsatt och utvidgad form av Kultur på recept, som jag ser de praktiska möjligheterna att ta vara på deltagarnas eget berättande som en viktig resurs för programmets betydelse på längre sikt. Genom att berätta om sina erfarenheter av att delta i programmet kan var och en ges möjlighet att bearbeta egna erfarenheter och därigenom också bättre ta vara på nya redskap för att också fortsättningsvis hantera smärta och lidande. Berättar gör vi ju alla utan att nödvändigtvis bli ombedda, men berättande kan tillsammans med andra aktiviteter göras till en del av programmet. Inte sällan ger aktiviteterna upphov till berättande. Särskilt under det andra pilotprojektet uppstod många informella situationer då deltagarna valde att berätta om egna erfarenheter i informella samtal med övriga deltagare.

Berättande som en metodisk ansats, kan med fördel också göras till den länk som förbinder olika aktörer som ingår i programmet med varandra och som i en förlängning också involverar andra som tar vid, till exempel Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. I det här avsnittet vill jag peka på några omständigheter som gör att berättande är en grundläggande resurs för deltagarnas möjligheter att hantera smärta och lidande. Jag vill här

presentera ett förslag på hur man, i samverkan med de olika verksamheter som är involverade i deltagarnas långsiktiga rehabilitering, kan ta till vara deltagarnas egna resurser genom att göra just berättande till föremål för metodutveckling.

Problemet för många att berätta om sina egna liv med smärta kan liknas vid motståndet att berätta om sig själv då man drabbats av en allvarlig sjukdom eller en annan omtumlande händelse som fått tillvaron att falla sönder. Kanske finns inte en framtid i sikte, inte något tydligt mål som går att förbinda med det som en gång varit det självklara. Samtidigt kastar allvarliga livshändelser ljus över begäret att berätta, att bringa ordning i det kaos som kan ha uppstått. Men att drabbas av allvarlig sjukdom och svåra livshändelser skapar nya villkor för berättande, något som säkert många yrkesutövare i vård och omsorg kan bekräfta. Medicinso-ciologen Arthur Frank har beskrivit problemet med att de avbrutna livsberättelserna också innebär en avbruten identitet.¹⁸ I en sådan situation har varje människa behov av att reparera eller knyta ihop sin egen livsberättelse på ett nytt sätt och med den egna kroppen som utgångspunkt. I sammanhanget bör vi skilja mellan tre typer av berättelser. En typ är deltagarnas berättelser om sina liv med smärta. En annan är yrkesutöva-res berättelser om till exempel patienters, sjukskrivnas respektive arbetssökandes problematik. En tredje typ är de berättelser som ännu inte har ett språk.¹⁹

Med den tredje typen av berättelser, de som ännu inte har ett språk, syftar jag på att berättande alltid är selektivt. När vi väljer att berätta om något, väljer vi samtidigt bort alla andra möjliga berättelser. Ur den synpunkten kan man betrakta berättande och tystnader som två sidor av samma mynt.²⁰ Ibland är vi medvetna om vad vi väljer bort, andra gånger handlar tystnaden om det out-sägliga, det som inte har fått ett språk och som kanske inte heller alltid är meningsfullt att försöka sätta ord på. Men berättande är samtidigt det främsta redskap människor, såväl yrkesutövare som privatpersoner, har för att tolka och förstå förhållandet mellan (fysisk) smärta och (socialt) lidande. Litteraturforskaren Morris, som jag tidigare referat till, föreslår med samma utgångspunkt att

betrakta lidandets röst inom ramen för en större utvidgad intrig. Så betraktat är lidande inte ett fast tillstånd, utan en händelse omsluten av och relaterad till andra.²¹ Det här sättet att betrakta förhållandet mellan berättande, smärta och lidande erbjuder inget enkelt recept, men kan vara en utgångspunkt för att göra berättande till en del av rehabiliteringen.

Aktiviteterna i programmet och deltagarnas smärtproblematik kan med den utgångspunkten hanteras som två parallella händelseförlopp. I den meningen skulle både deltagarnas erfarenheter av smärta och av att delta i programmets aktiviteter kunna betraktas som två olika typer av händelseförlopp, vilka de själva kan gestalta i eget berättande. Att berätta om aktiviteterna innebär att tillskriva dem mening på olika sätt. Detta är något som kan ske både gemensamt i gruppen och individuellt. Den typ av berättande som redan har kunnat iaktas under pilotprojekten synliggör aktiviteternas potential att skapa alternativa förhållningssätt till den smärta som annars begränsar vardagen.

En anledning till att ta människors berättande på största allvar är att berättande är ett av de primära sätt vi människor har för att kommunicera upplevelser och erfarenheter. Båda begreppen, som kan uttryckas med ett ord (*experience*) på engelska, har en liknande betydelse. Men erfarenhet brukar ges en mer kognitiv innebörd än upplevelse. Förhållandet mellan berättande och erfarenheter är sammansatt, men ett gemensamt drag är att erfarenheter får mening genom att vi berättar om dem. Hur vi berättar muntligt och skriftligt, vilka genrer vi förhåller oss till eller hur vi använder muntliga stilmiddel hör till sådant som ger berättelser om egna och andras erfarenheter mening.

Den här typen av påståenden är säkert välbekanta för till exempel terapeuter som har ett professionellt sätt att lyssna till människors berättande. I sådant yrkesutövande räcker det inte med att lyssna till *vad* människor berättar. Frågan om *hur* är ofta lika viktig och ibland det viktigaste. En anledning är att erfarenheter inte bara avbildas i berättelser, utan också delvis omvandlas. Vid berättande tolkar vi upplevelser och erfarenheter vilket

gör de egna berättelserna i sig till en ny grund för erfarenheter. Av den anledningen är berättande en viktig resurs för deltagarna i programmet när det gäller att hantera egna erfarenheter av smärta och lidande. Deras berättande är också en grund för olika aktörer i en rehabiliteringskedja att tillägna sig ett vidgat perspektiv på hur deltagarna i programmet kan ta tillvara sina egna resurser att hantera smärta och lidande.

Av det nyss sagda följer också att berättande är en handling i likhet med andra handlingar och *gör* något.²² Detta berättandets görande får betydelse på olika nivåer. Det mest påtagliga är kanske alla de medel som en berättare använder sig av för att ge sin berättelse en speciell mening, allt från att skapa ett handlingsförlopp till att använda olika stilmedel. Muntligt berättande gör också något med själva berättarsituationen. När deltagarna i programmet plötsligt framförde egna berättelser förändrades samtalsituationen drastiskt. På ytterligare en nivå formar också berättande våra uppfattningar om hur verkligheten är beskaffad i olika avseenden.

Av särskild betydelse för Kultur på recept är insikten om att berättande i grunden är en kroppslig handling, att berättande är ett av flera sätt att hantera smärta och lidande. Dels betraktar vi ofta kroppen i sig som en berättelse genom att vi i ett meningsutbyte inte bara fäster oss vid den verbala framställningen. Inte minst i vård och rehabilitering kan patientens kropp i sig avläsas som en berättelse. Dels använder vi kroppen som ett medium i berättande. Rösten, blicken, ansiktsuttryck, kroppshållningar fungerar då som gester och uttrycksmedel för berättande. På ett annat plan finns, som tidigare nämnts, alltid den egna kroppen med i allt berättande, men oftast som en osynlig följeslagare. Alla de kroppsförankrade erfarenheter vi bär med oss orienterar oss i alla handlingar, också när vi berättar.²³

Många yrkesutövare på skilda områden har gemensamt att lyssna på människors berättande för att få kunskap om deras erfarenheter. Varje yrkesområde har sina egna uppdrag och metoder för att använda sig av berättande som ett medel för kom-

munikation och kunskapsförmedling. Men det gemensamma behovet av att ta vara på berättande som ett kommunikativt medel gör metodutveckling kring berättande till ett angeläget objekt för samverkan mellan olika professioner och verksamheter som direkt och indirekt är involverade i rehabiliteringen av personer som deltar i Kultur på recept. Att ha berättande som en grund för samverkan skapar förutsättningar för att vidga perspektivet på den narrativa praxis som tillämpas i den egna yrkespraktiken och vidareutveckla den med hjälp av ömsesidiga utbytesprocesser. Men vad innebär det i praktiken att fokusera samverkan mellan olika professioner och verksamheter på deras narrativa praxis?

FÖRMÅGAN ATT BERÄTTA KRÄVER GODA LYSSNARE

Alla kan berätta, men förmågan att berätta är inte villkorslös. Förmågan att berätta kräver särskilt i vissa sammanhang goda lyssnare. Berättande som äger rum i privat umgänge formas av andra normer än det berättande som ingår i en yrkespraktik. Men gemensamt är att allt berättande kännetecknas av samspel. Omgivningens förmåga att lyssna är därför alltid en viktig förutsättning. I privat umgänge kanske vi uppfattar personer som vi känner väl eller som har ett öppet sinnelag som goda lyssnare. Personliga egenskaper har också betydelse i professionella sammanhang, men olika professioner kräver sin speciella kompetens för att få andra att känna sig sedda. Värdet av den enskilda yrkeskompetensen behöver inte ifrågasättas. Men berättande som sådant är i många professioner ett undervärderat medel för kommunikation, kunskapsutbyte och kvalitetsutveckling.

En anledning är att berättande hör till sådant som vi har inom oss och ständigt använder oss av utan att behöva tänka på hur vi går tillväga. Att uppmärksamma narrativ praxis, det vill säga sättet att lyssna till och samspela kring berättande, är dock ett sätt att synliggöra värdet av erfarenhetsbaserad praktisk kunskap som

ofta är ”tyst”, men som kan vara avgörande för yrkesutövandets kvalitet. En god praxis kan mobilisera människors egna resurser och självkänsla, medan ett omedvetet förhållningssätt kan tysta människor eller rentav få dem att framstå som andra än de är eller vill vara. Det är därför viktigt, inte minst i vård och omsorg, att på ett mer systematiskt sätt granska den praxis som tillämpas och vid behov vara beredd att vidareutveckla den.

Hur kan man då gå tillväga för att vidareutveckla narrativ praxis i olika professioner? I ett annat projekt har jag utvecklat en modell för ändamålet, som kan tillämpas i skiftande sammanhang. Modellen utvecklades inom ramen för Kulturrådets satsning på ”kultur för äldre”, som vid sidan om Kultur på recept hör till de mer märkbara offentliga satsningarna på kultur och hälsa.²⁴ Syftet med modellen är att utveckla nya redskap för narrativ praxis i samverkan med dem som ska använda redskapen. Modellen är i sig ett sammanhållande ramverk för tillämpningen av fyra kombinerade typer av redskap. Utmaningen i det nämnda projektet, som var inriktat på berättarkonst och funktionshinder, var att göra det möjligt för alla äldre att berätta i någon form, trots eventuella funktionsnedsättningar som försvårade för dem. Detta ställde krav på tillgängligheten av aktiva lyssnare.

Modellen ska inte förväxlas med en manual och kunskapsförmedling, utan baseras i grunden på samverkan för att möjliggöra ömsesidiga utbytesprocesser mellan yrkespraktik, konstnärligt och vetenskapligt arbete, samt utbyte med intresseorganisationer som kan företräda den målgrupp som är föremål för verksamheten ifråga. Det är av samma anledning som modellen innehåller fyra *typer* av redskap, inte redskapen i sig. De senare syftar här på de redskap som inom ramen för Kultur på recept används i vård- och omsorgspraktiken och av involverade konstutövare. Det finns ingen gräns för alla de redskap som kan användas för att lyssna och samspela kring berättande i olika praktiker. Men för att modellen ska fungera som ett sammanhållande ramverk har redskapen grupperats i fyra typer: *att lyssna och samspela, att delta och observera, att få uttrycka sig fritt, att framträda och gestal-*

ta. Jag ska här i korthet kommentera var för sig, fast de i praktiken kombineras.

Att lyssna och samspela är onekligen grundläggande om man vill göra det möjligt för någon att berätta. En anledning är att muntligt berättande aldrig sker oberoende av lyssnare. Berättande kan snarare beskrivas som en pågående interaktion och kommunikation mellan flera deltagare. Hur samspellet ser ut varierar, men om berättande är ett medel för en människa att få framträda som sig själv så innebär berättande i praktiken att förhålla sig till både närvarande och frånvarande röster. Samspellet kan vara mer eller mindre framträdande, från att åhörare faller in i berättandet och kanske ger det en ny riktning till att åhörare genom sitt tyssta gillande låter en berättare till synes självständigt framföra sitt budskap.

Att vara en aktiv lyssnare, vilket krävs i många professioner, förutsätter ett gott samspel som i praktiken ställer krav på ett självreflexivt förhållningssätt. Lyssnaren kan inte bortse från sig själv och sitt bidrag till samspellet, även om berättande inom ramen för en intervju kan ha en starkt strukturerad agenda. Att lyssna till andras berättande handlar inte bara om att uppfatta *vad* som sägs utan också att observera *hur* berättandet formas mellan berättare och åhörare. Till att börja med kan vi konstatera att allt berättande omges av normer. Normerna varierar i olika situationer och sammanhang, men vi förhåller oss alltid till förväntningar även då vi vill bryta mot dem. Om våra förväntningar begränsas av föreställningar om att ”riktiga” berättelser bara är sådana som är fullständiga och sammanhängande, inskränker det förmågan att lyssna till människor som inte lever upp till normen.²⁵

Den typ av redskap som jag har sammanfattat med orden *delta och observera* påminner om den metod som forskare i etnografiskt fältarbete kallar *deltagande observation*. Då människors berättande är ett speciellt fokus för etnografen används *narrativ etnografi* som namn på ett brett metodologiskt fält.²⁶ Kärnan i detta fält handlar om att delta i berättande och observera berättande i sitt levande sammanhang. En etnograf deltar ofta i människors vardagliga liv

under en avgränsad period för att på så sätt få inblickar det liv de lever och bättre förstå olika händelser eller företeelser ur de studerade människornas synvinkel. Inom vård och omsorg tillämpas ett liknande arbetssätt. Personal i äldreomsorg deltar i de äldres dagliga liv under längre tider, gör återkommande observationer och har möjlighet att tillägna sig goda insikter om de äldres egna perspektiv. Förutsättningarna för att delta i och observera människors dagliga liv varierar förstås i olika professioner, vilket kan tala för betydelsen av samverkan mellan flera aktörer som till exempel ingår i en rehabiliteringskedja.

Om berättande görs till intressefokus kan deltagande och observationer i princip äga rum på tre områden. Ett område, som kan vara svårt att få tillträde till i yrkespraktiker, är att delta i berättande som äger rum i människors dagliga liv. Men det är vad en forskare som bedriver fältarbete kan ägna sig åt för att få inblickar i de sociala, kulturella och materiella sammanhang som omger berättande. Som nämnts är det också vad till exempel personal i äldreomsorg dagligen ägnar sig åt, fast med delvis andra syften. Ett annat område för att delta och observera är berättarsituationer, som både kan vara arrangerade i till exempel intervju-samtal eller utlösas spontant i det dagliga livet. Här är det möjligt att observera vad som formar berättarsituationer och i otaliga informella sammanhang få upp ögonen för när och hur berättande utlöses. Ett tredje område för deltagande observation är berättandet i sig och dess outtömliga kommunikativa kapacitet att förmedla kunskap och skapa mening.

En annan typ av redskap för att utveckla narrativ praxis i olika professioner handlar i en förlängning om den mest grundläggande fri- och rättigheten i ett demokratiskt samhälle, *att få uttrycka sig fritt*. I det här sammanhanget syftar jag ytterst på rätten att uttrycka sig fritt med *varje* medel. Detta krav har inte bara betydelse för den som på grund av funktionsnedsättningar har begränsad förmåga att framföra berättelser. Kravet på rätten att få uttrycka sig fritt med varje medel har stor betydelse i sammanhang då det rör sig om berättande som ännu inte fått ett språk, och som jag

har kommenterat tidigare. I sådana sammanhang, som till exempel Kultur på recept vid långvarig smärta representerar, kan en narrativ praxis som innehåller flera alternativa kreativa uttrycksmedel vid sidan om det talade ordet, erbjuda nya redskap.

I det här sammanhanget är det ömsesidiga utbytet mellan yrkespraktik, konstnärligt och vetenskapligt arbete av särskilt värde. I de olika aktiviteter som deltagarna i Kultur på recept medverkar i ges många möjligheter att kommunicera med hjälp av flera medier än muntligt tal.²⁷ I den försöksverksamhet jag följde kunde jag konstatera hur flera olika medier, som målning och bilder, dans och sång, slöjdande och spel på trumma, formade ett slags berättande utan att nödvändigtvis vara beroende av ord. Detta berättande formades i gemenskap och gav deltagarna nya redskap för att uttrycka sig på ett sätt som annars inte hade varit möjligt och med de övriga deltagarna i gruppen som medskapare och publik.

På så sätt illustrerar också Kultur på recept en fjärde typ av redskap för narrativ praxis som har nyckelorden *framträda och gestalta*. Att framträda har, som jag har berört tidigare, en grundläggande betydelse då berättande betraktas ur ett performansorienterat perspektiv. Att framträda är med den utgångspunkten inte bara något som berör artister på scen. Att berätta innebär i alla vardagliga situationer att framträda och göra anspråk på att få gestalta en händelse, en gjord erfarenhet eller annat på egna villkor. Det finns ur den synpunkten alltid ett uppsåt med att berätta. Att ta plats i eget berättande innebär därför också att utnyttja egna resurser.

Centralt för performans eller framträdanden såsom termen används här, är ansvarstagande för hur något framförs eller kommuniceras. Karaktäristiskt är att framförandet alltid avgränsas i någon mening. Framträdandet sker i samspel och kräver en typ av kompetens som inte är något man utbildar sig till, utan bär inom sig. I muntligt framträdande använder vi en rad stilmedel och kreativa uttrycksmedel som både är personliga och mer allmänt igenkännbara. Nära förbundet med framträdande och framförande av berättelser och andra markerade former av kom-

munikation är att gestalta något i en speciell form. Allt berättande är i vid mening estetisk format genom varje berättares narrativa gestaltning. Att tolka och gestalta erfarenheter i berättande ägnar vi oss ständigt åt. Förmågan att berätta är kanske därför det viktigaste personliga redskapet för att på lite längre sikt kunna bearbeta livserfarenheter och förändra sig själv.

REDSKAP FÖR ATT OMVANDLA MÄNSKLIGT LIDANDE

Man kan fråga sig vilken typ av problem som har fört fram satsningar av det slag som Kultur på recept representerar. Ett svar är att medicinen inte ensam kan råda bot på alla de sjukdomar och besvär som drabbar människor. Men på ett mer grundläggande plan är svaret att hälsa representerar något mer än frånvaro sjukdom. För att förstå den vida innebörd hälsa har måste vi också vidga perspektivet på människokroppen i förhållande till den begränsade dualism vi har vant oss vid i språket genom till exempel ordparen kropp/själ, psyke/soma eller mental/fysisk. I min uppföljning av en försöksverksamhet med Kultur på recept i Stockholm har jag utgått från att mänskligt medvetande är kroppsförankrat och att kroppen inte är avgränsad i förhållande till den värld av erfarenheter som varje människa är en del av.

Utan att för den skull ifrågasätta nödvändigheten av att patientens kropp omvandlas till ett medicinskt objekt i kliniska sammanhang, visar erfarenheterna av Kultur på recept på betydelsen av att slussa ut patienterna som ska medverka i programmet från medicinens domäner. För att sammanfatta har jag beskrivit förflyttningen av deltagarna från medicinens domäner som den första av tre sammanvävda processer. Den andra processen, som medger en förflyttning av deltagarna från en tillvaro dominerad av ett ständigt lidande till aktiviteternas avgränsade meningssammanhang, har visat sig skapa former för att mobilisera deltagarnas egna resurser. En skör punkt i de hittills genom-

förda projekten i Sverige är att stanna vid aktiviteterna i sig.²⁸ För att programmet ska kunna få varaktig betydelse för deltagarna är det viktigt att de själva också fortsättningsvis får träning i att ta vara på egna redskap för att hantera och omvandla svåra livserfarenheter. Berättande är en sådan resurs vi alla förfogar över och som därför bör tas med i vidareutvecklingen av Kultur på recept.

Uppföljningen av Kultur på recept speglar också ett efterställt praxisorienterat forskningsområde som rör frågor om hur mänskligt lidande kan omvandlas i vår tid. För många olika typer av organisationer och professioner är mänskligt lidande en av de främsta utmaningarna att ta sig an. Detta gäller inte minst den moderna medicinen.

Men som filosofen Fredrik Svenaeus framhåller har den moderna medicinen i ytterst liten utsträckning ägnat sig åt att undersöka lidandets grundläggande beståndsdelar i form av en människas livsvärld, livsberättelse och livsmening, trots att lidandet i olika former är centralt inom sjukvården.²⁹

Ur den synpunkten framträder ett brett empiriskt fält där forskning inom medicinsk humaniora kan ge viktiga bidrag med utgångspunkt i skilda ämnestraditioner och perspektiv. En ansats som jag själv har fört fram i det här kapitlet rör frågor om hur berättande kan tas till vara som en resurs för att omvandla mänskligt lidande på kort och lång sikt. Inte minst utmanande är det faktum att en sådan forskning kan vidga förståelsen av hälsa med avseende på enskilda människors förhållande till kultur i dess dubbla mening, som jag har pekat på tidigare. Vilka resurser hämtar enskilda människor ur den kultur de själva är en del av? Hur använder vi berättande och andra estetiskt markerade former av kommunikation som en resurs för att få vara den vi är eller vill vara? Narrativ praxis hos myndigheter och organisationer av olika slag, liksom i skilda professioners yrkesutövande, är likaså ett angeläget fält för att bidra till kunskap om vår tids stora utmaningar att lösa problem i kölvattnet av mänskligt lidande.

NOTER

1. För rapporter om resultat, se www.kultur.sll.se/publikationer (160108).
2. Georg Drakos, *Konsten att förändra sin egen subjektivitet. Rapport från följeforskning*, Stockholm: Narrativ Etnografi, 2015; Georg Drakos, *Kultur på recept. Tre sammanvävda processer*, Stockholm: Narrativ Etnografi, 2015.
3. Ola Sigurdson, "Introduktion till kultur och hälsa", *Kultur och hälsa. Ett vidgat perspektiv*, Ola Sigurdson (red.), Göteborg: Centrum för kultur och hälsa, 2014, s. 11ff.
4. Katarina Bernhardsson, "Medicinsk humaniora", *Kultur och hälsa*, Sigurdson (red.), 2014, s. 91ff.
5. Jfr tillämpningen av modellen i Skåne, Region Skåne, *Rapport från pilotprojektet Kultur på recept*, Malmö: Region Skåne, 2011.
6. Byron J. Good, "A Body in Pain – The Making of a World of Chronic Pain", *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, Mary-Jo Delvecchio Good, Paul E. Brodwin, Byron J. Good och Arthur Kleinman (red.), Berkeley: University of California Press, 2004, s. 29 ff.
7. Terry Gunell och Owe Ronström, "Folklore och Performance Studies – en introduktion", *Folkloristikens aktuella utmaningar. Vänbok till Ulf Palménfelt*, Owe Ronström, Georg Drakos och Jonas Engman (red.), Visby: Gotland University Press, 2013, s. 21 ff.
8. Förutom jag själv medverkade Monika Löfgren, docent i rehabiliteringsmedicin.
9. Katharine Young, *Presence in the Flesh: The Body in Medicine*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997.
10. Georg Drakos, "Dialogens konkreta former vid läkarbesök på vårdcentral", *Dialogen som idé och praktik*, Boel Englund och Birgitta Sandström (red.), Stockholm: Carlssons, 2012, s. 189 ff.
11. Jfr Arthur Kleinman, "Pain and resistance: The delegitimation and relegitimation of local worlds", *Pain as Human Experience*, Delvecchio Good m.fl. (red.), s.169 ff.
12. Den första av två rapporter från försöksverksamheten med Kultur på recept projekt innehåller en detaljerad beskrivning av hur de olika aktiviteterna som ingick i programmet genomfördes, se Margareta Rydstad, Monika Löfgren och Georg Drakos, *Kultur på recept vid*

- långvarig smärta*, Stockholm: Kulturförvaltningen Stockholms läns landsting, 2015, tillgänglig: http://kultur.sll.se/sites/kultur/files/kultur-pa-recept-med-bilaga05_0.pdf (160108).
13. Astrid Jespersen och Torben Elgaard Jensens, "Tidens materialisering: Alment praktiserende lægers håndtering af tid", *Materialiseringer: Nye perspektiver på materialitet og kulturanalyse*, Tine Damsholt, Dorthe Gert Simonsen och Camilla Mordhorst (red.), Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2009, s. 175 ff
 14. Gunell och Ronström, "Folklore och Performance Studies – en introduktion", s. 21 ff.
 15. Fredrik Svenaeus, *Homo Patologicus. Medicinska diagnoser i vår tid*, Hägersten: Tankekraft Förlag, 2013.
 16. David B. Morris, "About Suffering: Voice, Genre, and Moral Community", *Social Suffering*, Arthur Kleinman, Veena Das och Margaret Lock (red.), Berkeley: University of California Press, 1997, s. 25 ff..
 17. Susan Sontag, *Att se andras lidande*, Stockholm: Brombergs Bokförlag, 2003.
 18. Arthur Frank, *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, Chicago: The University of Chicago Press, 1997.
 19. Jfr Lars-Christer Hydén och Jens Brockmeier (red.), *Health, Illness and Culture. Broken Narratives*, New York: Routledge, 2008.
 20. Jag har diskuterat denna problematik utförligare i annat sammanhang, se Georg Drakos, *Berättelsen i sjukdomens värld. Att leva med hiv/aids som anhängig i Sverige och Grekland*, Stockholm/Stehag: Symposium, 2005.
 21. Morris, "About Suffering", s. 25 ff.
 22. För en utförligare diskussion, se Annikki Kaivola-Bregenhøj, Barbro Klein och Ulf Palménfelt (red.), *Narrating, Doing, Experiencing. Nordic Folkloristic Perspectives*, Helsingfors: Finska Litteratursällskapet (Studia Fennica Folkloristica), 2006.
 23. Jfr Lars-Christer Hydén, "Kroppens berättelser", *Kropp, livslopp och åldrande. Några samhällsvetenskapliga perspektiv*, Eva Jeppsson Grassman och Lars-Christer Hydén (red.), Lund: Studentlitteratur, 2005, s. 147 ff.
 24. Se Narrativ vård och omsorg, *Vår modell*, <https://narrativomvardnad.wordpress.com/varmodell/> (160107).
 25. Jfr Matti Hyvärinen, Lars-Christer Hydén, Marja Saarenheimo och Maria Tamboukou (red.), *Beyond narrative coherence*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2010.

26. Narrativ etnografi är teoretiskt och metodologiskt ramverk som bildar en utgångspunkt för uppdragen i mitt forskningsföretag med samma namn, se Narrativ etnografi, *Narrativ etnografi*, <http://www.narrativ-etnografi.se/> (160201).
27. Jfr Marie-Laure Ryan (red.), *Narrative across media*, Lincoln: University of Nebraska Press, 2004.
28. Jfr *Slutrapport. Processutvärdering av Kultur på recept 2.0. Skånemodellen i Helsingborg*, Stockholm: Oxford Research, 2014.
29. Fredrik Svenaeus, "Vi har förlorat känslan för lidandet", *Svenska Dagbladet*, 15-10-20.



VILKA SAMBAND SER VI MELLAN KULTURAKTIVITETER OCH HÄLSA?

Töres Theorell och Fredrik Ullén

VARFÖR SKALL VI ha vetenskapliga studier av medicinska och biologiska effekter av kulturupplevelser? Frågan är befogad eftersom vi naturligtvis först och främst ägnar oss åt kulturella aktiviteter på grund av deras egenvärde. Kultur kan ge människor starka estetiska upplevelser, mening och en känsla av samhörighet.¹ Likväl är det intressant att undersöka huruvida kulturellt engagemang därutöver kan ha positiva effekter på välbefinnande och hälsa. Här, som i annan vetenskap, blir det viktigt att formulera hypoteser och att testa dessa så objektivt och förutsättningslöst som möjligt. I vårt kapitel kommer vi att belysa forskningsläget när det gäller neurobiologisk och psykofysiologisk forskning kring sambandet mellan musikerfarenheter och hälsa. Vi utgår till stor del från vår egen forskning, bland annat i samarbete med Svenska Tvillingregistret.

SAMHÄLLSANSVARET FÖR KULTUR- HÄLSA-FORSKNINGEN

En i praktiskt hänseende viktig målsättning för forskning på området kultur och hälsa är att producera ett välunderbyggt vetenskapligt underlag för kultursektorn, politiker, ansvariga för arbetet i skolan och vården och andra som har med hälsofrågor

att göra. Politiska beslut påverkas givetvis av mycket annat än forskningsresultat, men en viktig uppgift för forskningen är att informera politiken så att politiska förslag – till exempel om hur man skall kunna använda kulturella aktiviteter för att förbättra hälsan – kan bli så realistiska och empiriskt välgrundade som möjligt. Om det skulle vara så att vissa kulturella aktiviteter saknar hälsoeffekter eller rentav är negativa för hälsan blir det givetvis också viktigt att belägga.

Det finns alltså ett behov av forskning på området, utifrån både grundvetenskapliga och praktiska intressen. Hur gör man då sådana skattningar av konsekvenser av kulturellt engagemang för människors hälsa? En viktig poäng att generellt ha i åtanke är att samband mellan kulturaktiviteter av olika slag och hälsa inte behöver bero på en kausal effekt. En alternativ möjlighet är att människors hälsa påverkar hur mycket de ägnar sig åt kultur. Människor som deltar i en viss kulturaktivitet beskriver sig kanske som friskare än andra, men det kan bero på att de är friskare från start. Om de som blir sjuka slutar utöva aktiviteten och då försvinner ur studiegruppen kan man också få ett kvantitativt dos-respons-samband som ger ett falskt intryck av att kultur påverkar hälsa. Ett tredje alternativ är att någon oberoende faktor påverkar både människors kulturella engagemang och deras hälsa. En sådan faktor kan vara genetisk konstitution. Ett samband mellan deltagande i en viss kulturutövning och en viss aspekt på god hälsa kan i det fallet med andra ord bero på att både graden av kulturdeltagande (den ”förklarande” variabeln) och hälsoaspekten (den ”beroende” variabeln) har inslag av ärftlighet där en och samma grupp gener påverkar båda utfallen, så kallad genetisk pleiotropi (se nedan). Dessa orsaksmekanismer utesluter dessutom inte varandra utan kan tänkas förekomma i olika kombinationer, vilket gör forskning i fältet till en utmaning. Denna typ av svåra forskningsproblem kan man lösa genom att använda sig av flera sinsemellan kompletterande angreppssätt.

HÄLSOEFFEKTER AV MUSIKUTÖVNING

I studier av hälsoeffekter av kulturinterventioner kan man vara noggrann med att se till att de grupper man följer över tid är jämförbara från start, att man följer variabler som man tror går att påverka med interventionen, att man har tillräckligt stora grupper för att verkligen kunna se effekter, et cetera. Det finns mycket få sådana undersökningar publicerade. Psykiatrikern och alzheimersforskaren Gene Cohen undersökte hälsoutvecklingen hos äldreboende personer som alla ville börja sjunga i kör en gång i veckan. Hälften fick vänta i två år och man följde båda grupperna med standardiserade formulär.² Under uppföljningen utvecklades hälsan bättre hos de personer som fick sjunga i kör under hela perioden.

Stephen Clift och en forskargrupp har formulerat en övergripande teori om hälsoeffekter av körsjungande.³ Man betonar gemenskapen som i sin tur ökar motivationen att sköta hälsan. Vi vet bland annat från vår egen forskning att sång kan stimulera insöndring av oxytocin i blod särskilt när man sjunger i kör, vilket är betydelsefullt därför att oxytocin kan vara både smärt- och ångstdämpande.⁴ Även andra effekter på hormoner och immunsystem har rapporterats. I en undersökning följde vi under ett års tid personer med ”irritable bowel syndrome” som alla ville börja sjunga i kör. Hälften fick sjunga i kör en gång i veckan under ett års tid. Den andra hälften av deltagarna hade föreläsningar och gruppdiskussioner. Vi kunde visa att blodhalten av fibrinogen (som speglar aktivitet i immunsystem och koagulation) utvecklades på ett bättre sätt i den grupp som sjöng i kör än i den andra gruppen.⁵ Dessutom kunde vi visa att halten av testosteron i saliv (som både hos män och kvinnor speglar reparerande och uppbyggande aktivitet i kroppen) steg kraftigt under det första halvåret i körgruppen men inte i den andra gruppen.⁶ Under det andra halvåret minskade dock halten i körgruppen och skillnaden försvann. Vi vet inte varför. Kanske fungerade inte körgruppen tillräckligt bra i slutet? Vi skulle behöva betydligt fler sådana under-

sökningar för att förstå hur sambandet mellan körsång och hälsa fungerar. Förutom de effekter vi redan diskuterat (på gemenskap, hälsomotivation, uppbyggande hormoner och immunsystem) finns det också rent fysiska effekter såsom förbättrat samband mellan andning och cirkulation samt träning av stora muskelgrupper (diafragma och bröstkorghuskulatur).

Att musikutövning också kan vara förknippad med försämrad hälsa, åtminstone bland professionella pop- och rockmusiker, har påvisats i form av förkortad livslängd bland de musiker som nått störst framgång.⁷ Det kan ju handla om höga stressnivåer och missbruksproblem.

Studier av tvillingar och då särskilt enäggstvillingar erbjuder intressanta möjligheter att belysa kausalitet i samband mellan kulturaktivitet och hälsa.

DEN MUSICERANDE MÄNNISKAN – ETT TVILLINGPROJEKT

Riksbankens Jubileumsfond stödjer för närvarande ett flerårigt vetenskapligt musik och hälsa-projekt, *Den Musicerande Människan*, som baseras på det stora svenska tvillingregistret. Vi kommer i detta bidrag att beskriva några aspekter av projektet och diskutera frågeställningar kring kultur och hälsa som det aktualiserar. Tvillingforskning ger möjlighet att belysa hur genetiska och icke-genetiska faktorer samspelar för människors egenskaper. I projektet ingår en stor datoriserad enkätstudie som nära 11 000 tvillingar i åldrarna 27–54 år har deltagit i. Där ingår standardiserade datorbaserade tester av musikalitet, mätt som förmågan att uppfatta rytmer, melodier och tonhöjder, samt test av allmän kognitiv förmåga. I enkätstudien har vi ställt en rad frågor som belyser utbudet av kulturella aktiviteter under barndomen och den eventuella musikärbildningens omfattning och karaktär. Där ingår också ett standardiserat frågebatteri som belyser personlighet ("The Big Five", det vill säga en internationellt vedertagen

uppsättning personlighetsdrag), benägenhet för att uppleva *flow* (se nedan) i vardagen och under musikaliska aktiviteter, förmåga att bearbeta känslor, engagemang och framgång i olika kreativa verksamheter (musik, dans, författande, teater, bildkonst, vetenskap och uppfinnande), samt faktorer som är relaterade till motivation (till exempel att öva upp skicklighet på ett musikinstrument).⁸

Detta rika material möjliggör analyser av dels hur olika grupper av faktorer kan vara relaterade till varandra på befolkningsnivå, dels hur genetiska faktorer kan tänkas påverka sambanden mellan olika förhållanden. Om ett samband mellan en viss aktivitet (a) och en viss hälsfaktor (b) helt kan förklaras av att både a och b har samband med samma genetiska faktorer talar man om pleiotropi. Om det finns pleiotropi eller ej kan vara viktigt för att avgöra vilka effekter på hälsan vi kan förvänta oss av kulturupplevelser. Vi kan dra olika slutsatser. Bland annat har vi funnit ett samband (se nedan) mellan å ena sidan intensiv musikträning i ett livsperspektiv och å andra sidan förmåga att bearbeta känslor. Men inslaget av pleiotropi är mycket stort i detta samband, vilket alltså talar emot att sambandet beror på en kausal effekt av musicerande på emotionell förmåga. Betyder ett stort inslag av pleiotropi i sambandet mellan musikträning och känslobearbetningsförmåga att samhället kan strunta i musiken? Nej, självfallet inte. Om vi antar att det huvudsakligen är människor som har litet extra bra förmåga att bearbeta känslor som ägnar sig åt intensiv musikverksamhet så är det givetvis bra om skolan och samhället i övrigt underlättar för dessa människor att ägna sig åt musik på samma sätt som man önskar sig att andra grupper ges möjlighet att ägna sig åt sysselsättningar som de har intresse och förutsättningar för.

Emellertid ger tvillingundersökningarna också andra möjligheter att belysa centrala frågor. I ett litet experiment har vi på basis av svaren i webb-enkäten tagit ut tio enäggstvillingar i vilka syskonparet skiljer sig kraftigt åt i avseende på antal övningstimmar på piano – så kallad diskordans när det gäller pianospel (in-

klusionskriteriet var en skillnad i övning på minst 1300 timmar totalt under livet).⁹ Sådana par är sällsynta, sannolikt eftersom tvillingarna delar de flesta faktorer som stimulerar till pianospel, i och med att de har både samma uppväxtmiljö och identiska genuppsättningar. Dessa par har inbjudits till en rad undersökningar, bland annat en halvstrukturerad intervju om pianospelet med registrering av hjärtverksamheten. Tvillingarna i paret intervjuades åtskilda och de hade inte tillgång till varandras svar.

I den första intervjudelen ombads båda tvillingarna att kommentera varför de kommit att utvecklas så olika när det gäller pianospelet. Det vanligaste svaret var att den musikaktiva tvillingen visade mer intresse och mer energi i musikutövningen. Uppenbarligen finns alltså faktorer som oberoende av både genetisk konstitution och den gemensamma uppväxtmiljön gjort tvillingarnas musikintresse olika. I några fall nämndes också vad som förefaller som relativt slumpmässiga externa faktorer, till exempel att det ena syskonet bildade familj tidigare än det andra (och då inte kunde fortsätta spela piano) eller att piano fanns lättare tillgängligt för den ena tvillingen i vuxenåren, men den mest tydliga systematiska effekten var en skillnad i musikintresse.

I den andra delen av intervjun fick tvillingarna frågan om hur de skilde sig åt när det gällde musiklyssning och spelande/sjungande under barndomen. Svaren på denna fråga låg i linje med svaren på den första frågan, även om skillnaderna var mindre. I nio av tio par fick båda tvillingarna pianolektioner för samma lärare. Men i ett par fall var läraren mer intresserad av den tvilling som sedan kom att fortsätta pianospelet aktivt, och i något fall övade en av föräldrarna mera aktivt med den tvilling som sedan förblev aktiv.

Den tredje delen av intervjun handlade om starka musikminnen som skulle ha kunnat ha betydelse för olikheten, men inget tydde på att så skulle ha varit fallet. Den fjärde delen av intervjun handlade om vad deltagarna ansåg att musiken hade betytt dels för deras liv i största allmänhet, dels för deras hälsa. Svar som förekom oftare hos den pianoaktiva tvillingen än hos syskonet i

kommentarer om musikens betydelse i livet var *avslappning, identitetsskapande, relation till andra, kreativitet, musicerande med barnen, tröst* och *flow*. De svar som var vanligare från de mindre pianoaktiva tvillingarna än hos syskonet var *musik del av skolan, viktigt för glädje vid sociala begivenheter* och *inte mycket*. När de på motsvarande sätt skulle beskriva hur musiken bidragit till hälsan var följande svarstyper vanligare hos de musikaktiva tvillingarna: *bekräftelse eller ändring av känslor, musik under sport och dans, avslappning och meditation, kreativitet, positiva känslor* och *musik som stimulans för fysisk motion*. Svarstyper som var vanligare hos de mindre musikaktiva tvillingarna än hos syskonen var *ingen betydelse, bättre psykisk känsla, specifikt bättre, avslappning* och *körsång är social*.

Ett tydligt mönster som framkommer är alltså att den mer musikaktiva tvillingen har ett starkare intresse för musik och också är mera pregnant och tydlig i sina svar och i större utsträckning än syskonet kan precisera vad det är som gör musiken viktig i livet och för hälsan. Förmodligen handlar det helt enkelt om att den aktiva tvillingen har haft rikare och starkare musikupplevelser. Antalet pianospelsdiskordanta tvillingpar är visserligen litet, men det som gör observationerna intressanta är ju att de har samma gener och samma uppväxt. Ändå har deras musikvärld utvecklats olika. När det anlades ett livsperspektiv på musiken visade det sig att den pianospelande tvillingen hade mer precisa formuleringar om vad musiken kan ge till livet och hälsan.

I den webbaserade undersökning som tvillingarna också deltagit i ingick som nämnts standardiserade frågeformulär där personerna får skatta hur ofta de har *flow*-upplevelser i olika sammanhang. Det psykologiska tillståndet *flow* har beskrivits och studerats mycket av psykologiforskaren Mihaly Csikszentmihalyi.¹⁰ I korthet är *flow* det tillstånd vi kan hamna i när utför utmanande uppgifter som vi samtidigt har förmåga att utföra väl. Typiskt för *flow*-tillståndet är en hög men avspänd koncentration på själva uppgiften man utför, nedsatt självmedvetenhet, en känsla av kontroll och perfektion där handlingar upplevs ske automatiskt, samt en positiv känsla. I det standardiserade frågeformulär

om *flow* som ingick i webbenkäten ingick även frågor om deltagarens benägenhet att uppleva *flow* i samband med musikupplevelser. Där hade de pianoaktiva tvillingarna signifikant högre formulärpoäng än de som inte spelade, och det gällde även när man vidgade analysen till att omfatta alla de 30 par i hela kohorten som uppfyllde samma kriterium vad gäller diskordans för pianospel som den intervjuade gruppen (alltså även de par som inte kom till intervjun). Däremot gällde observationen inte *flow* i största allmänhet utan endast specifikt i relation till musikrelaterad *flow*.

Flow-upplevelser kan visa sig intressanta för samband mellan kultur och hälsa. Musik och andra kulturella aktiviteter är, liksom kreativa verksamheter generellt, ofta mycket gynnsamma för att uppleva psykologiskt *flow*.¹¹ Det visar sig i den större tvillingundersökningen att musikrelaterad *flow*-benägenhet har samband med hur mycket tid personen lägger på musikalisk träning.¹² Att uppleva *flow* under musicerandet verkar alltså vara en viktig motivationsfaktor för att musicera. Om kulturella aktiviteter är *flow*-skapande skulle detta kunna vara intressant ur hälsoperspektiv eftersom personer som upplever mer *flow* generellt i livet också rapporterar en högre grad av psykologiskt välbefinnande på skalor som mäter till exempel oro och neuroticism, självförtroende, självbild, livskvalitet och intern motivation.¹³ I nyare undersökningar har vi också sett att mer *flow* i livet generellt är kopplat till mindre symptom på depression och emotionell utmattning.¹⁴

Vi hade kunnat välja att studera tvillingdiskordans när det gäller flera andra instrument, men det visar sig av andra skäl vara intressant att vi just valt pianospel. I en analys av vilka barndomsfaktorer som har betydelse för vilka som fortsätter att spela eller sjunga som vuxna efter att de ägnat sig åt musik utanför skoltimern fann vi att en rad faktorer hade betydelse.¹⁵ Hur tidigt man startade var av vikt; ju senare efter sex års ålder den extra musikundervisningen startade, desto mindre sannolikhet för en fortsättning, och mer än en timmes extra musikundervisning ökade sannolikheten. Uppväxtmiljön hade som väntat betydelse; om

många sjöng eller spelade när man var liten ökade sannolikheten för en vuxenfortsättning och om barnet fick välja instrument själv ökade också sannolikheten. Vi såg särskilt att just pianospel var förknippat med en minskad sannolikhet att fortsätta med musiken i vuxenåren. Kanske har detta att göra med att pianospelet oftast är mindre socialt än annat musikutövande. Ensemblespel och improvisation hörde till de positiva faktorerna och utantillärning till de negativa.

FÖRMÅGA OCH OFÖRMÅGA ATT BEARBETA KÄNSLOR I RELATION TILL MUSIKERFARENHET

Alexitymi är ett grundläggande begrepp för alla som sysslar med sambanden mellan kulturaktiviteter och hälsa. Det betyder oförmåga att tolka känslor. Känslor har stor betydelse för vårt samspel med andra människor. När vi blir arga kan vi skrämma vår omgivning, när vi gråter av sorgsenhet kanske vi får stöd och hjälp från omgivningen, och när vi är rädda signalerar vi fara både för oss själva och för omgivningen. På motsvarande sätt innebär mimik och kroppsspråk som omgivningen tolkar som glädje och stolthet att hela gruppen kanske skall glädjas och känna samhörighet. När vi föds har vi en utvecklad förmåga att identifiera och särskilja känslor. Kanske är det bara hunger och allmänt obehag, samt odefinierat välbefinnande som är de känslomässiga tillstånd som den nyfödda babyn kan uppleva. Men mycket snabbt utvecklas en differentierad förmåga att identifiera och särskilja känslor. Man har utvecklat metoder för att mäta förmågan att identifiera, sätta ord på och i relation till andra människor hantera känslor. Oftast används ett frågeformulär, TAS20, som har 20 frågor om dessa saker.¹⁶ Kanske kan det synas egendomligt att ställa frågor om känslohantering: Den som är dålig på känslor vet väl ofta inte om det själv? Hur skall den personen kunna fylla i ett formulär om just det på ett rättvisande sätt? Nu har det visat sig att den poängsumma som man får när man fyller i det här for-

muläret har ett tydligt samband med förmågan att snabbt identifiera känslomässiga tillstånd i bilder av ansikten som i snabb följd presenteras på en skärm. Att sambanden är så pass starka tyder nog på att människor som har dålig förmåga att hantera känslor ofta har fått höra detta av omgivningen. När de svarar på frågorna i formuläret är deras svar kanske ett eko av de kommentarer de fått höra av anhöriga och vänner. Åtminstone gäller det här när man använder formuläret i normalbefolkningen (som vi diskuterar nedan). För personer med psykiska sjukdomar blir de metodologiska problemen större.

TAS20-formuläret har tre ”underdimensioner”, nämligen förmåga att identifiera känslor (identifikation), att sätta ord på dem (verbalisering) och att hantera känslor i förhållande till omgivningen (externalisering). I det följande kommer att vi att framförallt diskutera det sammanlagda måttet som är det som är mest accepterat i internationell forskning. Frågor som vi ställde till vår tvillingundersökning av relevans för området kultur och hälsa var följande:

1. Har musikträning (det vill säga antalet träningstimmar i sång eller instrumentspelning under livet totalt sett) samband med alexitymi? Eller för att formulera det annorlunda: innebär omfattande musikträning statistiskt sett ett skydd mot alexitymi?
2. Hur stor del av alexitymin förklaras av genetiska faktorer och hur stor del förklaras av miljön, dels den man hade under uppväxten och dels den man haft som vuxen?
3. Om det finns ett negativt samband mellan musikträning och alexitymi, hur stor del av detta är pleiotropiskt och hur stor del beror på barndoms- och vuxenmiljöerna?

För att besvara den första frågan använde vi vår tvillingkohort som en vanlig befolkningsundersökning.¹⁷ För att minimera effekten av att tvillingar är mera lika varandra parvis än folk i allmänhet i befolkningen gjordes dessa analyser ”fenotypiskt”,

det vill säga i de fullständiga deltagande tvillingparen tog man slumpvis bort den ena tvillingen i analyserna. Resultaten baserades då på nära 6000 individer varav cirka 2600 var kvinnor och 1400 män. Alla dessa deltagare hade haft någon erfarenhet i livet av att ha tränat att sjunga eller att spela ett musikinstrument. Det fanns ett samband mellan mängden träningstimmar och alexitymipoängen; ju mer musikträning desto lägre poäng för svårighet att hantera känslor ($r = -0.12$ för män och -0.10 för kvinnor efter korrektion för ålder). Utbildningsnivå hade ännu större betydelse ($r = -0.17$ för män och -0.18 för kvinnor). Den allmänna begåvningsnivån hade däremot ingen betydelse för alexitymipoängen. En annan observation som stämmer med övrig forskning på området är att personer med hög alexitymipoäng hade betydligt större sannolikhet än andra att rapportera depressiva känslor ($r = 0.29$ för män och 0.33 för kvinnor). Kvinnor hade lägre alexitymipoäng än män och man kunde också visa att utöver antalet musikträningstimmar även förekomsten av ensemblespel hade betydelse; de som förutom att de tränat mycket musik även hade erfarenhet av ensemblespel hade särskilt låga alexitymipoäng.

Mera avancerade statistiska analyser med tvillingmetodik visade att sambandet mellan antalet musikträningstimmar och alexitymipoängen förklarades av genetiska bidrag både till antalet träningstimmar och till alexitymipoängen. Vi såg alltså ingen statistisk direkteffekt av musikträningen på alexitymipoängen. Våra tvillingresultat återspeglar snarare spontana samband som uppstår i befolkningen när det gäller kulturstimulans i förhållande till känslbearbetning och då kan genetiska faktorer ha särskilt stor betydelse. Dessa resultat rör alltså självvalt musikaliskt engagemang där personer ägnar sig åt musik på det sätt de själva tycker är motiverande, och det kan givetvis fortfarande vara av intresse att undersöka interventioner i vilka man över tid följer grupper som är strikt jämförbara vid start och av vilka en får musikträning under mer kontrollerade former och den andra gruppen ingen sådan träning. Men våra resultat understryker att musikutövning endast

tycks svara för en liten del av variationen i känslobearbetningsförmåga och att därför stora grupper av deltagare kommer att krävas om man skall kunna visa eventuella kausala effekter av musikträning på sådan förmåga.

ANDRA KULTURELLA AKTIVITETER ÄN MUSIK I FÖRHÅLLANDE TILL KÄNSLOBEARBETNING

Mera detaljerade studier pågår också av sambanden mellan å ena sidan olika kulturella aktiviteter (musik, dans, skrivande, teater, bild) och å andra sidan alexitymipoäng.¹⁸ Graden av en viss kulturell aktivitet har beskrivits på en sjugradig skala. Den lägsta graden motsvarade ingen erfarenhet alls till exempel av musikutövning och den högsta graden professionella konsertframträdanden med recensioner i massmedia eller andra former av nationellt eller internationellt erkännande. De andra formerna av konstutövning graderas på motsvarande sätt. Ambitionen har varit att finna det oberoende statistiska bidraget till exempel av musikutövning respektive skrivande till alexitymipoäng. Resultaten tyder på att skrivande och musik har särskilt starkt oberoende statistiskt samband med alexitymi, men även på att de som kombinerat många typer av sådana kulturella aktiviteter har särskilt låga poäng på alexitymiskalan. Detta pekar på betydelsen av att emotionerna kan få många typer av konstnärliga uttryck. Dans som ju kan ses som ett ordlöst uttryck för känslor intar en särställning i alexitymi-studierna.¹⁹ Det är framförallt förmågan att hantera känslor i relation till andra – externalisering, det vill säga att kommunicera känslor till andra – som har samband med högt utvecklad dansförmåga.

Nyligen har vår forskargrupp också visat att kvinnor med utmattningssyndrom som har kontakt med vårdcentral kan ha nytta av att delta i ett tre månader långt gruppbaserat kulturinterventionsprogram med aktiviteter (interaktiv teater, film, röstimprovisation, teckning, dans, mindfulnesssträning och musikte-

ater) – var och en under två konsekutiva veckor – en gång i veckan.²⁰ Denna undersökning var upplagd som en slumpvalsstudie med standardiserade frågeformulär och resultaten visade att symptomen på utmattning, känslobearbetningsförmåga (motsatsen till alexitymi) och självskattad hälsa utvecklades bättre i kulturinterventionsgruppen än i kontrollgruppen, inte bara efter interventionen utan också sex månader efter start. Ett kulturprogram med flera olika aktiviteter kan alltså ha statistiskt signifikanta effekter vid utmattningssyndrom!

SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis är det som många kunnat konstatera svårt att fastställa på vilket sätt kulturaktiviteter kan påverka hälsan. Det finns många neurobiologiska och fysiologiska samband mellan kulturaktiviteter och hälsa, och med en växande arsenal av forskningsverktyg kommer vi att kunna säga alltmera om hur dessa samband uppkommer och hur de skulle kunna användas i samhället. Det är viktigt att vi får mer av forskningsbaserad kunskap om hur kulturstimulans fungerar. Regelbundet körsjungande verkar att kunna ge hälsoeffekter via flera mekanismer men hur stora de långvariga effekterna är vet vi ännu inte. Det finns många olika slags körsång och många olika slags körsångare. Effekterna verkar inte att vara desamma för amatörer som för professionella. Som forskare har vi också ansvar för att beskriva skadliga effekter!

En viktig specifik fråga för kommande forskning är hur *flow*-upplevelser, som kan stimuleras av konstnärliga upplevelser, relaterar till välbefinnande och hälsa. Kanske är de nyckeln till det samband som vi alla upplever att det måste finnas mellan musikupplevelser och hälsa? Man kanske kan spetsa till det och fråga sig om *flow*-upplevelser är en del av hälsan. Den som aldrig får uppleva *flow* lever ett mindre ”hälsosamt” liv än andra.

FÖRFATTARNAS TACK

Vi är tacksamma för forskningsmedel för den redovisade forskningen från Riksbankens Jubileumsfond (M11-0451:1) och Sven och Dagmar Saléns Stiftelse.

NOTER

1. Alf Gabrielsson, *Starka musikupplevelser*, Stockholm: Gidlunds, 2008; Töres Theorell, *Noter om musik och hälsa*, Stockholm: Karolinska University Press, 2009.
2. Gene Cohen, "New Theories and Research Findings on the Positive Influence of Music and Art on Health with Ageing", *Arts & Health*, 1 (2009), s. 48–63.
3. S. Clift, G. Hancox, I. Morrison, B. Hess, G. Kreutz och D. Stewart, "Findings from a Cross-National Survey on Choral Singing, Well-being and Health", Canterbury: Canterbury Christ Church University, 2008, [http://www.canterbury.ac.uk/centres/sidney-de-haan-research/\(100203\)](http://www.canterbury.ac.uk/centres/sidney-de-haan-research/(100203)).
4. Christina Grape, Maria Sandgren, Lars-Olof Hansson, Mats Ericson och Töres Theorell, "Does Singing Promote Well-Being? An Empirical Study of Professional and Amateur Singers during a Singing Lesson", *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 38:1 (2003), s. 65–74; se också Gunter Kreutz, "Does Singing Facilitate Social Bonding?", *Music and Medicine*, 6:2 (2014), s. 51–60.
5. Christina Grape, Töres Theorell, Britt-Maj Wikström och Rolf Ekman, "Choir Singing and Fibrinogen, VEGF, Cholecystokinin and Motilin in IBS Patients". *Medical Hypotheses* 72:2 (2009), s. 223–225.
6. Christina Grape, Britt-Maj Wikström, Dan Hasson, Rolf Ekman och Töres Theorell, "Saliva Testosterone Increases in Choir Singer Beginners", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79:3 (2010), s. 196–198.
7. Mark A. Bellis, Tom Hennell, "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hennell%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17873227", Clare Lushey, "<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lushey%20C%5BAuthor%5D&cauthor>

- =true&cauthor_uid=17873227” , Karen Elizabeth Hughes, Karen Toque och John R. Ashton, ”Elvis to Eminem: Quantifying the Price of Fame through Early Mortality of European and North American Rock and Pop Stars”, *Journal of Epidememic Commmunity Health*, 61:10 (2007), s. 896–901.
8. Mihaly Csikszentmihalyi och Isabella Seleva Csikszentmihalyi (red.), *Optimal Experience: Psychological Studies of Flow in Consciousness*, Cambridge: Cambridge University Press, 1988; Mihaly Csikszentmihalyi, *Flow: Den optimala upplevelsens psykologi*, Stockholm: Natur & kultur, 2006.
 9. Helene Eriksson, László Harmat, Töres Theorell och Fredrik Ullén, ”Similar but different: Interviewing monozygotic twins discordant for musical practice”, *Musicae Scientiae*, kommande.
 10. Csikszentmihalyi och Csikszentmihalyi, *Optimal Experience*, Csikszentmihalyi, *Flow: den optimala upplevelsens psykologi*.
 11. Mihaly Csikszentmihalyi, *Creativity: Flow and the Psychology of Discovery and Invention*. New York: Harper Perennial, 1997; Csikszentmihalyi och Csikszentmihalyi, *Optimal Experience*.
 12. Ana Butković, Fredrik Ullén, Miriam A. Mosing, ”Personality and Related Traits as Predictors of Music Practice: Underlying Environmental and Genetic Influences”, *Personality and Individual Differences*, 74 (2015), s. 133–138.
 13. Kiyoshi Asakawa, ”Flow Experience and Autotelic Personality in Japanese College Students: How Do They Experience Challenges in Everyday Life?”, *Journal of Happiness Studies*, 5 (2004), s. 123–154; Kiyoshi Asakawa, ”Flow Experience, Culture, and Well-Being: How do Autotelic Japanese College Students Feel, Behave, and Think in Their Daily Lives?”, *Journal of Happiness Studies*, 11 (2010), s. 205–223; Susan A. Jackson, Jay C. Kimiecik, Stephen K. Ford och Herbert W. Marsh, ”Psychological Correlates of Flow in Sport”, *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20 (1998), s. 358–378; Susan A. Jackson, Pat R. Thomas, Herbert W. Marsh och Christopher J. Smethurst, ”Relationships Between Flow, Self-concept, Psychological Skills, and Performance”, *Journal of Applied Sport Psychology*, 13 (2001), s. 129–153; Fredrik Ullén, Örjan de Manzano, Rita Almeida, Patrik K.E. Magnusson, Nancy L. Pedersen, Jeanne Nakamura, Mihaly Csikszentmihalyi och Guy Madison, ”Proneness for Psychological Flow in Everyday Life: Associations with Person-

- ality and Intelligence”, *Personality and Individual Differences*, 52 (2012), s. 167–172.
14. Opublicerade data.
 15. Theorell, *Noter om musik och hälsa*.
 16. R. M. Bagby, L.E Ayeerst, R.A. Morariu, C. Watters och G.J. Taylor, ”The Internet Administration Version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale”, *Psychological Assessment*, 26 (2014), s. 16–22; Bellis m.fl., ”Elvis to Eminem”erican Rock and Pop Stars”; Margareta Simonsson-Sarnecki, Lars-Gunnar Lundh, Bertil Torestad, R. Michael Bagby, Graeme J. Taylor och James D. A. Parker, ”A Swedish Translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: Cross-validation of the Factor Structure”, *Scandinavian Journal of Psychology*, 41 (2000), s. 25–30.
 17. Töres Theorell, Anna-Karin Lennartsson, Miriam A. Mosing och Fredrik Ullén, ”Musical activity and emotional competence – a twin study”, *Frontiers in Psychology*, 5 (2014).
 18. Anna-Karin Lennartsson, Eva Bojner Horwitz, Töres Theorell och Fredrik Ullén, ”Creative Artistic Achievement (in Writing, Music, Dance, Theatre, and Visual Arts) is Associated with Emotional Competence”, manuskript.
 19. Eva Bojner Horwitz, E., Anna-Karin Lennartsson, Töres Theorell och Fredrik Ullén. ”Engagement in Dance is Associated with Emotional Competence in Interplay with Others. *Frontiers in Psychology*, 6 (2015).
 20. Christina Grape Viding, Walter Osika, Töres Theorell, Jan Kowalski, Johan Hallqvist och Eva Bojner Horwitz, ”’The Culture Palette’: A Randomized Intervention Study for Women with Burnout Symptoms in Sweden”, *British Journal of Medical Practitioners*, 8:2 (2015).

OM HÄLSA OCH MENINGEN MED TRÄNING

Wilhelm Kardemark

”FÖR MIG ÄR det bara resultat som räknas”. Ungefär de orden hörde jag på gymmet då en personlig tränare talade med en klient. Tränaren och klienten talade om hur en viss övning skulle utföras och tränaren poängterade vikten av ett korrekt utförande för önskvärt resultat. Eftersom resultat var det som räknades för honom var det också viktigt att tekniken var rätt. Att som tränare bara gå på resultat låter inte så dumt. De allra flesta vill rimligtvis uppnå något med sin träning och om tränaren kan göra mål mer tillgängliga genom teknikfokus torde alla bli nöjda. Men man kan också fråga sig vad som är eftersträvsvärda resultat när det kommer till fysisk träning, med eller utan ledning av personlig tränare. Är alla målsättningar för och eventuella resultat av träningen lika önskvärda?

I detta kapitel ligger fokus på antaganden om mål för och resultat av träning och hur de kan ses i relation till perspektiv på hälsa. Mer exakt ska jag diskutera hur kvalitativa målsättningar med träning kan ses i ljuset av teorier om hälsa och vilka utmaningar det kan innebära för personliga tränare (PT). Min utgångspunkt tar jag i vissa fall i egna erfarenheter av träningsbranschen, men företrädesvis i humanistisk forskning om hälsa. I någon mån skriver jag som en reflekterande praktiker då jag utbildade mig till personlig tränare för några år sedan och har, från och till,

sedan dess arbetat som personlig tränare och i några fall med att fortbilda tränare. Min akademiska bakgrund finner man inom religionsvetenskap, den del som kallas livsåskådningsforskning, där jag intresserat mig för hälsofrågor.

I de närmast följande avsnitten ger jag en introduktion till forskning som relaterar till kapitlets tema och tjänsten personlig träning, vad som kännetecknar den och hur den kan ses i relation till vår samtids syn på hälsa och välfärd. Tonvikt ligger vid den relativt tunnsådda forskningen om tjänsten personlig träning, medan humanistiska perspektiv på hälsa främst aktualiseras i beskrivningen av samtidens synsätt, vår hälsokultur. Därefter beskriver jag tre filosofiska perspektiv på hälsa som jag under de avslutande rubrikerna använder för att diskutera mål med tjänsten personlig träning. Avslutningsvis lyfter jag fram de delar som jag menar är mest centrala mitt resonemang. Här reflekterar jag också kort kring hur man mer praktiskt kan arbeta och tänka på resultat av träning.

FORSKNING OM PERSONLIG TRÄNING

Forskningsområdet *medical humanities*, eller på svenska medicinsk humaniora, kan sägas handla om humanistiska perspektiv på medicinen och medicinsk verksamhet i en vid bemärkelse. En viktig del av området behandlar medicinska utbildningar och frågor om hur de kan stärkas genom humanistiska perspektiv. En annan del inom fältet är vad man kan tala om som en kritisk reflektion över medicinen och föreställningar om hälsa och sjukdom, som inte primärt syftar till att stärka medicinsk utbildning. Dessa två delar ligger många gånger nära varandra; de mer renodlat kritiska reflektionerna kan exempelvis ge viktiga delar ifråga om hur utbildningar och undervisningsformer kan stärkas och studiet av undervisning och utbildning kan väcka en rad frågor av mer generell natur.¹

Mot bakgrund av intresset för utbildningsrelaterade frågor

och som en följd av forskningsområdets historiska närhet till medicinsk teori och praktik kan man se ett tydligt intresse för sjukvårdens professioner och verksamheter. Yrkesgrupper och praktiker som ligger utanför vården, men som ändå hanterar människors hälsa och välbefinnande har varit styvmoderligt behandlade. Detta stämmer till eftertanke då det är frågan om en sektor, som är en del av vardagslivet för många människor och som med fördel kan ses i ljuset av problemställningar som diskuterats inom medicinsk humaniora. Genom att diskutera personlig träning i relation till teorier om hälsa närmar sig detta kapitel ett nytt och viktigt område inom ramen för medicinsk humaniora.

Tjänsten personlig träning har främst behandlats inom idrottsvetenskaplig forskning och tjänsteforskning i vid bemärkelse. Tidigare studier har berört tjänstens effektivitet i fråga om att öka viljan att träna och fysisk styrka.² Även vad som ses som centrala karaktäristika (inklusive kroppsliga) hos personliga tränare och anledningar till att träna med personlig tränare har undersökts i mindre studier.³ Till detta kan vi också lägga studier som snarare intresserat sig för relationer mellan klient och tränare, förhållningssätt till klienter och syn på den egna rollen. I en äldre enkätstudie inom området belyser James Gavin, med akademisk bakgrund inom psykologi, bland annat att tränare ofta ger råd på områden som ligger utanför det strikt träningsrelaterade. Detta menar Gavin kan förstås mot bakgrund av att det med tiden ofta uppstår en kamratlig snarare än professionell relation mellan tränare och klient, som i det närmste bäddar för detta. Sociologen Molly George visar hur tränare genom olika typer av bemötande skapar en professionell roll och de svårigheter som det är förbundet med då rollen är otydlig i klientens ögon och då det inte finns någon egen unik kunskapsbas. Den tematik som aktualiseras av George framkommer också i Jesper Andreassons och Thomas Johanssons studie av hälso- och fitnessindustrin där bland annat personliga tränare i Sverige och USA intervjuas. Som de båda forskarna med bakgrund i sociologi, idrottsforskning och pedagogik uppmärksammar, är upprätthållandet av en professionell

roll central för tränarna. Detta märks bland annat i att de upplever utbildning som ett sätt att skapa legitimitet och trygghet i yrkesrollen, men också – och inte minst – i de sätt intimitet och beröring hanteras av tränarna. I en annan intervjustudie undersöker Ngaire Donaghue och Maddison Allen, båda verksamma vid School of Psychology and Exercise Science, Murdoch University, Australien, hur personliga tränare förhåller sig till klienters önskemål om viktnedgång. Studien visar bland annat att tränarna tycker det är viktigt att låta klienterna sätta målen och att tränarna på olika sätt bidrar till att upprätthålla en bild av att viktnedgång är ungefär lika enkelt för alla och att det hänger på inställning och vilja att ändra sina vanor.⁴

Utbildning är utifrån Georges, liksom Andreassons och Johanssons, studier viktigt för tränare, men vart vänder sig tränare för att inhämta kunskap och vilken kunskap menar tränare är central för deras arbete? I en av de få studier som finns på detta område genomför Dawn Stacey med kollegor inom medicinska vetenskaper en litteraturstudie av tidigare forskning där frågor om vilka källor tränare vänder sig till för yrkesrelevant kunskap skulle kunna behandlas. I en intervjustudie av tränare behandlas också kunskapsfrågor av Alexander T. C. De Lyon och Christopher J. Cushion, båda verksamma vid School of Sport, Exercise and Health Sciences på brittiska Loughborough University. Moh Malek pekar, tillsammans med kollegor inom idrottsfysiologi, på vikten av idrottsvetenskapliga kunskaper för tränare.⁵

Vad litteraturstudien och De Lyon och Cushions studie pekar på är att vi känner till lite om kunskapsöverföring till personliga tränare och att stor del av den kunskap som tränare inhämtar kommer från personer i den miljön de vistas i. De visar också att akademisk kunskap i flera fall upplevs som mindre relevant. Vad som även framkommer är att medierna utgör en viktig informationskanal och att en klar majoritet inte har någon akademisk utbildning, vilket bland annat tycks påverka tränares informationsökande. Tränare med kortare utbildning förlitar sig i högre

grad på uppgifter från press och webbsidor vars trovärdighet kan ifrågasättas, medan tränare som har akademisk utbildning vänder sig till mer granskade källor så som vetenskapliga tidskrifter. Vetenskapliga rön och perspektiv ses således inte som irrelevanta av tränare, även om förhållandevis närliggande och lättillgängliga sociala och kulturella sammanhang, som kollegor och massmedia, i hög utsträckning bidrar till kunskapsbasen för många tränare. Andreasson och Johansson pekar i relation till frågor om kunskapsbasen på att egen träningserfarenheten ses som viktig av tränarna själva, att utbildningar och formella kvalifikationer förstås som något tränare bör ha, men också att personlighet och social förmåga i flera fall väger tyngre.⁶

Sammantaget visar min genomgång att det finns ett växande akademiskt intresse för personlig träning, men också att humanistiska perspektiv är frånvarande och att ett flertal centrala frågor hittills inte berörts. Exempelvis tycks studier som undersöker tränares syn på utvärdering av träning saknas och liksom studier av hur utvärderingsmöjligheter påverkar vilken träning som genomförs. Vi ser också en uppenbar skillnad i jämförelse med det intresse sjukvårdens utbildningar och medicinska praktiker tilldragit sig inom medicinsk humaniora. Intressant nog är också pedagogiska perspektiv på tjänsten sällsynta, även om man kan hävda att tränaren är en form av pedagog som lär klienten sätt att hantera och förstå sin kropp. Bland de nämnda studierna är det endast Andreasson och Johansson som berör frågor om lärande när de belyser hur tränares önskan att ”neutralisera” situationer med fysisk närhet och kroppskontakt påverkar sätten de instruerar.⁷ I de följande delarna ska jag diskutera tjänsten som en del av vår tids hälso- och träningskultur, för att på så vis närma mig frågor om hur den kan förstås och utvecklas. Det handlar i sin tur om att belysa och diskutera vad som kan upplevas som ”självklarheter” – som att minskad fettprocent och ökad muskelmassa är lämpliga mål med träning – och sätt som synsätt på kropp och hälsa kan generera olika förhållningssätt till träning.

TJÄNSTEN PERSONLIG TRÄNING

Personlig träning utförs vanligtvis på gym av tränare som kan ha gått någon av de utbildningar som i Sverige erbjuds av privata aktörer som The Academy och PT-School. Titeln personlig tränare är inte någon skyddad yrkestitel och ges inte till sökande av något i relation till utbildningarna externt organ, som exempelvis Socialstyrelsen. Vem som helst kan därför kalla sig för personlig tränare. I kombination med utbildningarnas skiftande karaktär och att PT-branschen växt påtagligt de senaste åren har detta rest frågor om tjänstens kvalitet.⁸

Utbildningarnas längd och utformning varierar från intensivkurser på några veckor till utbildningar som löper över längre tid men med lägre intensitet. I en amerikansk kontext är utbildningarna framförallt knutna till en idrottsvetenskaplig tradition, vilket också tycks vara fallet i Sverige.⁹ Utifrån min egen erfarenhet av branschen tycks det – också här i likhet USA – som att en majoritet saknar annan utbildning än tränarutbildningar. Som en följd av utbildningarnas olika utformning och gymmens olika profiler är det rimligt att anta att tjänsten i praktiken kan se ganska olika ut. Samtidigt finns det också viktiga likheter i fråga om kundorientering, det personliga mötet, betoning av säkerhet, att tränaren oftast tränar en klient åt gången och att tränaren måste skapa en egen kundbas.¹⁰ Till det kan vi också lägga den asymmetri som finns mellan tränare och klient. Tränaren behöver sälja träning och är, liksom alla näringsidkare, beroende av kundens pengar. Klienten vet oftast mindre om träning än tränaren och är därför beroende av tränarens kunskap och måste kunna lita på denne. I själva träningsituationen är också, som den ovan nämnde Gavin påpekar, klienten i ett utsatt läge då hon uttröttas och bär mer fysiskt exponerande kläder än normalt.

Även om rollen som personlig tränare och tjänsten personlig träning är behäftad med otydlighet – vilket bland annat behovet av att skapa professionalitet i tjänsten och den uppsjö av olika certifieringar som finns visar – kan den, rätt utförd, fylla viktiga

funktioner.¹¹ Donaghue och Allen menar att tränaren kan fungera som en mellanhand mellan sjukvårdens professioner, den kommersiella hälsoindustrin, klienters önskningsar och vad som är möjligt med träning.¹² Med anledning av att läkare upplever det som svårt att vägleda patienter i träning kan, som Stacey med kollegor kommenterar, tjänsten fungera som en resurs för träningsvägledning och -information.¹³ Samtidigt pekar tidigare berörda faktorer mot att det är svårt att tala generellt om vilka funktioner tjänsten kan ha. Bristen på extern kontroll av tränare och utbildningar, utbildningarnas olikheter och att delar av tränarkåren i flera fall tycks vända sig till informationskanaler, vars främsta förtjänst är deras lättillgänglighet talar för att kunskapsnivån hos tränare kan variera påtagligt. Då tjänsten i praktiken kan se ganska olika ut är det också svårt att tydligt peka på vilka funktioner den kan ha. Till denna osäkerhet kan vi också lägga det tämligen osäkra forskningsläget. De studier som tidigare tagits upp har genomförts i en rad olika länder och man kan fråga sig vilka slutsatser det går att dra. Personlig träning i Sverige skiljer sig rimligtvis på flera sätt från personlig träning i exempelvis Australien eller USA.

EN TJÄNST I TIDEN

Att tidigare forskning om personliga tränare och deras kunskaper (som de har med sig, söker och i vilka media som de söks) betonar vikten av kunskaper inom idrottsvetenskapliga och tydligt medicinska områden är inte förvånande. Denna typ av kunskaper är centrala för alla som arbetar med hälsa och träning. Men vi kan också förstå denna betoning utifrån den centrala roll och status som de medicinska vetenskaperna har i vår kultur. Forskning som undersökt medicinens roll och status har visat att medicinens domvärjo utökats och att den i vår tid erbjuder tolkningsraster för många olika delar livet.¹⁴ Man kan jämföra med exempelvis filosofen Fredrik Svenaeus och hans tanke om ”barnkalas-

syndromet,” som handlar om ett förändrat sätt att tänka på barn som inte är lydiga och lätthanterliga. Förändringen handlar om en övergång från att man tidigare tänkt på barn på barnkalas som besvärliga, stökiga eller med spring i benen till att se dem utifrån olika neuropsykiatriska diagnoser.¹⁵ Liknande delar lyfts också upp med det vidare begreppet ”biomedikalisering” som syftar på hur allt fler delar av livet förstås i medicinska termer.¹⁶ En del av detta beskriver en tillagande betoning av risker och prevention, en annan hur medicinens expansion kan knytas till förändringar av politisk och ekonomisk natur. Det senare handlar i synnerhet om avregleringar av hälso- och sjukvårdssektorn och hur marknadsintressen har kommit att påverka organiseringen av välfärd och bidra till uppkomsten av nya professioner, tjänster och produkter. Biomedikalisering är på detta sätt del av mer generella livsåskådningsmässiga förändringar bland vilka ett allt mer individualiserat perspektiv på hälsa ingår.

Som Andreasson och Johansson påpekar, passar gym- och fitnessindustrin väl in i detta nyliberala perspektiv.¹⁷ Inte minst tjänsten personlig träning bör ses i ljuset av dessa förändringar då den tillhandahålls utanför den offentligt finansierade sektorn och utan tydlig koppling till den institutionaliserade hälso- och sjukvårdens professioner. Den som tar del av tjänsten är ”klient” eller ”kund”, snarare än ”brukare” och utgångspunkten är hennes önskemål och betalningsvilja. För tränarens del innebär detta att en marknad har skapats och att hon i sin profession kan och kanske förväntas spela en viktig roll i människors självvalda hälsoarbete. Situationen innebär också för tränaren att det är en bransch med många aktörer och utan extern kontroll, som gör konkurrensen hård och att kvaliteten på tränare kan skifta. Det normala i branschen är att tränaren endast får betalt under den tid han eller hon har klient i gymmet och att tränare, oavsett om de är anställda eller egenföretagare, i praktiken står på egna ben.¹⁸

Konkurrens och den beroendeställning som följer skall enligt marknadslogik leda till effektivt resursutnyttjande och att de tjänster som efterfrågas produceras. Denna bild av markna-

den och dess inneboende människosyn kan man, som organisationsforskaren och etikern Tomas Brytting, ställa sig tvekan inför. I synnerhet kan teorins antaganden om aktörerna som rationella, autonoma och egennyttiga och tanken om ett bra informationsutbyte ifrågasättas.¹⁹ Sett till tjänsten personlig träning finns det risk att kvaliteten i tjänsten påverkas på ett negativt sätt. Jag vill här lyfta fram två problem som kan tänkas uppstå. Det ena handlar om det problem som tidigare forskning uppmärksammat, att tränare kan gå utanför den egna kompetensen i önskan om att hålla kunderna nöjda.²⁰ Det andra handlar om hur synsätt på hälsa och träning – vår samtida hälso- och träningskultur – tillsammans med ett behov av att visa resultat i slutändan kan sänka kvaliteten. Mer konkret kan man säga att det senare problemet har två delar. Den ena hänger samman med att tjänsten är otydlig och att klienter inte nödvändigtvis vet vad en kvalitativ träningstjänst kan vara och således inte kan efterfråga den. Den andra om att det finns risk att tränare avpassar sin verksamhet mot och jämför resultaten med målsättningar av mer lättberäknad karaktär. Risken finns att träningsrelaterade mål som är svårare att på ett tydligt sätt mäta och kommunicera hamnar i bakgrunden när man som tränare behöver visa för klienten att träningen varit effektiv. Det är också detta problem jag tar min utgångspunkt i inför de fortsatta reflektionerna över tjänsten, vilka tar vid efter att vi sett lite närmare på tre sätt att förstå hälsa.

HÄLSA – MER ÄN FRÅNVARO AV SJUKDOM?

Att hälsa är ett mångfacetterat tillstånd som inrymmer något mer än bara en frånvaro av sjukdom torde de allra flesta vara överens om. Trots det skulle jag vilja hävda att tanken om att man är frisk så länge man inte drabbats av någon form av sjukdom är vanlig, exempelvis då man ser argument för fysisk aktivitet. I litteratur som på något vis behandlar träning är det vanligt att inledningsvis nämna ett flertal olika sjukdomar och åkommor som man med

träning undviker och att detta tas som intäkt för verksamhetens hälsobringande potential.²¹ Enligt filosofen Lennart Nordenfelt, som vi skall återkomma till nedan, formulerades också en av de mer etablerade negativa hälsoförståelserna som ett försök att beskriva hur läkare förstår hälsa och sjukdom.²² Den teori Nordenfelt talar om är den ”biostatistiska”, formulerad av Christopher Boorse, enligt vilken sjukdom, enkelt uttryckt, beskrivs som avvikelser från en statistisk normalitet. Det organ som inte fungerar så som organ av detta slag vanligtvis gör är sjukt och personen som har detta organ är följaktligen också sjuk. Tonvikten i beskrivningen av hälsa ligger alltså på frånvaro av sjukdom. Utgångspunkten är de sätt som kroppar normalt sett fungerar i en population och i ett påtagligt objektiverande sätt att se på kroppen som gör den till något att mäta och jämföra med statistisk normalitet.²³ Styrkan i detta perspektiv får nog sägas ligga i dess tydlighet och tillämpningsbarhet i de fall då det finns studier som ger en bild av det statistiskt normala. Även om det finns poänger med att förhålla sig till hälsa och sjukdom genom nämnt perspektiv kan det knappast sägas vara tillräckligt i exempelvis arbeten där hälsans upplevelsemässiga delar är viktiga. Ett sådant är den personlige tränarens.

HÄLSA SOM FÖRMÅGA ATT NÅ CENTRALA LIVSMÅL

Vad jag upplever som en vanlig ingång till varför någon väljer att träna med en personlig tränare är att man vill nå mål som inte enkelt kan formuleras i kvantitativa termer. Klienten vill kunna åka skidor med familjen, springa en maraton, orka leka med barnbarnen eller känna sig mer bekväm med fysisk träning. Man vill få en kroppslig förmåga som gör att man kan nå något centralt mål i livet eller kunskaper och erfarenheter som gör att man själv kan sköta sin hälsa och må bättre. Den ovan nämnde Lennart Nordenfelt har formulerat vad han själv talar om som en ”holis-

tisk” hälsoteori som fokuserar på detta, förmågan att nå centrala livsmål. Med hans utgångspunkt är man frisk så länge man under ”standardomständigheter” kan nå sina centrala livsmål som gör att man kan vara lycklig i långa loppet. Dessa målsättningar är av en generell, allmänmänsklig och personlig karaktär. Hälsa har på detta sätt vissa återkommande, generella drag men också subjektiva som är knutna till vad som är viktigt i en människas liv.²⁴

Begreppet standardomständigheter är centralt i teorin. Med begreppet åsyftas både den ”naturliga miljön” och det samhälle och kultur man som människa befinner sig i. Som bekant är vissa mål väsentligt mycket svårare eller lättare att nå under vissa omständigheter än andra. Att bli en duktig skidåkare är lättare om man har ett skidspår runt knuten än om man bor på en plats med ett milt och regnigt klimat som Göteborg. Omständigheter kan, med andra ord, vara både en hjälp och stjälp och är alltid kontextbundna. Det centrala med Nordenfelts tanke om standardomständigheterna är att de och målsättningar sätts i samband med varandra och ger en bild av att man som människa befinner sig i ett sammanhang. I individens sammanhang finner vi också en bakgrund till vilka målsättningar hon ställer upp. Samhället ”är också en källa till värderingar: det bidrar till vårt sätt att värdera saker i livet”.²⁵ Vad som är rätt, viktigt eller eftersträvänsvärt i ett sammanhang eller samhälle behöver inte vara det i ett annat, vilket kan påverka vad vi siktar på och tar för rimliga målsättningar. Den som umgås mycket med personer som är intresserade av att utöva idrott kan lättare tänkas se genomförandet av ett maratonlopp som en rimlig, rent av önskvärd målsättning, än den som har ett annat umgänge.

HÄLSA SOM FRÅNVARO OCH NJUTNINGSFULL NÄRVARO

Frågan om vad hälsa är har under de senaste decennierna ägnats ett påtagligt intresse av fenomenologiskt och hermeneutiskt

orienterade filosofer. Gemensamt för dessa är att de söker förstå hälsa och sjukdom genom att undersöka hur tillstånden upplevs.

En central insikt är att kroppen och livet förändras genom sjukdom och skada. Det som i hälsa var självklart sätts i ohälsa och sjukdom i fråga. I sjukdom bjuder världen motstånd och man blir ofta medveten om sig själv och den värld man lever i på nya och inte sällan oroande sätt. Kroppen som man i hälsa många gånger inte är medveten om kallar i sjukdomen på uppmärksamhet och präglas av en känsla av att inte fungera som man vill och tänkt sig. Genom sjukdom eller skada blir kroppen närvarande på ett besvärande sätt. Den blir ”dysfunktionell”, för att tala med medicinaren och filosofen Drew Leder, då den omöjliggör handlingar som till vardags är självklara och något man inte tänker på.²⁶ Värk i nacken gör att man gärna avhåller sig från långkörare vid datorn. Vid andra tillfällen avbryter och stör kroppen på mera diffusa sätt. Man väljer att inte göra något visst eftersom man misstänker att hälsan inte medger det. Blotta vetskapen om hjärtproblem eller tänkbara ryggskador kan göra att man avhåller sig från ansträngande fysisk aktivitet. Man vill ju inte utmana ödet.

Sjukdom och bristande hälsa gör det därmed svårt att inte vara medveten om sig själv. Man tänker på hjärtat, ryggen och den stela nacken och måste anpassa sig till dem. Den egna kroppen hamnar i förgrunden, blir något att vara medveten om som också kan utestänga andra delar av världen. Om man stukar foten på vårens första löptur i skogen hamnar fokus på foten, snarare än den härligt vågröna skogen man i vanliga fall njuter av. Man kan därför säga att man i skada och sjukdom ”kastats” tillbaka mot sig själv.

Med hälsan är det i stort sett tvärtom. Som den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer poängterar har hälsan en utåtriktande karaktär och visar sig ”i ett slags välbefinnande” som gör oss ”företagsamma och upptäcktslystna”. I hälsan glömmar vi oss själva och vi klarar av att ”i arbete och glädje vara uppfyllda av det egna livets uppgifter.”²⁷ Den friska kroppen kommer inte i vägen, gör sig inte påmind på ett besvärande sätt och man kan handla och leva så som man brukar. Istället för den dysfunktionalitet som

utmärker kroppslig ohälsa utmärks kroppen i hälsan snarare av en känsla av funktionalitet och att den inte pockar på uppmärksamhet. Den friska kroppen blir på sätt och vis frånvarande – den hamnar i den upplevelsemässiga bakgrunden och vi kan göra annat än att tänka på kroppen då vi rör oss. Ben och armar rör sig som av sig själva och uppmärksamheten kan riktas mot den grönskande vårskogen och människor runt omkring.

Men hälsa kan också sägas handla om mer än att kroppen träder in i den upplevelsemässiga bakgrunden och att man blir mera öppen för världen runt om kring. En annan viktig del av hälsan är behagliga upplevelser av kroppen och av att vara kroppslig. För att beskriva detta talar etikern och filosofen Kristin Zeiler om *eustatiska* kroppsliga upplevelser. Själva begreppet kommer av grekiskans *stasis* och prefixet *eu* och beskriver i Zeilers framställning hur något framstår eller framträder (*stasis*) på ett bra, behagligt (*eu*) sätt. Zeilers resonemang tydliggör att upplevelsen av kroppen eller någon viss kroppsdel som ett objekt att rikta sin uppmärksamhet mot inte är exklusiv för upplevelser av smärta och obehag. Njutning och välbehag kan också bestå i att vara medveten om kroppen på mer eller mindre tydliga sätt. Den avgörande skillnaden mellan smärta och obehag och mer välkomna upplevelser är att de förra stör eller avbryter intentionaliteten. Alltså, smärtan gör det svårare att vara medveten om något annat än smärtan; det blir svårt att rikta sin uppmärksamhet mot världen omkring eller att vara kvar i sina tankar.²⁸

Detta är inte fallet med mer välkomna upplevelser som inte heller rubbar eller stör upplevelsen av kropp och medvetande som en enhet. I de behagliga upplevelserna finns en känsla av harmoni och enkelhet som inte utesluter en samtidig upplevelse av kroppen som ett objekt att förhålla sig till. Med exempel från bland annat simning och löpning pekar Zeiler på hur känslan av att kroppen fungerar, att känna sig stark och med förmåga att bemästra en teknik är central för den eustatiska upplevelsen. I dessa lägen kan man ha både en vag förnimmelse av kroppen och en mera tydlig känsla av kroppen när det är den som upptar ens medvetande.

Till detta menar jag att vi också bör lägga en känsla av tillit till kroppen. I någon mån kan det ses som en precisering av den känslan av behaglighet som upplevelser av harmoni och enkelhet ger. Det är svårt att tänka sig att man är fullständigt bekväm i en fysisk aktivitet om man inte samtidigt har en känsla av att kunna lita på kroppen. Frånvaro av tillit bör med detta anslag ses som en upplevelse av dysfunktion då den tvingar till en oönskad uppmärksamhet som också kan påtala avståndet mellan förhoppning och kroppslig förmåga. Håller verkligen ryggen för att lyfta och leka med barnbarnen, klarar hälsenan det planerade intervallpasset?

För att sammanfatta denna genomgång av perspektiv på hälsa kan man säga att de ger tämligen olikartade bilder av vad hälsa är – statistisk normalitet, förmåga att uppnå livsmål, känsla av obesvär och enkelhet. De tar också sin utgångspunkt i olika antaganden om kroppen. Från ett perspektiv där kroppen framställs som ett objekt med vissa biologiska funktioner, över ett synsätt som lyfter fram kroppens funktion vis-à-vis centrala livsmål och slutligen ett där människan inte *har* en kropp, utan snarare är ett kroppsligt medvetande. Ingetdera av perspektiven är nödvändigtvis bättre eller sämre än något annat. De pekar på olika aspekter av hälsan eller kroppen och är funktionella i sin egen rätt.

PERSPEKTIV PÅ HÄLSA I PRAKTIKEN

En fråga att ställa sig är huruvida det är rimligt att som tränare vara införstådd med filosofiska perspektiv på hälsa. Svaret på den frågan torde vara ”ja”. Man kan nämligen, som medicinaren Richard Meakin gör i relation till medicinsk utbildning, påpeka att frågor om hur de medicinska kunskaperna skall användas och vilket mål de har inte har några självklara svar och tillämpningen av dem är en komplex process.²⁹ Jag menar att det är på ett likartat sätt för tränare och med avseende på det vida fältet ”träning-lära”. För att vara en duktig tränare som har förmåga att träna personer med olika förutsättningar och mål räcker det inte att ha

kunskaper i fysiologi, biomekanik och relaterade områden. Att träna andra är svårt, men en grundläggande orientering vad gäller förståelser av hälsa kan vara en hjälp. Anledningen till det är tvåfaldig. Dels handlar det om förmåga att tydligt kunna kommunicera att träning kan ha flera olika målsättningar, men också om förmåga att se att vissa ”enkla” mål kan vara nog så viktiga. Dels handlar det om att ha förmåga att tydliggöra olika former av framsteg och vinster med träningen. Med utgångspunkt i det perspektivet Nordenfelt gjort sig till tals för och det fenomenologiska menar jag att man övergripande kan tala om två olika typer av mål träning med personlig tränare kan ha. Det ena kan sägas handla om lust till träning och förmåga att träna själv, det andra om ökat välbegag och förmåga att möta vardagens fysiska utmaningar.

LUST OCH FÖRMÅGA

Med anledning av att många som börjar träna slutar efter en relativt kort tid är frågor om hur förmågan att träna själv och önskan till fysisk träning kan stärkas centrala.³⁰ Utifrån den begränsade forskning som behandlar fasthållande vid träningsrutiner i relation till personlig träning tycks det som att tjänsten kan ha en positiv funktion och att kunder i vissa fall också kan se det som ett av flera mål med träningen.³¹

Fysiskt aktivitet genom exempelvis fysisk träning ger på både kort och lång sikt kroppsliga effekter som ter sig centrala utifrån olika perspektiv på hälsa.³² Frihet från exempelvis hjärt- och kärlproblem är inte bara relevant utifrån den biostatistiska modellen, utan också från det synsätt Nordenfelt anlägger och ett fenomenologiskt perspektiv. Fungerande blodcirkulation är centralt för såväl mer allmänmänskliga som individuella livsmål och att slippa oroa sig för hjärtats status kan sägas vara centralt utifrån det fenomenologiska. Om man som tränare tar sin utgångspunkt i dessa förståelser av hälsa finns det all anledning att göra frågor

som har att göra med förutsättningar för träning till centrala mål för träningen. Tränaren har också – av ekonomiska skäl – anledning att synliggöra och peka på dessa effekter av träningen. Om så inte görs finns det risk att dessa nog så viktiga mål glöms bort och inte ges den uppmärksamhet de förtjänar. Att göra lust och förmåga till mål innebär också att betoningen i vissa fall kan läggas på mer långsiktiga mål, även om motsättningen mellan kort- och långsiktiga mål inte ska överdrivas. Tränaren har ett ansvar för att träningen utförs på ett säkert sätt och att ta det ansvaret kan i praktiken innebära att skynda långsamt och först bygga en stabil grund.

Om vi vänder åter till det fenomenologiska perspektivet på kropp och hälsa är det uppenbart att både lust och förmåga handlar om mer än teknisk kunskap om hur träning ska genomföras. Som beskrivits ovan, handlar eustatiska upplevelser om att kroppen kan framstå som ett objekt, men också att kropp och medvetande kan upplevas som ett. När det gäller träning kan en central del sägas handla om känslan av att behärska en teknik och att känna hur man använder kroppen. De eustatiska upplevelserna av kroppen ligger nära tillstånd av "flow". Rick Lingyak Petosa och Brian Holtz, som har en bakgrund inom idrottsvetenskap och träningspsykologi, påpekar att flow kan förstås som viktig för lusten att träna. Flow, som betecknar olika upplevelser av lugn och harmoniskt fokus vid en uppgift, ger träningen ett egenvärde eftersom det i sig är en behaglig upplevelse. Som begreppet antyder handlar det också om en känsla av att befinna sig i ett "flöde", en känsla av enkelhet och kunnighet sammankopplad med känsla av kontroll och en minskad uppmärksamhet på sådant som ligger utanför aktiviteten. Detta innebär dock inte att det är en känsla som kan nås då man ställs in för uppgifter man på ett enkelt sätt behärskar. I stället är det avgörande att förmågor sätts på prov, att intresset på så vis upprätthålls och att man får en känsla av att klara av något.³³

Att komma i flowliknande tillstånd är dock inte lätt och här menar jag att tränare kan ha en viktig funktion. Då tränaren sätter ramarna, leder från ett moment till ett annat, behöver den som

tränar inte tänka på upplägget och kan helt koncentrera sig på uppgifterna. Genom tal och beröring kan en skicklig tränare också göra klienten uppmärksam på hur hon rör sig. Detta handlar om att peka på sådant som hållning, hur tyngden fördelas, vilka muskler som används och hur de samverkar. Att göra den tränande uppmärksam på dessa delar är ett sätt att öka komplexiteten i träningen genom att hjälpa denne att fokusera på den egna kroppen och specifika kroppsdelar, som på så vis lyfts fram ur den upplevelsemässiga bakgrunden.

Poängen med att ”hitta” en muskel eller att känna hur kraft och vikt fördelas genom kroppen är i en träningskontext vanligtvis inte upplevelsen som sådan. Snarare är den ett steg på vägen för att kunna träna på ett bra sätt som gör att rätt muskler aktiveras och att den fysiska förmågan utmanas på ett säkert sätt. Jag menar dock att man som tränare kan ha anledning att göra dessa upplevelser av kroppen och en grundläggande kännedom om den egna kroppen den angränsar till, till ett av flera mål. Att i fysisk aktivitet kunna vara medveten om den egna kroppen och ha en god ”rörelseteknik” – förmåga att styra och korrigera sitt rörelsemönster – kan nämligen förstås som en central praktisk förmåga. Denna förmåga kan bidra till minskad trötthet och känsla av att vara trött då en god rörelseteknik gör att muskler kan slappna av när de inte används.³⁴ Förmågan att kunna röra sig på ett bra sätt är också viktigt om man ska kunna träna kvalitativt utan tränarens ledning och för möjligheterna att på sikt hålla intresset för träningen uppe. Det senare är knutet till förmågan att kunna öka komplexiteten, men också om att känna hur kroppen fungerar på ett behagligt sätt. Att göra målsättningar likt dessa centrala är däremot inte alltid så lätt.

Svårigheterna bör bland annat ses mot bakgrund av delar av den samtida träningskulturen vi till exempel möter i hälso- och träningstidskrifter. Som amerikanska och svenska studier gör gällande kan man i dessa se en tydlig betoning vid kroppens utseende och frågor om hur den kan kontrolleras och på olika sätt formas. De synsätt vi möter där betonar träningens kvantitativa

sidor i termer av energiförbrukning, muskeltillväxt, repetitioner och belastning, vilka framställs som avgörande för kroppsliga förändringar.³⁵ Dessa föreställningar som i träningsssammanhang i det närmaste kan bli till självklarheter vad gäller målet med träning bör den personlige tränaren kunna ställa sig kritisk till. Dels eftersom träningen förlorar sitt egenvärde, dels för att de kan osynliggöra de mål som handlar om förbättrad kroppskänedom och förmåga att långsiktigt träna på ett bra sätt.

Mål av de senare slagen är inte bara relevanta i relation till klienter som vill komma igång med träning. Jag menar att de är av minst lika stor vikt för klienter som har större träningsvana och som kanske har mer prestationsinriktade mål. För att klara av en större träningsmängd är teknik också viktigt och för att kunna träna teknik krävs förmåga att vara medveten om vad man gör. Om man mer specifikt ser till löpning – som åter tycks ha blivit ett folknöje – handlar bra prestationer inte bara om styrka och kondition. God löpteknik ger effektivare steg och ett långsiktigt hållbart rörelsemönster och i exempelvis studier av höftproblem bland löpare lyfts dålig teknik fram som en central riskfaktor.³⁶

ÖKAT VÄLBEHAG OCH FYSISK FÖRMÅGA I VARDAGEN

Att tänka på vinsterna med träning och anledningar till att träna utifrån en negativ hälsoförståelse gör att träningsvinster lätt kan tappas bort och att svar på frågor om varför folk tränar inte blir tillräckligt tydliga. Enkelt uttryckt kan man kanske säga att frågan om varför man bör träna inte bara handlar om att leva länge utan också om att leva väl. I relation till Nordenfelts handlingsfokuserade perspektiv på hälsa kan det också sägas vara en given utgångspunkt då möjligheten att leva väl på flera sätt handlar om att kunna nå centrala livsmål.

Med avstamp i detta synsätt blir vardagliga målsättningar som relaterar till så väl allmänmännsliga som individuella mål rele-

vanta. Dessa kan i sin tur vara så ”enkla” som att ha arbetsförmåga och ork till ett socialt liv, liksom mer individuella som kan handla om allt från att kunna spela i orkester till att sköta en trädgård eller att klättra i berg.

Även utifrån ett fenomenologiskt perspektiv är vardagens fysiska utmaningar centrala, om än på ett lite annat sätt. Som Leder gör klart i sitt inflytelserika verk *The Absent Body* utmärks den friska kroppen många gånger av en frånvaro och den blir något att rikta uppmärksamheten från snarare än till. Kroppen och dess funktioner tas för givna och försvinner in i den upplevelsemässiga bakgrunden. Med ett fenomenologiskt synsätt är det inte avgörande om det ena eller andra målet nås, utan så att säga hur livet som kroppslig ter sig. Detta gör också något andra frågor och teman relevanta då träningens effekter skall utvärderas. Om det nordenfeltska synsättet gör frågor om huruvida livsmål nås, eller i varje fall kommer närmare, handlar frågorna utifrån det fenomenologiska om känslan, upplevelsen. Om kroppen framträder som dysfunktionell i vardagens göromål eller om man känner att man kan lita till kroppen i de situationer man hamnar.

För tränare blir det i relation till dessa teorier centralt att skaffa sig en bild av vilka klientens mål är, liksom vad han eller hon behöver för att kunna nå dem. Det kommer också an på tränaren att kommunicera vilka mål som är möjliga och inte minst vara medveten om sin egen förförståelse beträffande dem och sätten man tränar på. Det senare kan tyckas som en självklarhet. Med tanke på tidigare berörd litteraturs bild av hur tränare inhämtar kunskaper är detta dock väl värt att betänka. Så också då branschen är en del av gymkulturen i vilken ideala kroppar ständigt figurerar som jämförelseobjekt. Vi kan med Andreassons och Johanssons ord tala om hur ”de missnöjdas ideologi”, som framhäver fel och brister, är en del av gymkulturen.³⁷ Detta gör att tränaren rör sig i en kultur där idealbilder och att tämligen rigida och könade föreställningar om hur kroppar bör se ut är återkommande och är något som tränaren möter i sina klienters önskemål.³⁸

När jag ser till den PT-utbildning jag själv gick handlade utvärdering av träningsresultat om kvantitativa mått av det slag som ovan berörts och vi drillades exempelvis i att göra fettprocentmätningar. Jag har också i arbetet som tränare anlitat av företag, fått i uppdrag att genomföra BMI- och midja-höftkvotstester av personalen för att var och en skulle få jämförelsepunkter inför den stundande hälsosatsningen. Detta är något man kan vara kritisk till på flera punkter. Dels för att mått som BMI är trubbiga och olämpliga på individnivå. Dels för att de för in en hälsodiskurs som gör det svårt att peka på andra vinster med träning än de som kan identifieras med måttband och våg.

Likväl framstår dylika ansatser till att utvärdera träning och hälsosatsningar som tämligen vanliga i branschen och som jag ser på saken kan de i någon utsträckning förstås utifrån tanken om biomedikalisering. Den avser en omfattande process som påverkar synen på hälsofrågor på fler olika nivåer i vår samtid. Därmed torde denna process och den omformning av den övergripande hälsodiskursen det handlar om kunna påverka både vad som lärs ut till tränare och vad klienter förväntar sig och har förmåga att uttrycka. När hälsodiskursen formas till att betona risker, prevention och individuellt ansvar hamnar frågor om livskvalitet och upplevelse av kropp och hälsa lätt i bakgrunden. Det innebär en utmaning för den personlige tränaren som vill jobba mot mål av de senare slagen i sin verksamhet. Det är nämligen mycket möjligt att det inte hänt så mycket med midjemåttet eller löphastigheten vid slutet av de avtalade träningstimmarna, men att andra mål har nåtts. Träningen kan ha blivit mer intressant, vardagens göromål kan ha blivit lättare och värk kan ha minskat eller försvunnit som en följd av ökad styrka och förbättrad rörlighet. I det läget behöver tränaren ha ord och rutiner för att kunna synliggöra vinsterna av träning. Detta är viktigt för tränaren av rent ekonomiska orsaker och i ett vidare perspektiv betydelsefullt för att förstå vad som kan vara grundläggande anledningar till träning och fysisk aktivitet.

VAD ÄR DET SOM RÄKNAS OCH HUR SKA VI RÄKNA?

Arbetet som personlig tränare är, liksom många andra arbeten med människor, komplext. En del av denna komplexitet handlar om målen med träning, vilka också den tidigare, ganska knappa, litteraturen om tjänsten diskuterat på litet olika sätt. Bland annat har den anknutit till skapandet av professionalitet, frågor om klienters omöjliga mål och hur tränare kan bidra till att förstärka rådande föreställningar om kropp och hälsa. I detta kapitel har tonvikten legat vid att visa hur man kan reflektera kring den grundläggande frågan om vad träningen skall syfta till med hjälp av humanistiska verktyg och vilka olika val- och handlingsmöjligheter som kan skapas. Möjligheter och svårigheter har diskuterats utifrån antaganden om att tjänsten är knuten till en kulturell kontext med vissa föreställningar om kropp, träning och hälsa, liksom en konkurrensutsatt marknad som gör förmågan att visa resultat viktig.

Vad jag sökt visa är att man med hjälp av teorier om hälsa kan lyfta fram flera olika poänger med att träna som faller utanför de estetiserade och kvantitativa målsättningarna som ingår i vår samtida hälso- och träningskultur och, inte minst, i gymkulturen. Detta är också ett skäl till att man som tränare behöver vara tydlig med vilka mål som uppnås. Om man inte lyckas tydliggöra dem riskerar också klienten att missa vad man uppnått. Det finns också – menar jag – en risk för att målsättningar som faller utanför de normerande träningsdiskurserna, väljs bort för att de är svårare att utvärdera och kommunicera.

Hur kan man då som tränare peka på att målsättningar som relaterar till vad jag diskuterat i termer av ”lust och förmåga” och ”ökat välbefinnande och fysisk förmåga i vardagen” har nåtts eller ej? En del handlar om hur man talar om träningen och dess effekter under träningen – ges exempelvis återkoppling på teknik och rörelseförmåga, berörs frågor som har att göra med hur kroppen känns i vardagen och vad klienten klarar av utanför gymmet? En

annan del är den hälsodeklaration som klienter vanligtvis ombeds att fylla i innan träning. Tar den upp frågor som handlar om annat än skador, sjukdomar, matvanor eller liknande? En hälsodeklaration kan utgöra en referenspunkt att återknyta till vid den avtalade träningens slut och väl utformad torde den kunna bidra till att synliggöra träningens effekter. Detta är i sin tur till nytta för såväl tränare som klient då den kan ge en bild av vad tränaren lyckats med, eller inte.

Nära knutet till frågor om hur resultat kan synliggöras är spörsmål om vad som skall räknas som resultat av träning och frågor om hur vi så att säga räknar dem. På en mer grundläggande nivå handlar detta om vilken människosyn och, inte minst, syn på kroppen man som tränare utgår från i sin praktik. Om kroppens kvantifierbara dimensioner står i centrum ligger det nära till hands att de resultat som räknas är de man kan räkna på. Med ett sådant anslag snävas synen på träningens mening och resultat in på ett omfattande och olyckligt vis, som gör att både upplevelsemässiga och existentiella dimensioner av träning görs osynliga. Om utgångspunkten istället är att människan inte bara *har* en kropp utan också *är* en kropp blir ingången till frågor om resultat delvis en annan. De förändringar som träningen kan resultera i inskränks inte till att blott handla om kroppen som ett objekt utan till att även innefatta upplevelsen av vad det är att vara, leva, denna kropp. Avslutningsvis kan man fråga sig hur lämpligt det ens är att tänka på resultat i relation till träning. Kan det rentav vara så att resultatinriktade förhållningssätt som ger träningen mål som ligger utanför själva aktiviteten kan göra tränandet mindre meningsfullt?

NOTER

1. Wilhelm Kardemark och Ola Sigurdson, *Medicinsk humaniora vid Humanistiska fakulteten, Göteborgs universitet. En rapport*. Göteborg: Göteborgs universitet, 2014, s. 22–29; Paul Ulhas Macneil, "The

- Arts and Medicine: A Challenging Relationship”, *Medical Humanities*, 37:2 (2011), s. 85–90.
2. Steven R. McClaran, ”The Effectiveness of Personal Training on Changing Attitudes Towards Physical Activity”, *Journal of Sports Science and Medicine*, 2:1 (2003), s. 10–14; Nicolas A. Ratamess m.fl., ”Self-Selected Resistance Training Intensity in Healthy Women: The Influence of a Personal Trainer”, *Journal of Strength and Conditioning Research*, 22:1 (2008), s. 103–111.
 3. Deana Melton, Teresa Dail, Jeffrey Katula och Karen Mustian, ”The Current State of Personal Training: Managers’ Perspectives”, *Journal of Strength and Conditioning Research*, 24:11 (2010), s. 3173–3179; Deana Melton, Teresa Dail, Jeffrey Katula och Karen Mustian, ”Women’s Perspectives on Personal Trainers: A Qualitative Study” i *The Sports Journal*, <http://thesportjournal.org/article/womens-perspectives-of-personal-trainers-a-qualitative-study/> (160101).
 4. James Gavin, ”Personal Trainers’ Perceptions of Role Responsibilities, Conflicts and Boundaries”, *Ethics and Behavior*, 6:1 (1996), s. 55–70; Molly George, ”Interactions in Expert Service Work”, *Journal of Contemporary Ethnography*, 37:1 (2008), s. 108–131; Jesper Andreasson och Thomas Johansson, *The Global Gym: Gender, Health and Pedagogies*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 49–64; Ngairé Donaghue och Maddison Allen, ”’People don’t care as much about their health as they do about their looks’: Personal Trainers as Intermediaries Between Aesthetic and Health-Based Discourses of Exercise Participation and Weight Management”, *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14:1 (2015), s. 42–56.
 5. Dawn Stacey, Michael Hopkins, Kristi B. Adamo, Risa Shorr och Denis Prud’homme, ”Knowledge translation to fitness trainers: A Systematic Review”, *Implementation Science*, 5:28 (2010); Alexander T. C. De Lyon och Christopher J. Cushion, ”The Acquisition and Development of Fitness Trainers Professional Knowledge”, *Journal of Strength and Conditioning Research*, 27:5 (2013), s. 1407–1422; Moh Malek, David Nalbone, Dale Berger och Jared Coburn, ”Importance of Health Science Education for Personal Fitness Trainers”, *Journal of Strength and Conditioning Research*, 16:1 (2002), s. 19–24.
 6. Andreasson och Johansson, *The Global Gym*, s. 51, 54, 58, 60.
 7. Andreasson och Johansson, *The Global Gym*, s. 60.

8. SR, "Låga utbildningskrav för personliga tränare"; Henrik Kilefors, "Inga krav ställs på personliga tränare" i *Sydsvenskan* 2014-09-28
9. Malek m.fl., "Importance of Health Science Education for Personal Fitness Trainers".
10. Gavin, "Personal Trainers' Perceptions of Role Responsibilities, Conflicts and Boundaries"; Melton m.fl., "The Current State of Personal Training: Managers' Perspectives".
11. George, "Interactions in Expert Service Work"; Andreasson och Johansson, *The Global Gym*.
12. Donaghue och Allen, "People don't care as much about their health as they do about their looks".
13. Stacey m.fl., "Knowledge translation to fitness trainers".
14. Se exempelvis Peter Conrad, *The Medicalization of Society: on the Transformation of Human Conditions*, London: Johns Hopkins University Press, 2007.
15. Fredrik Svenaeus, *Homo patologicus: medicinska diagnoser i vår tid*. Hägersten: Tankekraft, 2013.
16. Adele E. Clarke, Laura Mamo, Jennifer, Ruth Fosket, Jennifer R. Fishman och Janet K. Shim (red.), *Biomedicalization: Technoscience, Health and Illness in the U.S.* Durham: Duke University Press, 2010.
17. Andreasson och Johansson, *The Global Gym*, s. 3-4.
18. Jennifer Smith Maguire, *Fit for Consumption: Sociology and Business of Fitness*, Routledge: New York, 2008, s. 150-156.
19. Thomas Brytting, *Etiken i butiken*, Stockholm: Liber, 2014, s. 91-92.
20. Gavin, "Personal Trainers' Perceptions of Role Responsibilities, Conflicts and Boundaries"; George, "Interactions in Expert Service Work".
21. Se exempelvis Darren E. R. Warburton, Nicol Crystal Whitney och Bredin, "Health benefits of physical activity: the evidence", *Canadian Medical Association Journal*, 174:6 (2006), s. 801-809.
22. Lennart Nordenfelt, *Health, Science and Ordinary Language*, Amsterdam: Radopi B. V., 2001, s. 6.
23. Christopher Boorse, "Health as a Theoretical Concept", *Philosophy of Science*, 44:4 (1977), s. 542-573.
24. Lennart Nordenfelt, *On the Nature of Health: An Action Theoretical Approach*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995, s. 55-65; Lennart Nordenfelt, "Understanding the Concept of Health", *Strategies for Health: An Anthology*, Per Nilsen (red.), Linköping: Linköpings universitet, 2007, s. 24.

25. Nordenfelt, *On the Nature of Health*, s. 121.
26. Drew Leder, *The Absent Body*, Chicago: Chicago University Press, 1990.
27. Hans-Georg Gadamer, *Den gåtfulla hälsan: Essäer och föredrag*, Ludvika: Dualis förlag, 2003, s. 20.
28. Kristin Zeiler, "A Phenomenological Analysis of Bodily Self-awareness in the Experience of Pain and Pleasure: Dys-Appearance and Eu-Appearance", *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13:4 (2010), 333-342.
29. Richard Meakin, "Medical Humanities in Undergraduate Medical Education – Moving On", *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*, 28:1 (2002), s. 32.
30. Rick Lingyak Petosa och Brian Holtz, "Flow for Exercise Adherence: Testing an Intrinsic Model of Health Behavior", *American Journal of Health Education*, 44:5 (2013), s. 273-277.
31. McClaran, "The Effectiveness of Personal Training on Changing Attitudes Towards Physical Activity"; Melton m.fl., "The Current State of Personal Training: Managers' Perspectives".
32. Gary O'Donovan m.fl., "The ABC of Physical Activity for Health: A consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences", *Journal of Sports Sciences*, 28:6 (2010), s. 573-591; Warburton m.fl., "Health Benefits of Physical Activity: The Evidence".
33. Petosa och Holtz, "Flow for Exercise Adherence".
34. Björn Ekblom och Johnny Nilsson, *Aktivt liv: vetenskap och praktik*, Stockholm: SISU idrottsböcker, 2000, s. 231-234.
35. Shari L. Dworkin och Faye Linda Wachs, *Body Panic: Gender, Health, and the Selling of Fitness*, New York: New York University Press, 2009; Wilhelm Kardemark, *När livet tar rätt form: Om människosyn i svenska hälsotidskrifter 1910-13 och 2009*, Göteborg: Göteborgs universitet, 2013.
36. Glenn Björklund och Mikael Swarén, "Låt underlaget bestämma löpsteget", *Svensk idrottsforskning*, 23:4 (2014), s. 8-11; Scott A. Paluska, "An Overview of Hip Injuries in Running", *Sports Medicine*, 35:11 (2005), s. 991-1014.
37. Andreasson och Johansson, *The Global Gym*, s. 137.
38. De Lyon och Cushion, "The Acquisition and Development of Fitness Trainers Professional Knowledge"; Donaghue och Allen, "People Don't Care as Much About Their Health as They Do About Their Looks".



VÅRDMILJÖNS BETYDELSE FÖR HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE

Helle Wijk

DETTA KAPITEL HANDLAR om omgivningens betydelse för hälsa. Miljöer som är vackra och stimulerande, som är lätta att förstå och därför lätta att vara i, som bidrar till känsla av kontroll så man känner sig trygg och säker, har visat sig vara viktiga faktorer för alla människor oavsett ålder, kön och kulturell bakgrund. Faktorerna med avgörande betydelse för välbefinnande är i stort sett ganska lika för alla människor, men beroende på våra olika bakgrunder och livshistorier skiftar förutsättningarna för att förstå, känna igen och avkoda miljöer. Detta gör ett personcentrerat förhållningssätt nödvändigt i planering och anpassning av vårdomgivningen.

Med personcentrering avses här ett förhållningssätt som utgår från personens preferenser, önskemål och behov i anpassningen av den omgivande miljön. I kapitlet diskuterar jag både stödjande och hälsofrämjande faktorer i miljön samt hur man på basis av den forskning som bedrivs inom området kan implementera nya rön i miljöer där människor vistas till stöd för deras hälsa.

BAKGRUND

Inom ämnet vårdvetenskap brukar fyra begrepp anges som centrala och inbördes beroende av varandra, nämligen människa,

hälsa, miljö och omvårdnadshandling. Det innebär att även om det är fullt möjligt att studera vart och ett av dessa begrepp enskilt så behöver de samtidigt speglas mot varandra för att bidra till en helhetsbild. Detta är i linje med tankarna hos Florence Nightingale, som redan för 150 år sedan betonade att miljöns fysiska, psykiska och sociala dimensioner påverkar människors hälsa.¹ Hon menade att både fysiska aspekter som färg, ljus och form, psykologiska aspekter såsom uppmuntran och stimulans från personalen samt hygien och vårdens organisation inverkade på patienternas återhämtning och hälsa. Med facit i hand kan vi konstatera att Nightingale var långt före sin tid. Dagligen kan vi läsa larmrapporter i media som vittnar om smutsiga vårdlokaler, överbeläggningar i flerpatientrum och korridorer, hög grad av stress, patienter som varken kommer ut i friska luften eller erbjuds dusch när de så önskar, företeelser som alla inverkar på patienters och personals hälsa.

Miljö som begrepp omfattar både det objektivt synliga omkring oss och den subjektivt upplevda miljön, den psykosociala dimensionen, som kan vara svårare att definiera. Objektiva aspekter är mer greppbara och kan handla om storleken på lägenheten, om den är ljus eller mörk, om det finns tillgång till utsikt och natur. Den psykosociala miljön benämns ofta som ”det som sitter i väggarna”, ett slags atmosfär i rummet som man nickar igenkännande till och samtidigt är överens om inte kan påverkas. Upplevelseaspekten av miljön är personlig. Individuella perceptuella förutsättningar i form av syn, hörsel och känselintryck har en inverkan på hur vi förstår och uppfattar sinnesintryck, precis som vår olika bakgrund, kunskap och erfarenhet. Dofter, ljud, materialval och utsikt uppfattas och värderas olika mellan människor och får betydelse, medvetet eller omedvetet, för vår upplevelse av om miljön är attraktiv, trivsamt och välkomnande eller det motsatta och medför att samma miljöer kan uppfattas helt olika människor emellan. Den mångfald av människor vi har i dagens samhälle bidrar ju också till nya spännande trender, åsikter och kunskaper kring miljöns utformning, samtidigt som

det kan vara en utmaning att exempelvis vårda en person med andra värderingar och sätt att kommunicera om miljön än vi är vana vid.

Det är väl känt att det är hälsofrämjande att vistas i miljöer som bidrar till trivsel och igenkänning. Därför är det viktigt att betydelsen av dessa aspekter erkänns, både i den fysiska och den känslomässiga miljön.² När vi är i beroendeställning på grund av funktionsnedsättning och sjukdom är vi extra känsliga för att omgivningen är lätt att tolka och förstå och att den bidrar till trygghet, självständighet och välbefinnande. Det finns därför en tydlig strävan inom vårdmiljöforskning idag att bidra till kunskap om hur vi kan skapa miljöer som stärker förutsättningar för självständighet, självkänsla och välbefinnande.³ I Förenta nationernas program för mänskliga rättigheter ingår under begreppen *universal design* och *equal opportunities and participation* rättigheten till stödjande offentliga miljöer för alla människor, oavsett förutsättningar.⁴ Även svenska Boverket har formulerat krav på tillgänglighet och användbarhet för besökare med nedsatt rörelse- och orienteringsförmåga, vilket går i linje med hälso- och sjukvårdslagen, som definierar uppdraget att ge patienter god vård.⁵

Att tala om miljö som en viktig faktor för hälsa inbegriper ett hälsofrämjande, även kallat salutogent synsätt på miljön. Det förutsätter att vi beaktar miljöns betydelse ur flera dimensioner och hur de sinsemellan påverkar varandra. På så sätt kan miljöer där människor skall uppleva hälsa, få vård och rehabiliteras bidra till begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. I planeringen av miljöer är det vanligt att vi fokuserar på storlek och struktur, avstånd mellan platser, nivåskillnader, temperatur, ljussättning, färger och mönster. Detta är faktorer i vår omgivning som går att mäta, jämföra och ange exakt och där vi förmodligen har ganska olika synpunkter på vad som är bra eller dåliga miljöer, vackert eller fult. Det är mindre vanligt att beakta subjektiva värden kopplade till upplevelse och förväntningar på miljön, såsom en varm atmosfär och en välkomnande och bekräftande miljö. Dessa värden kan visserligen vara svårare att mäta och kommunicera, men har visat sig vara ganska likvärdiga mellan människor.⁶ Ett spännande område under ut-

veckling är hur denna kunskap kan få en inverkan på utformningen av det ordinära bostadsbeståndet, det vill säga våra lägenheter och hus. Kan våra bostäder utformas så de rent av främjar hälsa och förebygger ohälsa? Vilka kvaliteter är det då angeläget att beakta i planeringsprocessen? Hur kan vi mäta om vi lyckas?

MILJÖNS UTFORMNING STÖDjer HÄLSOLITTERACITET

En persons förmåga att förvärva, förstå och omsätta information om sin egen hälsa är ett kunskapsfält som benämns health literacy, på svenska hälsolitteracitet. Denna spelar stor roll avseende möjligheten att förstå och omsätta information till handlingar som gagnar hälsa. Graden av hälsolitteracitet kan relateras till kulturell bakgrund i termer av hur jag uppfattar och värderar informationen, men även till hur andra uppfattar mig beroende på olika uttryckssätt, utbildningsnivå eller social bakgrund. Graden av hälsolitteracitet kan även pendla för samma person, beroende på somatisk och psykisk hälsa i situationen.

I litteraturen definieras hälsolitteracitet på två sätt. Det kan användas som ett statiskt begrepp med två nivåer, hög eller låg, baserat på basala färdigheter såsom att förstå instruktioner, fylla i formulär, och att ta in och omsätta information. Det kan också vara ett dynamiskt begrepp enligt vilket omgivning och individ samspelar eftersom samma persons hälsolitteracitet kan variera mellan olika kontexter.⁷

För att möta dessa skiftande förutsättningar och bidra till en miljö som stödjer människors hälsolitteracitet och möjlighet att vara delaktiga, diskutera och föra sin talan, krävs det ett personcentrerat förhållningssätt i utformningen av miljön så den är lätt att tolka, förstå och vistas i. Ett personcentrerat förhållningssätt strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodo-seende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov.

Förhållningssättet innebär att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av sin situation för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person. En personcentrerad vård innebär också att personens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet.⁸ Vikten av en vård och omsorg präglad av respekt för personens integritet och självbestämmande har starkt stöd i svensk lagstiftning via Patientlagen.⁹ Det förutsätter att den information man samlar in om patienter och boende vars vård och omsorg man ansvarar för även ger utrymme för mer personlig information. Inom ett personcentrerat förhållningssätt inom vård och omsorg lägger man därför stor vikt vid livsberättelsen som en betydelsefull del av dokumentationen, vilket förutsätter ett möte mellan två personer där den ena är uppriktigt intresserad av att få lära känna den andre. Syftet är att inhämta kunskap som kan generera en meningsfull och ändamålsenlig vård och omsorg och skapa tillit.¹⁰

Bristande hälsolitteracitet kan leda till negativa effekter, såsom risk för förvirring och att förvilla sig i miljön på grund av svårigheter att tolka och förstå information eller att man fattar felaktiga beslut avseende val av vård- och omsorgsmiljö på grund av okunskap om vilka valmöjligheter det finns.¹¹ En miljö som bidrar till hälsolitteracitet grundar sig på den forskning som visar på betydelsen av att vara och bo i omgivningar som är överblickbara, vackra och lätta att förstå, till skillnad från institutionsliknande miljöer som riskerar desorientering, vilsenhet, oro och förvirring.¹² Miljöer som bidrar till personliga val och ett naturligt växelspel mellan att vistas i gemensamma rum för möten och social samvaro mellan människor samt att kunna dra sig tillbaka till den privata lägenheten/rummet för avskildhet, stödjer hälsa och återhämtning. Även miljöer som bidrar till möjligheten att omge sig med saker man tycker om och känner igen, som vackra föremål, bilder och blommor, liksom att bära sina egna älsklingskläder, kan vara stödjande och underlätta vardagen.¹³ Att främja hälsolitteracitet kan leda till en bättre individuell hälsa genom att man

kan fatta mer välgrundade personliga beslut, men det kan också ha betydelse för att minska ojämlikheten i hälsa, då det är troligt att man bemöts olika beroende på grad av hälsolitteracitet.

En föregångare när det gäller att förstå betydelsen av att miljön möter och stödjer varje persons unika förutsättningar var Powell Lawton (1923-2001). Powell Lawton var föreståndare för Polisher Research Institute vid Philadelphia Geriatric Center i trettio år, adjungerad professor för Human Development vid Pennsylvania State University och professor i psykiatri vid Temple University. Hans forskning rörde framförallt miljöpsykologi med den äldre människan i fokus, samt psykologiskt välbefinnande och livskvalitet för äldre. Enligt hans *Ecological Model of Aging* behöver kraven från den omgivande miljön matchas mot den unika personliga kompetensen hos varje människa för att resultera i ett adekvat beteende, funktion och välbefinnande.¹⁴ Trots att Lawton inte använder begreppet hälsolitteracitet så ligger hans betoning på att skapa miljöer som stimulerar våra mentala förmågor, stödjer dagliga aktiviteter och bidrar till engagemang för att uppleva hälsa och välbefinnande, nära det begreppet står för.

Lawton menade att det finns en direkt relation mellan möjligheten att utnyttja sin personliga kompetens och det stöd eller hinder som omgivningen man befinner sig i utgör. Det betyder i sin tur att hur väl man har lyckats att anpassa omgivningen till var och ens förutsättningar direkt kan komma till uttryck antingen som personens välbefinnande och självständighet eller som illabefinnande och beroende. Detta sätt att tänka på en personcentrerad miljö förutsätter att man ser både den personliga kompetensen som unik för varje människa och att de aspekter i miljön som utgör stöd eller hinder är olika från person till person. En omgivning med mycket aktiviteter och människor som rör sig kan av en person upplevas som stimulerande och positiv, men av en annan person som fruktansvärt frustrerande och förvirrande. En omgivning där inte mycket aktiviteter pågår under dagen kan upplevas som vilsam och behaglig av någon och leda till konfusion på grund av understimulans för en annan. Att introducera be-

greppet hälsolitteracitet inom vårdmiljöforskning är därför både spännande och angeläget för människors hälsa.

MILJÖNS BETYDELSE FÖR GOD VÅRD

Även om den evidensbaserade kunskapen om miljöns betydelse för hälsa är ett relativt nytt forskningsområde så är den erfarenhetsbaserade kunskapen väl så förankrad. Jag har redan nämnt Nightingales gärningar i mitten på 1800-talet, gärningar som än idag refereras till i diskussionen om samband mellan god vård, hälsa och omgivning. Nightingales *Notes on Nursing* visar genomgående tydligt hennes övertygelse om att miljöns utformning är en del av vårdandet, både i form av fysiskt tilltalande miljöer och socialt i termer av sjuksköterskans närhet och interaktion med patienten.¹⁵ En tidig ambassadör för en personcentrerad utformning av miljön med andra ord. Barbara Carper, en mer nutida forskare, menar i likhet med Nightingale att utformningen av omvårdnaden måste åtföljas av en sorts formkänsla som förutsätter en balans i ett givande och tagande mellan vårdare, vården och vårdtagaren.¹⁶ Carper beskriver estetikens innebörd och relation till omvårdnad i en vidare bemärkelse. Hon sätter snarast likhetstecken mellan konsten att utföra omvårdnad och omvårdnadskunskap. Här är förmågan att skapa sig en fördjupad förståelse för en situation, att nå in under ytan, central och kreativitet och kunskap är nycklar för att komma in till de inre rummen.

Förutom att betona att anpassningen av omgivningen runt patienten är en omvårdnadshandling visade Nightingale även på en direkt koppling mellan vårdmiljöns utformning och patientens säkerhet.¹⁷ Exempelvis förstod hon hur nödvändigt det var att sjuksköterskan kunde garantera att varje patient fick frisk luft för att återställa sin hälsa, vilket därefter blev ett viktigt kriterium för den tidens arkitekter när man utformade och ritade sjukhus. Skrämmande nog har betydelsen av hygieniska förhållanden och välventilerade miljöer åter aktualiserats, då forskningsstudier vi-

sar på hygienbrister även idag när det gäller de mest elementära principerna för en patientsäker miljö, med stort lidande och höga samhällskostnader som följd.¹⁸ Efter Nightingale har många andra bidragit till kunskapen om miljöns hälsofrämjande betydelse. Exempelvis har naturens läkande kraft länge varit känd; det framgår inte minst av alla de parker och trädgårdar som omger sjukhus av framför allt äldre årgång och som var en viktig del i patienternas rehabilitering. Forskning har senare bekräftat naturen som viktig för återhämtning och hälsa, bland annat i form av att en vacker och stimulerande naturutsikt från sjukhussängen kan påverka vårdutfallet positivt både avseende vårdtidens längd och behov av smärtstillande behandling, jämfört med salar som istället har motstående sjukhusvägg som stimulerande blickfång.¹⁹

OLIKA MILJÖER FÖR VÅRD OCH OMSORG KRÄVER OLIKA UTFORMNING

Slutenvårdens miljöer är ofta utformade på basis av den medicinska specialitet som är rådande och de behov som specifika vårdprocesser kräver för medicinsk teknisk apparatur, behandlingar och personal. Ett exempel är intensivvårdens tekniktäta miljöer där det finns stor risk för att både den som är sjuk och dennes familj kommer i skymundan, med påverkan på allas välbefinnande och de närståendes möjlighet att vara delaktiga i vården.²⁰ Men även eller kanske i synnerhet inom den tekniktäta slutenvården behöver vi skapa en varm, välkomnande och trygg atmosfär.²¹ Historiskt sett är sjukhus ofta placerade avskilt från det omgivande samhället, patienters och vårdares rum avskilda från varandra med en ganska hierarkisk uppdelning mellan de olika professionernas lokaler. Men tecken på förändring börjar ses där tidigare ändlösa korridorer och kulvertar att färdas i med neutral färgsättning och få platser för interaktion mellan människor ersätts med genomtänkta lösningar som ger både kognitivt och estetiskt stöd.

De öppna vårdformerna har fått en allt mer central betydelse

inom hälso- och sjukvården för hela befolkningen oavsett kön, ålder, härkomst eller kulturell bakgrund. Vårdcentralerna är första instansen för alla vårdkontakter som inte är livshotande, vilket ställer särskilda krav på en välkomnande och trygg miljö som lätt kan tolkas och förstås trots olika språkliga, kognitiva eller åldersrelaterade förutsättningar. Även när det gäller hemsjukvårdens uppdrag har det skett en markant förändring med allt fler patienter med avancerade vårdbehov som vårdas och bor kvar hemma. Trots fördelarna med att slippa bo på institution innebär det samtidigt att det privata hemmet är en del av intensivvårdsverksamheten med utmaningar när det gäller patientsäkerheten. I hemmet skall ett avancerat tvärprofessionellt teamarbete pågå samtidigt som ett normalt familjeliv fortgår, vilket kan riskera att patient med familj upplever utanförskap och illabefinnande i sitt eget hem.²²

Särskilda boendeformer (SÄBO) myntades i samband med Ädelreformen i början av 1990-talet och är samlingsnamnet för boendeformer för äldre. Per definition är en boning ett hus som är avsett som hushåll för en eller flera personer och har egentligen inga referenser till ett hus eller en plats för att ge sjuka vård, men trots detta är de personer som bor inom särskilda boendeformer idag oftast i behov av både omfattande omvårdnad och omsorg. Det har hittills saknats en definierad standard för hur fysisk utformning och service skall vara utformad med stora individuella skillnader mellan olika boenden och kommuner som följd.²³ Men 2010 utkom Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg av personer med demens, som bland annat omfattar råd för utformning av dagverksamhet och särskilda boenden.²⁴ Genom att ta upp boendeformer i sina riktlinjer vill Socialstyrelsen visa att det faktiskt går att undvika negativa effekter av att behöva byta boende och flytta på äldre dagar om man tar till sig den kunskap som finns framtagen och redovisad. År 2013 gav regeringen i uppdrag till Svenska Institutet för Standardisering (SIS) att utarbeta en kvalitetsstandard för *Kvalitet i äldreboende* och *Kvalitet i hemtjänst* vilken även omfattar riktlinjer för utformning av

särskilda boenden och ordinärt boende för äldre inom den kommunala omsorgen.²⁵

Det egna hemmet är oerhört betydelsefullt för oss människor och bidrar till känslan av kontroll och säkerhet, stödjer vår identitet och upplevelsen av att höra till.²⁶ För de flesta människor utgör hemmet en central plats i vardagen och många sätter stor vikt vid att kunna bo kvar länge i den egna bostaden om grundläggande behov av delaktighet, självständighet och upplevd hälsa kan tillgodoses. I ett hem har man möjlighet att dra sig undan en stund när man vill vila, eller att umgås med andra och bjuda in till gemenskap. Hemmet skall vara stödjande och vara en plats där det finns förutsättningar att må bra. Det skall utformas efter mina personliga behov och bidra till känsla av sammanhang, förståelse och trygghet samt värna om den personliga integriteten genom att ge möjlighet till avskildhet, välbefinnande och bästa möjliga hälsa. Tyvärr ser vi idag exempel på när detta inte uppfylls och där äldre personer istället upplever isolering, stillasittande och ohälsa.

ATT BYTA MILJÖ

Det är väl känt att många äldre som av olika skäl behöver byta bostad och boendeform upplever detta som en stor och smärtsam påfrestning. Det finns även forskning som poängterar att flytt av äldre personer är en så påfrestande händelse att det är relevant att studera inverkan av detta utifrån samma faktorer som är tongivande inom stressforskning, som exempelvis kontroll och förutsägbarhet.²⁷ Desto bättre har vi idag mycket kunskap om väsentliga faktorer för att undvika dessa negativa effekter, där en viktig åtgärd är att identifiera personer med särskild risk vid en flyttning. De kritiska faktorer som man särskilt bör beakta i samband med flytt av äldre personer är om flytten är frivillig eller ofrivillig, om den nya miljön kan sägas vara bättre eller sämre än den gamla och hur förberedd den äldre är inför flytten.²⁸

Stödjande faktorer i samband med flytt är att den äldre per-

sonen informeras i god tid, att familjen och den äldre engageras och görs delaktiga i den förestående flytten, att man erbjuder ett platsbesök samt information med bild och text om den plats man flyttar till och att den personal som tar emot är väl förberedd. Förberedande program inför äldres byte av bostad bör därför snarast utvecklas och implementeras.

Vad är det som gör att vi trivs i en viss miljö men inte i en annan? Hur kommer det sig att människors upplevelser av samma företeelse ibland kan vara så olika, medan den andra gånger kan vara förbluffande samstämmig? Vad är det för skillnad mellan hemlighet, hemkänsla och trivsel? Studier visar att känslan av att "höra hemma", det vill säga att känna hemkänsla, antingen där man bor, har bott, eller önskar att man bodde, är livsnödvändig för alla människor, oavsett ålder eller funktionsförmåga.²⁹ Ett hem är mer än en hemlik fysisk miljö och det läggs idag stor vikt vid att äldre personer som flyttar från sitt ordinarie boende till ett särskilt boende ges bästa tänkbara förutsättningar att skapa en känsla av anknytning, oavsett var de bor. Som ett led i detta är det en uttalad strävan att skapa småskaliga boenden, dels för att mindre boenden bättre kan stödja och möjliggöra kontinuitet i relationer mellan vårdare och den boende, dels för att mindre boenden oftast bidrar till en mer familjär stämning. När äldre personer på särskilda boenden har tillfrågats om vilka faktorer i miljön som är av stor betydelse för deras trivsel och välbefinnande nämner de faktorer som "att känna sig som hemma", "att kunna vara med sig själv", "att vara med andra" och "måltiden som dagens höjdpunkt". Detta är alla exempel på faktorer som både styrs av omgivningens utformning och dess innehåll.³⁰

NÄR FELAKTIG UTFORMNING OCH INNEHÅLL BLIR TILL HINDER FÖR HÄLSA

Felaktigt utformad kan miljön vara ett hinder för välbefinnande och begränsa funktionsförmågan. Om de personliga förutsätt-

ningarna och den omgivande miljön inte samspelar leder det till obehag och ett beroende.³¹ Om vi exempelvis tänker oss att vara drabbade av en nedsatt synförmåga är det lätt att förstå att det kan leda till konsekvenser, som att vardagen krymper på ett både påtagligt och smärtsamt sätt med påverkan på välbefinnandet, livskvalitet och vanor. Det lustfyllda läsandet blir omöjligt när bokstäverna i boken flyter samman, handarbetet blir liggande i korgen om de tappade maskorna är fler än de stickade och den älskade promenaden får stryka på foten om underlaget och nivåskillnaderna börjar bli så svåra att det leder till osäkerhet och rädsla för att snubbla. Om man vänder på resonemanget och tar de personliga förutsättningarna som utgångspunkt för en medveten planering av miljön med kompensation för nedsättningar kan man istället uppnå ett stöd för kvarvarande resurser och bibehållen livskvalitet. Det förutsätter ett personcentrerat förhållningsätt med intresse och lyhördhet för den personliga kompetensen samt att denna inkluderas i utvecklingen av miljön.

En som på ett tydligt sätt illustrerat detta är sjuksköterskan och forskaren Brendan McCormack med sin modell *personcentred framework for practice*.³² Enligt modellen är kärnan i ett personcentrerat förhållningsätt det unika mötet mellan personen som är i behov av vård och omsorg och vårdaren, men en rad faktorer och förutsättningar påverkar kvalitén på detta möte. En av dessa förutsättningar är, enligt McCormacks modell, just den fysiska miljöns utformning. Så förutom kunskap om personens livshistoria, tidigare roller, värderingar, kultur och självbild bör livsberättelsen även omfatta de särskilda behov som funktionsnedsättningar medför avseende krav på miljöns utformning och därmed bidra utgångspunkt för planering av den personcentrerade omvårdnaden.³³ Även de förväntningar personen kan ha på en stödjande miljö grundat på egna och andras erfarenheter och föreställningar ska vägas in. På samma sätt behöver hänsyn tas till hur särskilda vanor och önskemål kan tillgodoses i anpassningen av miljön. Hur och var vill man inta sina måltider, behöver man stöd för att tolka och förstå sin omgivning, har man lust till och intresse av

uteaktiviteter, med mera, är alla faktorer som kan tillgodoses i planeringen av miljön om man är medveten om det och efterfrågar denna typ av information.³⁴

BETYDELSEFULLA FAKTORER FÖR EN PERSONCENTRERAD MILJÖ

Kvalitéer i den psykosociala miljön är angelägna att beakta som ett led i att stärka, främja och bevara hälsan. Man vet att miljöer som värderas som hemlika och familjära omfattas av goda relationer mellan personalen och patienter och boenden, relationer som präglas av värme och kontinuitet och som personerna själva kan vara med och skapa och påverka. I det sammanhanget är det intressant att notera att studier visar en hög samstämmighet mellan personal och boende/patienter när de karakteriserar en stödjande omgivning som en miljö som till sitt innehåll bidrar till känslan av att vara välkommen och sedd, som präglas av generositet och flexibilitet och där man kan följa sin egen rytm och umgås. Miljöer som även när det gäller den fysiska utformningen bidrar till hemkänsla, möten och samvaro mellan människor.³⁵

God vård förutsätter rimligen en miljö som präglas av god hygien, lättillgänglighet, respekt för självbestämmande och integritet, som främjar goda relationer mellan boende/patienter och personal samt som tillgodoser behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Det innebär en miljö som omfattas av faktorer man vet bidrar till trivsel, hemkänsla och stöd i vardagen. Med ett fokus på ledrådar och koder kan orientering underlättas, med trivsamma mötesplatser kan relationer upprätthållas. Trygga och säkra miljöer utan institutionsprägel ger stöd för valfrihet mellan avskildhet och social gemenskap.

Majoriteten av de personer som bor på särskilda boenden i Sverige idag har en demenssjukdom. Utformningen av boendemiljön för dessa personer är inte alltid så genomtänkt och välplanerad. Många gånger tvingas den äldre bo i en ganska rörig

miljö som inte tar hänsyn till de funktionsnedsättningar som sjukdomen medför. Det kan till exempel innebära att det finns för mycket möbler i lägenheten eller att det är möblerat på ett opraktiskt och svårtolkat sätt. Om miljön där en person med demenssjukdom bor inte är utformad med hänsyn till vars och ens förutsättningar finns det anledning att tro att den kan förstärka funktionsnedsättningarna och negativt påverka personens psykiska välbefinnande.³⁶

BERIKADE MILJÖER

Berikade miljöer är miljöer som kännetecknas av en stark vilja att på olika sätt visa att man bryr sig om dem som vistas där. Det kan med andra ord omfatta både fysiska faktorer i miljön som gör den vacker och härlig att vara i; som till exempel vackra fräscha blommor på bordet eller stiliga servetter i glasen och tända ljus framåt kvällen. Men berikning av miljön omfattar också handlingar; att ge sig tid till samtal, dela en upplevelse, fira och ha fest, ge komplimanger, skratta och sprida en god stämning. Stimulans av våra sinnen aktiverar hjärnans centra.³⁷ Vi har alla behov av daglig sensorisk stimuli och detta är kanske särskilt angeläget vid sjukdom för att skapa känslor av välbefinnande och en positiv sinnesstämning. Det är väl känt att vi mår bra av vackra naturintryck, av öppna gröna landskap med träd, vatten och himmel.³⁸ Via kultur får våra sinnen stimulans på ett naturligt och lustfyllt sätt. Kultur i vid mening, som till exempel naturupplevelser, aktiviteter, måltider, lek eller samvaro, behövs i den dagliga närmiljön oavsett ålder eller hälsotillstånd. Det kan väcka livsmod och bidra till att bibehålla upplevelsen av hälsa.³⁹

En särskild del avseende berikning av miljön omfattas av konst och utsmyckning. Forskning har visat på positiva effekter på såväl fysiologiskt som psykologiskt välbefinnande. Exempel på användningsområden är att använda konstbilder inom bildskapande behandling exempelvis vid depression, eller att under

museibesök med personer med demenssjukdom ha en bilddialog och samtala om konstbilden i syfte att generera positiv stimulans och välbefinnande för deltagarna samt ett fördjupat mötet mellan vårdtagare och vårdgivare.⁴⁰

När Astrid Lindgrens barnsjukhus byggdes i Solna i Stockholm i slutet av 1990-talet strävade man efter att utforma en miljö speciellt anpassad för barn och ungdomar upp till 18 år.⁴¹ En lång korridor mellan byggnaderna döptes till Fågelvägen som förutom att den är den närmsta vägen att nå vissa delar av sjukhuset från dess entré så omfattas den av en målning med hundratalet fåglar och däggdjur i naturlig storlek som på dagarna kompletteras med fågelkvitter. Genom att designa korridoren med denna installation, som kan leda tanken långt utanför sjukhusmiljön och därtill kalla den vid ett passande namn, har man på ett fantasifullt sätt sökt kringgå de negativa associationer som termerna ”korridor” och ”gång” lätt leder till när vi talar om sjukhusmiljöer.⁴²

Ett annat sätt att berika miljön är att använda djur i vården. Utgångspunkten är vetskapen om att umgänge med djur antas tillfredsställa grundläggande mänskliga behov av närhet och omsorg, intimitet och beröring. En hund uppskattar att bli klappad och uppmärksammas och den återgäldar detta genom att vifta på svansen, lägga huvudet i personens knä och på andra sätt visa uppskattning. Dess signaler förstår de flesta människor även de som har en kognitiv nedsättning. Hundens närvaro kan även lindra symtom på oro, rastlöshet och aggressivitet. Oavsett om det är en tränad vårdhund eller en hund på tillfälligt på besök vet man att det oftast påverkar välbefinnandet positivt. Exempel på observerade effekter är ökad aktivitet, kommunikation och glädjettringar.⁴³

LJUS, LJUD, KODER OCH LUKT

Miljöer för vård och omsorg är både arbetsplatser och boendemiljöer och skall fungera för alla som vistas där vilket kräver väl

genomtänka val av belysning. Det bör även finnas möjlighet att variera belysningen efter olika individuella och funktionella behov. Att omgivningen är lätt att tolka och förstå har betydelse för hanteringen av vardagen genom att det stöder uppfattningen av rummet och bidrar till att vardagliga aktiviteter, såsom att äta och uppfatta föremål omkring en, underlättas. Lampor ska vara avbländande, allmänljuset ska vara välriktat och ge tydliga kontraster och ökad belysningsstyrka när det behövs.⁴⁴ Boverket har formulerat krav på ljushetskontraster som stöd för synskadade och belysningens betydelse för trygghet i nattliga utomhusmiljöer har även betonats, medan det är brist på interventionsstudier som studerar rena hälsoeffekter.⁴⁵

Hur vi uppfattar ljud är personligt och beroende på tidigare erfarenheter och preferenser. Det är därför angeläget att fundera över hur ljud, genom att bidra till igenkänning och lugn, kan skapa en hälsofrämjande miljö. På så sätt kan ljudmiljön ingå som en del i omvårdnaden. Exempelvis kan musik användas som en enkel och billig omvårdnadsinsats i syfte att öka patienters välbefinnande, för att skapa lugn och avslappning samt minska smärta och oro.⁴⁶ Bakgrundsmusik vid måltid liksom vid hygien- och badsituationer inom äldreomsorg har visat sig bidra till att man satt längre kvar vid matbordet och därmed åt bättre samt att badet präglades av välbefinnande istället för oro.⁴⁷ Vid sjukdom och ohälsa är man ofta mer känslig för ljud än när man är frisk. Detta innebär att ljud som en frisk person inte reagerar på kan upplevas som obehagliga och irriterande av någon som är sjuk, samt leda till negativa effekter på kroppen, såsom ökad fysiologisk stress och oro. Inom hälso- och sjukvården förekommer en hel del ljud och oljud. Oljud kan uteslutas med hjälp av öronproppar och självklart genom att personalen aktivt arbetar för att ljudnivån vid vårdinrättningen sänks.

Generellt visar studier att såväl vårdare som patienter beskriver en lugn miljö som frånvaro av oönskat brus i form av alarm, telefonsignaler, höga röster och spring.⁴⁸ Dämpning av oljud med hjälp av draperier och skärmar samt tysta ringsig-

naler med information på displayer har visat sig leda till minskad oro.⁴⁹

Forskning visar att vårt förhållande till färger inte förändras särskilt mycket genom livet, även om våra möjligheter att uppfatta och förstå vår omgivning korrekt kan påverkas av nedsatt syn och kognition när vi blir äldre. Hur ett rum är färgsatt påverkar möjligheten till rumsuppfattning och tolkning. Koder och ledtrådar i miljön kan underlätta och bidra till hälsa i form av färgsignaler och korta avstånd mellan hållpunkter som leder rätt i miljön. Att uppmärksamma på ingångar genom kontrasterande dörrfoder eller färgsatta handtag har visat sig bidra till igenkänning och ökad användning. En färgad bordskiva kan bilda kontrast mot måltidsporlinet, en avvikande kakelkulör mot badrumsporlinet och båda bidrar till tolkningsförmåga och därmed till ökad självständighet och välbefinnande.⁵⁰

Luktminnet är ett av de starkaste minnena, lukt kan väcka positiva minnesbilder och väldoftande miljöer kan bidra till välbefinnande.⁵¹ Lukt har betydelse för aptit, vilket alla nog har upplevt när lukten av nybakat bröd registreras. Doften väcker minnen men även erfarenheter av vad lukten innebär kan leda till lust att äta. Vid tilltagande ålder behövs starkare sinnespåverkan för att goda lukter ska stimulera aptit och smak. För personer med sömnsvårigheter på grund av oro har också sömnen kunnat förbättras efter att personen har fått lukta på olika dofter.⁵²

NÄRHET TILL NATUREN

Forskning och erfarenhet visar att närhet till naturen och möjligheter att själv välja mellan att vara ute eller inne bidrar till känslan av frihet. Utgångspunkter för utformning av utomhusmiljöer är i stort desamma som för inomhusmiljöer, det vill säga att det är viktigt att skapa miljöer som väcker igenkänning vid exempelvis val av växter och utomhusmöbler, miljöer som är enkla att tolka, tydliga, tillgängliga, bekväma och säkra.⁵³ I de nationella målen

för folkhälsan beskrivs människans behov av grönområden för återhämtning från krav i arbete och familj.⁵⁴ Detta ligger i linje med den så kallade *Attention Restorative Theory*, som hävdar att de positiva hälsoeffekter vi kan uppleva när vi vistas utomhus kan förklaras med den fascination människan upplever i interaktion med naturen.⁵⁵ Vi kan känna en längtan att gå ut i trädgården av olika skäl, antingen för att utföra meningsfyllda aktiviteter, följa årstidsväxlingarna eller helt enkelt få nya upplevelser.

Trädgården kan utformas och anpassas så att den blir en miljö för rehabilitering. Ett hönshus med några hönor och en tupp kan locka både äldre, anhöriga och barn att vistas utomhus och stimulera till många samtal samt erbjuda något meningsfullt att göra – mata, hämta ägg eller sköta om hönsen. Vid planering av gröna rum är det viktigt att tänka på den fysiska tillgängligheten, att det går att ta sig fram och nå det man vill, oavsett om man sitter i rullstol eller ligger i en säng. Tydliga inbjudande vandringsstråk utomhus, med viloplatser på bekväma avstånd från varandra, gör det säkert att promenera på egen hand och har beskrivits som resulterande i minskad oro och minskat aggressivt beteende. Att vistas utomhus i dagsljus kan även bidra till att dygnsrytmen normaliseras och till naturlig trötthet på kvällen.

Sinnesstimulans kan vara temat i trädgården, för alla sinnen – syn, hörsel, smak, lukt och känsel. Genom att använda olika markunderlag – gräs, bark, asfalt, grus, plattor – påverkas tillgängligheten, men de kan också användas för sinnesupplevelser och träning av balans och koordinationsförmåga. För att promenaden ska bli av behövs ibland stimulans i form av en spännande väg där man inte vet vad som döljer sig bakom kröken och med ett intressant mål som lön för mödan. En balans mellan bekvämlighet och en utmanande trädgård är viktig för att nyfikenhet och utforskarlust ska väckas.⁵⁶ Det gröna rummet börjar allt mer uppmärksammas som en del i rehabiliteringen även i sjukhusmiljön. Inom exempelvis psykiatrisk verksamhet lägger man stor vikt vid patienternas möjlighet att kunna vistas ute och inne efter eget behag som en del i deras återhämtning av hälsa.⁵⁷

HUR GÅR VI VIDARE?

I detta kapitel har stödjande och hälsofrämjande faktorer i miljö diskuteras samt hur man på basis av den forskning som bedrivs inom området kan implementera nya rön i miljöer där människor vistas till stöd för deras hälsa. Kunskapsbasen är till synes omfattande och dessutom i kraftigt tillväxt både inom vård och arkitektur, inte minst i fruktbart samarbete emellan inom centrumbildningar och vårdmiljöforskargrupper.⁵⁸ Men trots att vi sedan lång tid tillbaka vet att stimulerande miljöer kan locka till hälsa, rörelse och fysisk aktivitet, bidra till sociala relationer och umgänge med andra, samt uppmuntra till deltagande i dagliga aktiviteter både ute och inne är det fortfarande svårt att få gehör för omsättning av denna kunskap i praktiken. Det är därför angeläget att kunskapen implementeras redan i utbildningar inom vård och arkitektur. Där kan vi se intressanta strategier med gemensamt kursutbud mellan arkitektur och vårdvetenskap kring vårdens lokaler. Målgruppen är professionella inom båda dessa områden och syftet är att erbjuda en gemensam fördjupning avseende hur vårdens lokaler kan stödja återhämtning, tillfrisknande och hälsa.

Det är även angeläget att lyfta betydelsen av hur vårdens lokaler påverkar vården och omsorgens rutiner. Även detta område har fått ett uppsving inom ramen för de många förbättringsprojekt som är ständigt pågående inom vård och omsorg. Idag är det därför väl känt att utformningen av vårdens lokaler har en stor betydelse för att effektivisera flöden och vårdprocesser, värna om sekretess och integritet samt främja teamsamverkan och flexibilitet.

Sist men inte minst behöver patienten och dennes närstående bli medvetna om hinder och möjligheter i den fysiska miljön för möjligheten att använda sina inneboende resurser. Det kan handla om vikten av att byta boende i tid om man bor på tredje våningen utan hiss och börjar bli gammal och skör, det kan handla om att få hjälp att komma ut i den friska luften för en daglig promenad eller att få tillgång till de tekniska hjälpmedel jag behöver för

att kunna leva oberoende trots funktionsnedsättningar. Helt enkelt att se den fysiska miljön som en del av hälsan.

NOTER

1. Florence Nightingale, *Notes on nursing*, New York: D. Appleton and Company, 1992.
2. Jean A. Gilmour, "Hybrid Space: Constituting the Hospital as a Home Space for Patients", *Nursing Inquiry*, 13:1 (2005), s. 16–22.
3. Helle Wijk, "Personcentrerad utformning av vårdmiljön", *Vårdmiljöns betydelse*, Helle Wijk (red.), Lund: Studentlitteratur, 2014.
4. Förenta nationernas ekonomiska och sociala råd, 1997/19: "Equalization of opportunities for people with disabilities", <http://www.un.org/documents/ecosoc/res/1997/eres1997-19.htm> (160606).
5. BFS 2011:10, *Boverkets konstruktionsregler*, Stockholm: Boverket; SFS 1982:763, *Hälso- och sjukvårdslag*, Stockholm: Socialdepartementet; SFS 2014:821, *Patientlag*, Stockholm: Socialdepartementet.
6. J. David Edvardsson, Per-Olof Sandman och Birgit Holriz Rasmussen, "Sensing an Atmosphere of Ease: A Tentative Theory of Supportive Care Settings", *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19:4 (2005), s. 344–353.
7. Lena Mårtensson och Gunnel Hensing, "Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet", *Läkartidningen*, 51–52:108 (2011), 2718–2720.
8. Svensk sjuksköterskeförening, *Personcentrerad vård*, Stockholm, 2010, <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/SSF-om/Personcentrerad-varld/> (160313).
9. Socialdepartementet, *Patientlag*.
10. Regina Santamäki Fisher, "Att samla in och använda livsberättelser – teorier och metoder", *Personcentrerad omvårdnad*, David Edvardsson (red.), Studentlitteratur, Lund, 2010.
11. Lena Mårtensson och Gunnel Hensing, "Health Literacy – A Heterogenous Phenomenon: A Literature Review", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6:1 (2012), s. 151–160.
12. Wijk, "Personcentrerad utformning av vårdmiljön".
13. Edvardsson, Sandman och Rasmussen, "Sensing an Atmosphere of Ease".
14. Mortimer Powell Lawton, "Competence, Environmental Press, and

- the Adaptation of Older People”, *Aging and the Environment. Theoretical Approaches*, Mortimer Powell Lawton, Paul G. Windley och Thomas O. Byerts (red.). Springer Publishing Company, London, 1982.
15. Nightingale, *Notes on Nursing*.
 16. Barbara A. Carper, ”Fundamental Patterns of Knowing in Nursing”, *Nursing Science* 1:1 (1978), s. 13–23.
 17. Nightingale, *Notes on nursing*.
 18. Anette Erichsen Andersson, *Patient Safety in the Operating Room. Focus on Infection Control and Prevention*, Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet, 2013.
 19. Roger Ulrich, *Evidensbas för vårdens arkitekter 1.0. Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön*, Göteborg: Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers, 2012.
 20. Mahbub Rashid, ”A Decade of Adult Intensive Care Unit Design – A Study of the Physical Design Features of the Best-Practise Examples”, *Critical Care Nursing Quarterly*, 29:4 (2006), s. 282–311.
 21. Gilmour, ”Hybrid Space”.
 22. Berit Lindahl, *The Meeting Between People and Technology: Interpretations of Narratives of ICU Nurses and People Using Ventilators in Their Own Homes*, Umeå Universitet, Umeå, 2005.
 23. Peter Westlund, *Boningar för äldre*, Fokus-Rapport 2007:1, Kalmar: Regionförbundet Kalmar län, 2007.
 24. Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demens*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2010.
 25. Se Svenska Institutet för Standardisering, *Kvalitet i särskilt boende och hemtjänst*, <http://www.sis.se/h%C3%A4lsa-och-sjukv%C3%A5rd/sistk-572-2012-2015> (160606).
 26. Maria Haak, Agneta Malmgren Fänge, Susanne Iwarsson och Synneve Dahlin-Ivanoff, ”Home as a Signification of Independence and Autonomy – Experiences Among Very Old Swedish People”, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14:1 (2007), s. 16–24.
 27. Richard Schulz och Gail Brenner, ”Relocation of the Aged: A Review and Theoretical Analysis”, *Journal of Gerontology*, 32:3 (1977), s. 323–333.
 28. Nicholas G. Castle, ”Relocation of the Elderly”, *Medical Care and Research Review*, 58:3 (2001), s. 291–333.
 29. Hanna Falk, Helle Wijk, Lars-Olof Persson och Kristin Falk, ”A Sense of Home in Residential Care”, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 27:4 (2013), s. 999–1009.

30. Westlund, *Boningar för äldre*.
31. Lawton, "Competence, Environmental Press, and the Adaptation of Older People".
32. Brendan McCormack, "Person-Centredness in Gerontological Nursing: An Overview of the Literature", *Journal of Clinical Nursing* 13:3a (2004), s. 31–38.
33. Tom Kitwood, *Dementia Reconsidered – The Person Comes First*, Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 1997; Hans Kettl Normann, Kenneth Asplund, A. Norberg, "Attitudes of Registered Nurses Towards Patients With Severe Dementia", *Journal of Clinical Nursing*, 8:4 (1999), s. 353–359.
34. Se bidragen i Inger Ekman (red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*, Liber, Stockholm, 2014.
35. Edvardsson, Sandman och Rasmussen, "Sensing an Atmosphere of Ease".
36. Helle Wijk, *Goda miljöer och aktiviteter för äldre*, Lund: Studentlitteratur, 2004.
37. Jan Fagius, *Hemisfärernas musik: om musikanteringen i hjärnan*, Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2002.
38. Patrik Grahn och Ulrika K. Stigsdotter, "The Relation Between Perceived Sensory Dimensions of Urban Green Space and Stress Restoration", *Landscape and Urban Planning*, 94:3–4 (2010), s. 264–275.
39. Birgitta Rapp, "Med öppna sinnen för hälsans skull", 2010, http://grkom.se/download/18.276a42981270147ed3580006702/Birgitta_Rapp.pdf (160313).
40. Christina Blomdahl, Birgitta Gunnarsson, Suzanne Guregård och Anita Björklund, "A Realist Review of Art-as-Therapy for Clients With Depression. The Arts in Psychotherapy", 40:3 (2013), s. 322–330; Britt-Maj Wikström, Emma Westerlund och Jaana Erkilä, "The Healthcare Environment – The Importance of Aesthetic Surroundings: Health Professionals' Experiences From a Surgical Ward in Finland", *Open Journal of Nursing*, 2:3 (2012), s. 188–195.
41. Kulturförvaltningen, Stockholms Läns Landsting, *Konst i landstinget, på egen hand*, 2004.
42. Louise Eulau, "Estetikens nycklar till våra inre rum", *Vårdmiljöns betydelse*, Wijk (red), 2014.
43. Susan L. Filan och Robert H. Llewellyn-Jones, "Animal-Assisted Therapy for Dementia: A Review of the Literature" *International Psychogeriatrics*, 18:4 (2006), s. 597–611.

44. Wijk, "Personcentrerad utformning av vårdmiljön".
45. Boverket, *Boverkets konstruktionsregler*.
46. Wijk, "Personcentrerad utformning av vårdmiljön".
47. Hans Ragneskog, "Goda och dåliga ljudmiljöer", *Goda miljöer och aktiviteter för äldre*, Helle Wijk (red.), Lund: Studentlitteratur, 2004.
48. Edvardsson, Sandman och Rasmussen, "Sensing an Atmosphere of Ease".
49. Kristen Day, Daisy Carreon, och Cheryl Stump, "The Therapeutic Design of Environments for People With Dementia: A Review of the Empirical Research", *The Gerontologist*, 40:4 (2000), s. 397-416.
50. Wijk, "Personcentrerad utformning av vårdmiljön".
51. Rose McCloskey, "Caring for Patients With Dementia in an Acute Care Environment", *Geriatric Nursing*, 25:3 (2004), s. 139-144.
52. Maria Larsson och Johan Willander, "Luktsinnet i vårdmiljön " *Goda miljöer och aktiviteter för äldre*, Wijk (red.), 2004.
53. Richard Mitchell och Frank Popham, "Effect of Exposure to Natural Environment on Health Inequalities: An Observational Population Study", *The Lancet*, 372:9650 (2008), s. 1655-1660.
54. SOU 2000:91, *Hälsa på lika villkor – nationella målen för folkhälsan*, Stockholm: Regeringskansliet, 2000. Se mål 6, s. 108-110.
55. Rachel Kaplan och Stephen Kaplan, *The Experience of Nature: A Psychological Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
56. Grahn och Stigsdotter, "The Relation Between Perceived Sensory Dimensions"
57. Lena From och Stefan Lundin (red.), *Arkitektur som medicin: arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatrin*, Göteborg: Stiftelsen för Arkitekturforskning ARQ, 2009.
58. Se till exempel arbetet vid Centrum för vårdens arkitektur, *Centrum för vårdens arkitektur*, <http://docplayer.se/1679025-Cva-centrum-for-vardens-arkitektur-centre-for-healthcare-architecture.html> (160606) och vid Sahlgrenska akademins vårdmiljöforskargrupper, *Vårdmiljöer*, <http://caresci.gu.se/forskning/profilomrade/vardmiljoer> (160606).



VACKRA VÅRDBYGGNADER LÄKER

Stefan Lundin och Peter Fröst

KÄNSLOR AV VÄLBEHAG och förhoppningar främjar hälsa, känslor av obehag och nedstämdhet förstärker sjukdom. Vårdens arkitektur kan stödja eller motverka känslor och förhoppningar och är därmed ett medel för att såväl bibehålla som återfå hälsa. Så enkelt kan vår tankegång beskrivas, en tankegång som de flesta förvisso delar på ett intuitivt plan, men som det i många sammanhang är svårt att vinna gehör för. Kunskapen och evidensen är nämligen starkt begränsad i denna fråga, varför våra tankegångar behöver artikuleras och underbyggas vetenskapligt. I det här kapitlet skall vi presentera några aspekter av de potentiellt läkande egenskaperna hos en vacker vårdmiljö, en presentation som både utvecklar vår tankegång och uppmärksammar de vetenskapligt underbyggda undersökningar som redan finns. Tonvikten kommer att ligga på vårdmiljö i vidare mening, en miljö i vilken också arkitekturen har betydelse.

VENUSTAS OCH EN NY FÖRSTÅELSE AV SKÖNHETSBEGREPPET

När vi bygger för vårdens verksamheter är det för att finna lämpliga lokaler för behandling och vårdande. Att lokalerna skall fungera väl och stödja verksamheterna är en självklarhet vi sällan reflekterar över. Och när vi säger " fungera väl" så innefattar det ofta begrepp

som praktiskt, funktionellt eller ändamålsenligt, begrepp vi betraktar som enkla, entydiga och viktiga. Men arkitekturen innehåller också andra dimensioner. Den antike arkitekturteoretikern Vitruvius, som levde under århundradet före vår tideräkning, beskrev tre primära aspekter av arkitekturen som vi än idag använder: *utilitas*, *firmitas* och *venustas*. *Utilitas* beskriver den första aspekten av arkitekturen – att vara ändamålsenlig. Att husen skall vara hållbara och stå sig över tid, det vill säga att de äger *firmitas*, är den andra aspekten som vi dock i detta sammanhang kan lämna därhän. *Venustas*, skönheten, är den tredje av arkitekturens aspekter enligt Vitruvius. På den avser vi fokusera i detta sammanhang.

Innebörd och betoning av de olika aspekterna ovan varierar genom historien. Idag lägger vi en vidare innebörd i begreppet skönhet. Där involverar vi det stämningsfulla, det som äger atmosfär och trivsel – det som ger oss en känsla av välbehag i vid mening. Möjligen är begrepp som stämning, välbehag och trivsel svårare att beskriva än motsvarigheterna till *utilitas*. Men det innebär inte att de saknar betydelse eller är mindre viktiga.

Det finns idag en stark strömning i svenskt sjukhusbyggande som leder till storskaliga och strukturellt formade anläggningar. Rationalitet är ledordet och är naturligtvis viktigt. Men rationaliteten går inte alltid i takt med tanken på våra känslors och förväntningars betydelse, med det sköna och den så kallade ”läkande arkitekturen”, en annan av vår tids strömningar. Arkitektur är nämligen inte en neutral och betydelselös bakgrund för vårdens verksamheter, utan något som enligt vår uppfattning har ett direkt inflytande på det medicinska utfallet och för den enskilde patientens möjlighet till tröst, lindring och möjligen också bot.

EN VACKER VÅRDMILJÖ VÄCKER FÖRHOPPNINGAR OM ETT TILLFRISKANDE

Ger vi en patient ett piller som bedöms som medicinskt överksamt så benämns detta som placebo. Om patienten ändå upplever

en positiv förbättring av en sådan ”medicinering” anses det föreligga en så kallad placeboeffekt. Fenomenet kan beskrivas som en förhoppning eller förväntanseffekt. Den uppträder vid all medicinering eller behandling och kan vara mycket betydande.

Det finns en hel mängd fascinerande exempel på placeboeffekter. Kliniska studier visar till exempel att tablettens form, färg och utseende är viktiga för dess placeboeffekt och att dessa i sin tur är kulturellt betingade. Och varför fungerar ett piller som sägs vara dyrt och exklusivt bättre än ett som sägs vara allmänt tillgängligt och billigt? Varför fungerar en behandling som smärtar bättre än en som inte gör ont? Varför fungerar penicillinkuren bättre mot öroninflammation om läkaren som ordinerar den är inkännande och trevlig istället för otrevlig? Hur skall allt detta förstås? Det finns flera olika förklaringsmodeller. Kanske kan det dyra pillret invagga nyttjaren i en känsla av utvaldhet och betydelse. Den engelske folkhälsoprofessorn Michael Marmot menar i sin bok *Statussyndromet* att just vår sociala status eller sociala rangordning är helt avgörande för vår hälsa och livslängd.¹ Att läkaren visar patienten empati och förmedlar en känsla av deltagande, istället för likgiltighet eller rent av avståndstagande, förklarar troligen också öronbarnets snabbare tillfrisknande. Sannolikt förklarar detta även en del av framgångarna för den alternativa medicinens behandlingsmetoder och hälsopreparat. Placeboeffekten förvånar och förhoppningen om att finna en plausibel förklaring till dess verkansmekanismer har upptagit vetenskapsmäns intresse över århundraden.

Skulle samma principiella resonemang om förhoppningar eller förväntanseffekter kunna överföras till arkitekturen? Ja, det förefaller så. I USA har man vid läkarmottagningar av olika slag kunnat fastställa att väntrummens utformning har stor betydelse – avsevärt större än förväntat – för hur patienterna skattar sin egen nöjdhet med besöket.² I denna undersökning har man valt att använda begreppen attraktivt respektive oattraktivt för de miljöer man studerat, dock utan att närmare beskriva vad som bidragit till det ena eller andra. I de fint formade, attraktiva, vänt-

rummen var den självskattade nöjdheten således större än i de fula, oattraktiva. I de fina väntrummen bedömdes sjukvårdspersonalens kompetens som högre och längre väntetider accepterades. Förklaringen till detta fenomen beskrivs på följande sätt: bedömningen av olika egenskaper som vi inte visuellt kan erfara påverkas i hög grad av det vi faktiskt kan se, det vill säga visuellt erfara, i de miljöer vi befinner oss. Vår bedömning av bemötande, personalens kompetens, behandlingarnas kvalitet, vår grad av nöjdhet och så vidare är direkt påverkad av lokalernas bedömda attraktivitet. Och denna påverkan beskrivs alltså som oproportionerligt stor! Väntrummen ger ”konkreta visuella ledtrådar” som patienten själv kan uppleva och bedöma. Detta till skillnad från en mängd annan information som förblir dold, som medicinsk kompetens med mera, och som denne måste söka kunskapen om på annat sätt.³

För närvarande pågår en mycket intressant forskningsstudie i Danmark. En grupp forskare studerar om rehabiliteringens effekt vid knä- och höftskador kan påverkas av lokalernas attraktivitet.⁴ Under hälften av veckans timmar bedriver personalen sjukgymnastik med en grupp i en äldre mörk källarlokal, medan de under den andra hälften av veckan har en annan grupp som bedriver sin rehabilitering i nya ljusa lokaler med utsikt mot omgivande grönska. Man söker alltså på bästa sätt neutralisera alla faktorer förutom den fysiska miljön. Det förväntade resultatet är förstås att behandlingen i den nya, ljusa och fräscha lokalen ska visa sig vara mer framgångsrik. Detta skulle på ett mycket påtagligt sätt demonstrera hur lokalernas attraktivitet, stämning eller skönhet kan påverka det medicinska resultatet och därmed stärka teorin om den fysiska miljöns betydelse. För att beskriva att den medicinska effekten kan relateras till det sammanhang – den kontext – i vilket behandlingen ges använder sig forskningsgruppen av begreppet *context effects*. *Context effects* kan alltså beskrivas som de effekter av en given behandling som inte orsakas direkt av själva behandlingen, utan snarare av miljön som omger behandlingen.⁵ Detta är på sätt och vis ett begrepp som nyanserar placeboeffek-

ten. Om det faktiskt föreligger en medicinsk effekt så utgör ju själva begreppet placebo – per definition ett medicinskt överksammat preparat eller behandling – en självmotsägelse.

DEN FYSISKA MILJÖNS BETYDELSE FÖR LÄKNING OCH ÅTERHÄMTNING

Men om vi kan konstatera en förändrad hälsostatus kopplad till våra känslor och förhoppningar, hur kan då dessa förändringar förklaras i medicinska eller fysiologiska termer? Det är sedan länge känt att långvarig stress kan bidra till sjukdom. Hans Selye kunde redan under 1950-talet beskriva stress som ett förhållande som leder till ett försvagat immunförsvar.⁶ Den epokgörande artikeln i *Science* från 1984, *View Through a Window may influence recovery from surgery*, utgör en modern startpunkt för diskussionerna om den fysiska miljöns betydelse för läkning och återhämtning.⁷ Där konstaterades att de patienter som hade utsikt mot grönska uppvisade bättre förmåga till läkning än de som blickade ut mot en tegelmur. Men artikeln redogör inte för om det var bladens rörelse i vinden, det varierande skuggspelet, de gröna kulörerna eller någon annan fysisk aspekt som förklarar minskad stress och ökat välbefinnande. Någon fysiologisk förklaring till hur dessa fysiska aspekter påverkar våra sinnen, känslor och upplevelser ges inte heller i artikeln.

Idag finns över tvåusen publicerade vetenskapliga artiklar som visar på den fysiska miljöns betydelse för en förbättrad vårdmiljö i allmänhet och under det senaste decenniet har det också gjorts flera vetenskapliga forskningsöversikter. *The Center for Health Design* i Concord, Kalifornien, har upprättat den mest inflytelserika översikten och den redovisar 6 alternativt 11 fysiska interventioner som kan bidra till positiva hälsoeffekter, beroende på grad av vetenskaplig evidens. De motsvarande vetenskapliga hälsoeffekterna som kan uppnås är då 9 respektive 16 till antalet.⁸ En senare översikt, utförd av det ansedda internationel-

la Cochrane-institutet, redovisar däremot få eller inga sådana positiva effekter som möter institutets krav på hög vetenskaplighet och evidensgrad.⁹ På danska har rapporten *Helende arkitektur* utgivits och i Sverige en kortare sammanfattning, *Evidensbas för världens arkitektur 1. o.*¹⁰

Idag har forskningen getts bättre förutsättningar att förstå våra sinnesreaktioner, känslor och tolkningar i relation till vår fysiska omgivning. Dessa reaktioner kan man nu i allt högre grad studera och mäta i realtid, vilket öppnar upp för nya insikter. Det menar bland annat den amerikanska läkaren Esther M. Sternberg, som forskar inom fältet sinne, kropp och välbefinnande. I sin bok *Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being* argumenterar hon, med stöd av modern hjärnforskning, bland annat för att vår odelade enhet av kropp och hjärna kan bilda kroppsegna opiater som minskar smärta.¹¹ Kroppsgenererade ämnen som dopamin och endorfiner påverkar vårt lustcentrum och belöningssystem, vilket ger upphov till våra positiva känslor. Detta kan förbättra utsikterna för läkande. Allt detta utgör ett mycket komplicerat fysiologiskt system om vilket våra kunskaper är starkt begränsade. Den medicinska vetenskapen synes dock delvis tagit ett steg till en högre nivå, där inte enbart "grova" fysiologiska mått på minskad stress kan kopplas till våra reaktioner på vår fysiska omgivning.

OTRADITIONELLA BEHANDLINGSMETODER: KULTUR PÅ RECEPT

Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till sjukskrivningar i dagens Sverige och den ser fortsatt ut att öka. Tillväxten av psykisk ohälsa är sannolikt en följd av det ökade känslomässiga tryck många upplever i arbets- och familjeliv och som vi har svårt att hantera i vår vardag. Idag är det i allt högre grad vara våra intellektuella färdigheter som vi nyttjar och tär på. Vi är ständigt uppkopplade och nåbara. Arbetet känner inte längre några gränser

och arbetets vedermödor följer gärna med in i hem och familjeliv. Stunder av lugn, vila och återhämtning är en bristvara. Vi verkar också i ett bedömningsamhälle där vår förväntade kunskapsökning och personliga utveckling ständigt skall mätas. Utseendefixeringen är också påfallande. Ohälsan tar sig uttryck i en känslomässig utmattning, ofta i form av känslor som ångest, dålig självkänsla och nedstämdhet, men också i form av kroppsliga fenomen som kronisk värk eller allmän kraftlöshet. Det är paradoxalt att vi idag mår allt sämre, trots minskad kroppslig ansträngning och med en materiellt sett bättre tillvaro. Igår var det en sliten rygg som satte stopp för förutsättningarna att skapa ett gott liv. Idag är det allt oftare vår psykiska ohälsa. Det är en oroväckande utveckling som är både svårförståelig och skrämmande. Svaret på exakt hur och varför det sker gäcker oss och frågan upptar många av våra politikers och forskares tankar.

Hur skall vi då bemöta den ökande psykiska ohälsan, det lidande det ger den enskilde, de närstående och den kostnad det åsamkar samhället? Traditionella mediciner och terapier hjälper bara delvis mot dessa ofta långvariga tillstånd. Nya vägar för framgångsrik behandling söks. I Helsingborg har det mellan åren 2012 och 2014 pågått en verksamhet kallad ”Kultur på recept”.¹² Det är ett samverkansprojekt mellan Region Skåne, Helsingborgs stad, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Patienter med kvarstående ohälsa efter andra typer av behandlingar har erbjudits kulturengagemang tre gånger i veckan under tio veckor under ledning av en kulturpedagog. I en film på projektets hemsida framförs tanken på kulturens betydelse för återhämtning. Läkaren Ulf Hallgårde uppger att man varit angelägna om att pröva vad han kallar ”icke medicinska behandlingsmetoder” för att stärka det friska.¹³ Tanken bygger på att det friska i oss skall balansera upp det sjuka och därmed bidra till återhämtning. Utvärderingen av Kultur på recept beräknas att färdigställas under det första kvartalet 2016.

På projektets hemsida slås det fast att kultur stimulerar sinna. Och det gör det förvisso, men sinnesstimulansen i sig har

inget egenvärde. Det betydelsefulla är istället hur dessa sinnesintryck tolkas och hur de påverkar vårt känsloläge. Vad är det till exempel i musiken, bildkonsten, teatern eller arkitektur och design som bidrar till det positiva känslorna? Är det det vackra i målningens kolorit, dynamiken i skulpturens rörelse, de ljuva klangerna i musikens harmoni, dialogens skärpa i teaterpjäsen, ljusets spel i fönsternischen? Och hur förklaras det i så fall? Vilka är de fysiologiska mekanismerna? Detta börjar forskarna bilda sig en viss uppfattning om. En svensk läkare som intresserat sig för musikens effekter på hormonsystem och immunförsvar, liksom även för dess sociala aspekter, är Töres Theorell, professor emeritus vid Stressforskningsinstitutet, Stockholms Universitet, men också utövande musiker och sångare. Att vi påverkas känslomässigt av kultur, här i meningen konst, är kanske just musik det tydligaste exemplet på. Här kan vi också finna det märkligt att vi måste vetenskapligt beskriva det vi ”vet” fungerar. Vi har väl alla någon gång fått gåshud och känt nackhåren resa sig när vi hört ett speciellt musikstycke och dansat ”... with one hand waving free”.

Vi delar naturligtvis förhoppningarna om att ett deltagande i ”Kultur på recept” kan bidra till de sjukas återhämtning och läkande, men sannolikt är det också andra förhållanden som då aktivt bidrar till denna hälsoeffekt utöver ”det rent kulturella”. Patienterna bryter exempelvis en del av sin isolering och sitt sociala utanförskap för att umgås med andra. Kanske intar de gemensamt kaffe eller lunch i en vacker och attraktiv omgivning – också det aktiviteter som kan öka välbefinnandet. Och som någon av deltagarna uttryckte det: det känns betydlig angenämare att ”bli kulturad” än vårdad. Avslutningsvis kan vi, i enlighet med Ulf Hallgärde ovan, också instämma i påståendet att ”kultur är en ickemedicinsk behandlingsmetod” – en behandlingsmetod som emellertid äger medicinska effekter! Vad gäller för arkitekturen?

KÄNSLOMÄSSIGT LÄMPLIG KONST

Det är svårt att fånga och definiera så mångtydiga begrepp som kultur eller konst. Konsten är existentiell i så mening att den hanterar frågor om livet, döden, kärleken och hur vi skall kunna leva ett gott liv. Den hanterar frågor om njutning, om det angenäma, men också om lidande, sorg och umbäranden. Det handlar om det vackra och sköna, men samtidigt också om det fula, det svåra, det upprörande och provocerande. Konstupplevelsen kan i bästa fall bli ett slags inre upptäcktsfärd där vi lär oss att utforska och förstå våra känslor och upplevelser. Det kulturella och konstnärliga har en speciell plats i alla civilisationer, utan att vi mer precist vet vilka syften den tjänar och vad den skall vara bra för. Men mänskligheten tycks inte kunna avstå från sådan verksamhet. Konsten är också besläktad med vetenskapen i så måtto att den söker förklaringar till ting och företeelser i vår omvärld. Dess metod är dock traditionellt inte den strukturerande och teoretiska, utan snarare den friare känslomässigt intuitiva. Som uttolkare av mänskliga upplevelser och värden har konstnärer i perioder betraktas som ett avantgarde och varit upplyfta personligheter, men inte sällan har konstnärer av skilda slag också själva levt olyckliga liv där egna traumatiska upplevelser gett näring till konstnärliga uttryck.

Vissa forskare menar att man i vårdsammanhanget bör skydda patienter och anhöriga från konst som är känslomässigt upprörande, provocerande eller ifrågasättande – en konst som ställer eller kan ställa ”existentiella frågor”.¹⁴ I själva verket är de än mer försiktiga i sina rekommendationer, då de menar att konst som överhuvudtaget får oss att associera till mindre angenäma ting bör undvikas. I enlighet med *Emotional Congruence Theory*, teorin om känslomässig överensstämmelse, förnimmer och tolkar vi vår omgivning utefter vårt befintliga stämningsläge – något som då också omfattar den konst vi omges av. Sjuka kan antas ha ett nedsatt stämningsläge och därför bör vi i vårdsammanhanget undvika konst som kan ge upphov till negativa associationer hos

patienter och anhöriga. Arkitekturprofessorn Roger Ulrich menar också att all konst med abstrakta motiv bör undvikas. Den lämpliga konsten benämner han som *emotionally appropriate art*, ”känslomässigt lämplig konst”. Den konst som patienter föredrar är den konst som har naturmotiv, enligt hans uppfattning. Att vi har stor preferens för dessa val menar Ulrich kan kopplas till vårt evolutionära arv.¹⁵

Stöd för resonemangen om en icke känslomässigt upprörande konst finns också på annat håll inom den miljöpsykologiska forskningen. Där använder man bland annat begreppet positiva distraktioner. Med det avses sådana ting eller verksamheter som leder patientens tänkande bort från sin sjukdom och därmed anses bidra till återhämtning och läkning. På ett motsvarande sätt används begreppet negativa distraktioner eller påminnelser, ting eller verksamheter som vänder den sjuks tankar mot sin sjukdom med negativa konsekvenser som följd. Vi kan alla någon gång finna exempel på mindre lämplig, eller kanske rent av olämplig konst i sjukhussammanhang, men de ovanstående teorierna irriterar och förvirrar många av landstingens konstenheter som ansvarar för konsten på våra sjukhus. De menar att frågan i högre grad måste problematiseras. För vårt principiella resonemang räcker det dock med att konstatera att konst, beroende på patienternas stämningsläge, i hög grad kan påverka våra känslor och därmed också sannolikt vår hälsa.

De ovanstående exemplen från kulturens eller konstens område menar vi stärker uppfattningen om våra känslor och upplevelsers betydelse för välmående och återhämtning. De ska inte betraktas som ovidkommande småsaker, även om de förefaller obetydliga jämfört med de kraftigare känslomässiga reaktioner som är relaterade till till exempel ett barns födelse, en förälskelse, en avklarad examen eller en skilsmässa, sjukdom eller någon näras bortgång. De sistnämnda är händelser som vi vet påverkar hälsotillståndet negativt och ökar frekvensen av suicid.

STORDRIFTENS BYGGNADSKULTUR

Hur ser då våra sjukhus ut idag? Den tidigare nämnda Esther M. Sternberg betecknar dagens "state-of-the-art hospitals" som platser huvudsakligen anpassade för förvaring av "state-of-the-art equipment" och där människorna måste anpassa sig efter teknikens krav.¹⁶ När förflyttades fokus från patienterna och helandet till diagnoserna och behandlingarna, undrar hon retoriskt.

Utformningen av dagens sjukhus bygger i hög grad på tankar om stordriftens fördelar, ett tänkande som bland annat har rötter i den funktionalistiska arkitekturens teori och 1960-talets bostadsbyggande under det så kallade miljonprogrammets dagar. Varor köps in centralt i mycket stora kvantiteter, upphandlade av ett fåtal leverantörer i konkurrens, och hanteras i logistiska centra. Separata varuintag och ett vitt förgrenat nät av underjordiska kulvertar och transportsystem försörjer "sjukhusfabriker" stora som stadsdelar. Mat lagas ofta i centralt belägna storkök och levereras varmhållen eller fryst för att serveras till tusentals patienter. Restriktionerna kring mathantering bidrar också till oaptitlig mat och torftiga måltidsmiljöer. Sjukhuskläder och sänglinne från centrala tvätterier delar man med alla och envar. Zonindelningar och rationella patientflöden vid mottagningar, operations- och vårdavdelningar eftersträvas. Allt detta kombineras också med en hygien- och renhetskultur. Patienterna vårdas i likadana funktionella, men ofta avskalade och opersonliga vårdrum. Hygienfrågorna är naturligtvis av mycket stor betydelse och måste ägnas stor uppmärksamhet. Idag beräknas var tolfte säng på våra sjukhus vara belagda av personer som blivit skadade eller infekterade i vården.

Alla dessa åtgärder och byggnader uppförs naturligtvis med den goda föresatsen att stordriften skall bidra med tid och resurser för att ge sjukvårdspersonalen maximalt med tid för patienterna. Detta kan dock leda till en slags avpersonifiering och minskat personligt ansvar samt kollektivisering av den enskilda patienten och dennes anhöriga på ett icke önskvärt sätt.

Av hänsyn till de allra sjukaste är inte blommor välkomna på våra sjukhus. Blommors och parfymers doft undanbedes. Husdjur är inte välkomna ens för korta besök. Porlande vatten från fontäner kopplas ur för att inte störa personer med inkontinensproblem. Kanske är det rimligt att vi måste handla på det sättet inom akutvården, även om vi ibland undrar om vi inte hanterar livets goda alltför styvmoderligt och slentrianmässigt.

VÅRDKULTUREN

Olika professioner inom vården har olika syn på sitt arbete, vilket kan återspeglas i relationen till patienten. För röntgenteknikerna kan det tekniska bli det primära, för kirurgen operationen, för forskaren statistiken, för vårdaren handhygien. Förhållanden som ibland kan skymma sikten för patientens behov och önskningsar. Utbildningsmässigt kommer sjukvårdspersonalen också från delvis skilda världar av naturvetenskap och medicin eller från humaniora och vårdvetenskap, vilket delvis kan förklara skillnader i attityder och agerande. Skillnader som möjligen inte skall överdrivas. Kanske kan också arkitekten stundom mista kontakten med patientperspektivet och förlora sig i detaljer som är mer ägnade åt dennes kollegor än åt god vård – flirtande med den egna professionens kultur och diskurs.

Vi vet att sättet att vårda skiljer sig åt och kan ta sig väldigt olika uttryck. Många berömmar fantastisk akutvård om man väl blivit omhändertagen, men vi vet att det också förekommer vanvård, inte minst inom äldrevården. Olika subkulturer kan också utvecklas på olika avdelningar inom samma sjukhus, eller bland olika stadsdelar eller team i den kommunala omsorgen. Dessa subkulturer har ofta utvecklats över tid, påverkade av ledande personers inflytande och har därmed många gånger formats på ett omedvetet och oreflekterat sätt – ”som det sätt på vilket vård bedrivs”. Viss personal knackar på dörren till vårdrummen, andra gör det inte, vissa har samtal med patienten fastän andra

kan höra vad som sägs, andra gör de inte och så vidare bland en mängd sätt att agera som påverkar patientens integritet och känsla av välbefinnande. Så kan alltså synen på patienten och hur denne skall vårdas skilja sig åt i väsentlig grad, även om förutsättningarna för vårdarbetet är desamma eller i alla fall snarlika. Dessa skillnader har rimligen också betydelse för återhämtning och tillfrisknande.

Sjuksköterskor och sjukvårdare började runt 1950 att betrakta sitt yrke utifrån mer teoretiska utgångspunkter. De utvecklade så småningom ett eget vetenskapligt fält där de bland annat behövde profilera sig gentemot den medicinska vetenskapen. Man har därvid snarare inspirerats av humaniora än av naturvetenskap. Inom vårdandet handlar det om att förstå sig på den sjuke och lidande patientens känslor och upplevelser inför sin egen sjukdom. Som forskare i vårdens arkitektur känner vi oss ofta inspirerade av vårdvetarnas förhållningssätt till vården.

Den legendariska Florence Nightingale (1820–1910) grundade den första sjuksköterskeskolan i England 1860 och hon är något av en ikon inom dagens vårdvetenskap. Hon sammanfattade sina erfarenheter i skriften *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*.¹⁷ Hon var redan i sin samtid erkänd för sina insatser i Krimkriget på 1850-talet. Bland annat bidrog hon till en kraftigt minskat dödlighet bland de sårade soldaterna, sannolikt en effekt av att hon börjat ana smittspridningens mekanismer och påtalade hygienens betydelse. Men hon värnade samtidigt om frisk luft, rikligt med dagsljus, angenäm utsikt och behovet av att skydda svaga för störande ljud, antaganden vars effekter vi i många fall idag kan påstå oss ha vetenskapligt belägg för. Hon påtalade också betydelsen av god och hälsoriktig mat, fysisk beröring och att sällskap och underhållning kunde berika en monoton sängvistelse – mycket av sådant vi idag gett olika moderna terapibenämningar som Fysisk aktivitet eller Kultur på recept.

När Nightingale beskriver betydelsen av en bukett blommor så beskriver hon inte bara den som något vackert i sig som påver-

kar enbart vårt synintryck utan också något som påverkar hela kroppen och därmed också läkandet. Ett påstående som vi antar att Esther M. Sternberg och dagens hjärnforskare intresserat skulle reflektera över.

ARKITEKTUR PÅ RECEPT?

Våra förhoppningar om och uppfyllandet av positiva känslomässiga upplevelser är av avgörande betydelse för vårt välbefinnande och för vår förmåga att motstå ohälsa, liksom för våra möjligheter till återhämtning och tillfrisknande.

Allt vad vi gör i vår vardag påverkar i högre eller mindre grad vårt välbefinnande och vår hälsa. Till synes små känslomässiga upplevelser av uppmuntran eller motgång är av stor betydelse. Det är bland annat detta som leder oss till nedanstående påstående som i sin enkelhet kan förefalla ovetenskapligt och banalt: det som gör livet värt att leva när vi är friska är *än viktigare* för vårt välbefinnande och tillfrisknande då vi är sjuka.

Detta betyder att vård och behandling inte kan ges enbart utifrån ett traditionellt medicinskt perspektiv. Också andra förhållande är aktiva och kan ha medicinska effekter. Vi måste därför ägna våra förväntningar och känslomässiga upplevelser större uppmärksamhet i vår arkitektur. Helhetssynen måste alltid vara en utgångspunkt där medicin, vårdande och arkitektur gemensamt skall bidra till återhämtning och läkande.

En angelägen uppgift för dagens arkitekturforskning är därför att bättre förstå arkitekturens betydelse för våra känslor. Hur arkitekturen påverkar vida begrepp som atmosfär och stämningar, men också hur detaljer i vårdrum, mat- och umgängesmiljöer skall formas. Och intresset för en läkande arkitektur är stort, även inom den medicinska världen. Dock är vi fortfarande långt ifrån en evidensbaserad kunskap i dessa frågor. Vi är och kommer sannolikt att för lång tid vara hänvisade till den dolda, ibland kallad tysta kunskap, som duktiga arkitekter tillägnat sig genom hant-

verksmässigt övande under studietid och yrkesliv. Men vem vet, den framtid är kanske inte så fjärran då vi utifrån evidens och beprövad erfarenhet kan förskriva Arkitektur på recept?

NOTER

1. Michael Marmot, M. (2006) *Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*, Stockholm: Natur & Kultur, 2006.
2. Roger Ulrich, *Evidensbas för vårdens arkitekter 1.0. Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön*, Göteborg: Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers, 2012.
3. Ibid.
4. Louise Fleng Sandal, Jonas Bloch Thorlund, Roger S. Ulrich, Paul A. Dieppe och Ewa M. Roos, "Exploring the effect of space and place on response to exercise therapy for knee and hip pain—a protocol for a double-blind randomized controlled clinical trial: the CONEX trial", *BMJ Open*, 5:3 (2015).
5. Ibid.
6. Hans Selye, *The stress of life*, Revised paperback ed., New York: McGraw-Hill, 1978.
7. Roger Ulrich, "View through a window may influence recovery from surgery", *Science*, 224:4647 (1984), s. 420–421.
8. Roger Ulrich, Craig Zimring, Xuemei Zhu, Jennifer DuBose, Hyn-Bo Seo, Young-Seon Choi, Xiaobo Quan och Anjali Joseph, *A Review of the Research Literature on Evidence-Based Design*, Concord: The Center for Health Design, 2008.
9. Amy Drahota, Derek Ward, Heather Mackenzie, Rebecca Stores, Bernie Higgins, Diane Gal och Taraneh P. Dean, "Sensory environment on health-related outcomes of hospital patients", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3:3 (2012).
10. Anne Kathrine Frandsen, Michael Mullins, Camilla Ryhl, Mette Blicher Folmer, Lars Brorson Fich, Turid Borgestrand Øien och Nils Lykke Sørensen, *Helende arkitektur*, Aalborg: Institut for Arkitektur og Medieteknologi, 2009; Ulrich, *Evidensbas för vårdens arkitekter 1.0*.
11. Esther M. Sternberg, *Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being*, London: Harvard University Press, 2010.

12. Region Skåne, *Kultur på recept*, <http://www.skane.se/Halsa-och-vard/Halsa/Kultur-for-halsa/Kultur-pa-recept/> (2015-12-05).
13. Region Skåne, 2013-10-08, *Kultur på recept 2.0 – Skånemodellen* [videofil], <https://www.youtube.com/watch?v=cKexXGWezzE> (2015-12-06).
14. Roger Ulrich, "Effects of Viewing Art on Health Outcomes", *Putting Patients First. Best Practices in Patient-Centred Care. 2nd ed.*, I: Susan B, Frampton, S., Patrick A. Charmel P. (red.), San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
15. Ulrich, "Effects of Viewing Art", s. 132.
16. Sternberg, *Healing Spaces*, s. 3 f.
17. Florence Nightingale, *Anteckningar om sjukvård ... ur vårt tidsperspektiv*, Skellefteå: Artemis, 1989.

TRÄDGÅRDAR OCH PSYKIATRI – HJÄLP FÖR KROPP OCH SJÄL

Jarl Torgerson

AVDELNING 607, där jag är kliniskt verksam läkare en dag per vecka, ligger på Högsbo sjukhus i västra Göteborg. Högsbo är en del av Sahlgrenska universitetssjukhuset och avdelning 607 en del av Psykiatri Psykos, det vill säga den klinik som ansvarar för vården av psykossjuka (merendels schizofrena) patienter i Göteborg. Jag är invärtesmedicinare – inte psykiater – och min uppgift är att hjälpa patienterna med deras kroppsliga sjukdomar, som fetma, diabetes, högt blodtryck, kärlkramp och rökrelaterade lungsjukdomar.

Högsbo sjukhusområde är relativt stort. Huskropparna är tre till fyra våningar höga och med stora öppna ytor emellan. Sjukhuset var ursprungligen militära kaserner, vilket präglar området. Här har det funnits gott om plats för fysisk träning och exercis. Det är grönt på Högsbo sjukhusområde – mycket gräs, en del stora lövträd, buskar givetvis, men egentligen inga rabatter, odlingar eller, för den delen, patienter. Det är en ödslighetens grönska som möter. En känsla av övergivenhet och försuttna möjligheter vilar över de maskinklippta gräsmattorna. Gräs som få verkar bry sig om. Allt detta gräs och denna underutnyttjade mark är en av utgångspunkterna för följande kapitel.

Den andra utgångspunkten är mina möten med psykossjuka patienter i deras hemmiljö. Eller mer specifikt alla de gånger jag på olika kommunala boenden haft korta föreläsningar för svårt psy-

kiskt sjuka patienter, brukare, vårdtagare eller vilken termen för dagen än är. Föreläsningar om livsstil och hälsa. Om betydelsen av att äta rätt och att röra på sig och att inte röka. Föreläsningar som inte är mer än en kvart långa och så tid för lite frågor och en stunds samvaro. Några enkla bilder i Powerpoint med tydliga budskap. För många med schizofreni är det svårt att ta till sig ny information. Den kognitiva förmågan är ofta nedsatt i betydande grad. Det är ett av sjukdomens tydligaste och mest begränsande symtom.

I stort sett varje gång fikas det i samband med mitt besök. En stund tillsammans med patienter och personal. Det är både värdefullt och trevligt, men tyvärr också något av ett pedagogiskt självmål. Det är alltid kaffe och bullar eller kakor. Ibland är det någon av patienterna som har bakat och som med rätta får känna sig stolt och glad. Men varför kaffebröd när det handlar om hälsosamma matvanor? Varför inte en fruktsallad eller några goda smörgåsar med skinka, sallad och tomat på grovt danskt rågbröd? Ingen skulle komma på tanken att servera ett glas vin eller bjuda på cigarrer men kaffebröd är det alltid. Lika välmenande som fantasilöst försitter vi en möjlighet att illustrera det jag just berättat om. Att visa på alternativen. Att göra en liten smula verkstad.

I det följande kommer jag att diskutera psykiatrins gamla traditioner och det aktuella forskningsläget när det gäller trädgårdsbruk som del av terapiarsenalen. Jag redovisar också de psykiskt sjukas kraftigt förhöjda somatiska översjuklighet och hur den delvis kan kopplas till ohälsosamma kost- och motionsvanor. Mot slutet av kapitlet tvinnas dessa trådar samman och ett möjligt alternativ till Högsbo sjukhus sterila gräsmattor formuleras.

TRÄDGÅRDEN, SJÄLEN OCH PSYKIATRIN – NÅGRA HISTORISKA NEDSLAG

Att i trädgården finna sinnesfrid och att göra vistelsen i en trädgård eller odlandet av trädgårdslanden till en bärande terapeutisk

idé har urgamla anor. Både i Mesopotamien och Persien användes långt före vår tideräknings början trädgårdar i syfte att lugna upprörda sinnen och minska stress.

Den första terapeutiska trädgård vi känner i Västerlandet är knuten till den grekiske filosofen Epikuros som levde och verkade på 300-talet f.Kr. Epikuréerna förknippas ofta med livsnjutning och därmed kortsiktighet och oansvarighet. Idéhistorikern Ronny Ambjörnsson pekar istället i sin bok *Den hemliga trädgården: Om trädgårdar i litteratur och verklighet* på begreppet *ataraxia* eller sinnesfrid som en central del av den epikureiska filosofin.¹

Det goda livet utmärks, enligt Epikuros, av ett lugnt levnadsförlopp. Det främsta nöjet är att ha goda vänner och att odla deras vänskap. Det finns givetvis påtagliga likheter mellan att vårda en vänskapsrelation och att odla en sällsynt och ömtålig planta. Det krävs näring och aktivt och kontinuerligt deltagande. En väl vårdad vänskap är en viktig del av den eftersträvansvärda sinnesfriden. Epikuros tankar hade en tydligt kurativ inriktning. Han ville frigöra människorna från oro och ångest. I Aten anlade han en trädgård och inrättade där en skola eller terapeutisk samvaro som kom att kallas Trädgårdsskolan.

I den eftersträvade sinnesfriden ingick för Epikuros också att röja undan skräcken för den kommande döden. Att dö är i själva verket inget att vara rädd för – en upplösning av kroppen utan efterföljande straff. Dödsskräcken har sina rötter i oron för gudarnas straffdomar men vi har i själva verket ingen anledning att frukta detta, menar Epikuros. Gudarna är så avlägsna oss och de struntar i oss. Det som ytterst skiljer dem från är oss att de inte har några egna gudar att frukta. Så borde vi människor också leva, i medvetenhet och befriade från felaktiga föreställningar. I det ljuset spricker trollen. Vi befrias inte helt från sorger och allt vänds inte i bara glädje, men det blir ett liv i större sanning. Att väcka en större medvetenhet var för epikuréerna ett sätt att komma åt och lindra själsligt lidande. Ett lidande som suger näring och frodas när det är knappt synligt ovan medvetandets horisont.

På 1600-talet skriver den engelske lärde Robert Burton sitt

magnum opus *The Anatomy of Melancholy*, en omfattande redovisning av melankolins natur, dess olika uttrycksformer, orsaker och möjliga behandlingsstrategier.² Burton ser i umgänget med vänner, studier, resor, schackspel och sport, men också trädgårdsodling möjligheter att hålla melankolin stängd. *The Anatomy of Melancholy* är späckad med referenser till antika myter och auktorer, vilket gör den förhållandevis tungläst. Men det är i de historiska referensernas ljus Burton ser trädgården som en läkande kraft. Själv skrev och studerade han för att hålla sin egen melankoli borta. Ett inte alldeles ovanligt förhållningssätt.

Under slutet av 1700-talet börjar stora förändringar ta form i sättet att institutionsvårda psykiskt sjuka människor. Från att väsentligen ha handlat om förvaring, inlåsning, fastkedjande, övervård och uppvisning mot betalning sker en rörelse i riktning mot ett mer humant omhändertagande. Vi talar om *moral treatment* med rötter i såväl upplysningstiden och franska revolutionen som i kväkarrörelsen.³ ”Moral” syftar i detta sammanhang inte på etiska eller religiösa principer utan handlar istället om sociala relationer, rutiner och aktiviteter.

I Paris blev läkaren Philippe Pinel under revolutionsåren chef för La Salpêtrier, ett enormt sjukhus för kvinnor, inte bara psykiskt sjuka utan allsköns oönskade element till exempel prostituerade, kriminella och epileptiker. Pinel ville förändra den hårda och i hans tycke rent kontraproduktiva behandlingen och lät därför 1795 offentligt lossa de intagnas kedjor.

Vid samma tid grundade engelska kväkare i staden York en inrättning som på ett humant sätt skulle ta om hand sinnessjuka. The York Retreat startades 1796 av William Tuke och hade plats för trettio sjuka. Tuke hade blivit övertygad av Pinels exempel att en lugn och vänlig atmosfär med regelbundna rutiner var bästa sättet att återföra de sinnessjuka till större harmoni och välbefinnande.

I början av 1800-talet introducerade William Rush – verksam vid University of Pennsylvania och ofta omnämnd som den amerikanska psykiatrins fader – trädgårdsodling som en terapeutisk

tisk aktivitet för patienter med psykisk sjukdom. Rush hävdade i sin bok *Medical Inquiries and Observations upon Diseases of the Mind* (1812) att en prognostisk faktor som skiljer manliga patienter som tillfrisknar från dem som förblir sjuka var att de förra tog aktiv del i trädgårdsarbete. Med Rush egna ord formulerat som ”att hjälpa till att hugga ved, göra upp eld och gräva i trädgården”.⁴

Baserat på Rushs erfarenheter kom trädgårdsarbete att bli en integrerad del av behandlingsarsenalen i både USA och Europa. I Sverige användes trädgården som terapeutisk strategi från mitten av 1800-talet och många stora mentalsjukhus kom sedermera att bli närmast självförsörjande när det gällde trädgårdsprodukter. Ett exempel är Långbro söder om Stockholm som hade omfattande odlingar av potatis, kål, morötter, melon och pumpa. Att arbeta i trädgården ansågs lindra ångest men också få den sjuke att bli en aktiv del av tidens och arbetets rytm.

I ett bredare medicinskt perspektiv och i en än större omfattning kom trädgårdarna att användas under och efter de bägge världskrigen. Soldater som var kroppsligt och själsligt traumatiserade efter skyttegravarnas helvete drog nytta av sjukhusens trädgårdar i rehabiliterande syfte som både arbetsterapi och förströelse.⁵

Från 1950-talet kom modern psykofarmaka att revolutionera den psykiatriska institutionsvården. Allt fler patienter kunde med hjälp av effektiva läkemedel klara sig ute i samhället och skötas i psykiatrisk öppenvård. Medicinska landvinningar kom här att gå hand i hand med antiauktoritära strömningar i samhället. Antalet slutenvårdsplatser reducerades dramatiskt, de stora mentalsjukhusen krymptes eller stängdes helt och behovet av trädgårdsterapi som en del i behandlingen förändrades. De gamla sinnessjukhusen gjordes i många fall senare om till bostadsområden och trädgårdarna finns inte längre tillgängliga.⁶

Under de senaste decennierna har dock intresset för naturens och trädgårdarnas rehabiliterande potential åter ökat. Rehabiliteringsprogram för människor som drabbats av stressreaktioner och utmattningsdepression har vuxit fram och utvärderats. Så

till exempel vid Göteborgs botaniska trädgård.⁷ På flera platser i landet – till exempel Sinnenas trädgård på Sabbatsbergs gamla sjukhusområde i Stockholm – har trädgårdar anlagts för att erbjuda äldre i närområdet en plats för rekreation, minnen och stimulans. Skönhetsupplevelser och stillhet och gemenskap mitt i storstadsvimlet.

EDWARD O. WILSON OCH BIOFILI-HYPOTESEN

Det finns således en lång och historiskt varierande tradition inom medicinen att använda trädgården som en del av behandlingen vid psykisk sjukdom. På empiriska grunder har trädgården försvarat sin plats i behandlingsarsenalen. Men varför skulle det egentligen vara av psykologiskt och medicinskt värde att vistas och arbeta i en trädgård?

Den inflytelserike amerikanske sociobiologen Edward O. Wilson publicerade 1984 sin bok *Biophilia*, som rönt stor uppmärksamhet.⁸ Wilson driver tesen att människor – som en konsekvens av att vi så uppenbart är en gren på det biologiska livets träd – har en inneboende tendens att fokusera på liv och livsliknande processer. Biofili med Wilsons terminologi.

Wilson skrev också: ”att utforska och knyta an till det levande är en djupgående och komplicerad mental utvecklingsprocess. Vår existens är avhängig denna benägenhet i en omfattning som fortfarande är undervärderad inom filosofi och religion. Våra själar är vävda av den och den ger oss hopp”.⁹ Vi är, menar Wilson, en del av livets mångfald och kan inte vara annat. Intresset för och samhörigheten med naturen vi känner är något fundamentalt – i vår kulturkrets förvisso periodvis undertryckt och negligerat men hos många naturfolk en bärande del av världsförståelsen.

Som art evolverade vi på den afrikanska savannen. Inte djupt inne i djunglerna. Inte i öknarna. Inte på haven. Savannens naturtyp med en kombination av gräsbevuxen vidsträckt, spridda träd eller dungar, kullar, klippor och vattendrag är i själva ver-

ket ett idealt landskap som människan alltid sökt återskapa i trädgårdar, parkanläggningar och på kyrkogårdar. Att bo öppet med utsikt över vatten och med skyddande och svalkande gröna träd i närheten är alltjämt ett ideal för många. Så lever och bor det stora flertalet som har pengar och möjligheter. Sådan är för många svenskar drömmen om sommatorpet och de svunna småbrukens landskap.

Savannen erbjöd de tidiga människoarterna god tillgång på viltbröd och ätliga rötter och knölar. Det öppna landskapet gav överblick över såväl djurens rörelser som eventuella fientligt sinnade grupper av människor. Kullar och klippformationer gav ännu bättre möjligheter till överblick men också skydd under häftiga oväder och i nattens mörker. Spridda dungar av träd erbjöd skugga och en stunds vila under långa halvspringande utmattningsjakter. Sjöar och vattendrag gav dricksvatten men också tillgång till fisk och annat ätbart. Alltså ett varierande landskap som gav våra förfäder mat, vatten och skydd.

Med avstamp i den wilsonska biofilhypotesen har flera psykologiska modeller formulerats, modeller som är användbara när man vill försöka förstå hur och varför trädgårdsterapi kan tänkas fungera.¹⁰ En tankelinje – den psykoevolutionära teorin eller teorin om den reducerade psykofysiologiska stressen – utgår från att vi är evolutionärt predisponerade att slappna av och må bra i en naturmiljö som inte upplevs hotande, till exempel ett pastoralt savannliknade landskap, en park eller en trädgård. En sådan miljö lugnar och ger upphov till känslor av välbefinnande och avslappning. Budskapet blir att det är här vi hör hemma – här finns allt det vi behöver – låt oss stanna här och vila.

En annan modell, *Attention Restoration Theory*, utgår från naturens påverkan på den kognitiva förmågan. Vi har två system för att processa inkommande stimuli. För det första ett viljestyrt system för riktad uppmärksamhet, som möjliggör att vi växlar fokus mellan olika saker och att vi förmår sälla bort oväsentliga stimuli. För det andra ett fascinationsstyrt system som inte står under viljans kontroll och som mer påminner om ett kravlöst slötittande på teve.

Det viljestyrda systemet är uttröttbart och utan rimlig tid för återhämtning kan konsekvensen bli irritabilitet, koncentrations-svårigheter liksom problem att fatta rationella beslut. Det är här trädgårdarna och naturen kommer in i bilden. I sådana miljöer spelar det fascinationsstyrda systemet en större roll, vilket ger det viljestyrda systemet nödvändig tid att återhämta sig och läka.

VAD VISAR FORSKNINGEN OM TRÄDGÅRDSTERAPI?

Det är viktigt att komma ihåg att trädgårdsterapi innefattar fler aspekter än ren naturkontakt vilket innebär att också andra mekanismer än de just diskuterade kan vara involverade i den totala kliniska effekten. Det handlar ofta om behandling och verksamhet i grupp, vilket skapar relationer och ger social träning. Att arbeta i en trädgård upplevs ofta som meningsskapande och individen får också ny kunskap, vilket ger en grund för större naturförståelse, för hobbyodling eller till och med ett yrke. Att jobba i trädgården stärker också kroppen rent fysiskt, vilket i sig har positiva effekter på både den mentala och kroppsliga hälsan.¹¹

Trädgårdsterapi har använts och utvärderats i många olika kliniska sammanhang, till exempel vid utmattningsdepression (utbrändhet), demenssjukdom och som rehabilitering vid såväl hjärnskador som olika typer av fysiska skador och funktionsinskränkningar.¹² Mitt fokusområde är i första hand patienter med svår psykisk sjukdom, det vill säga schizofreni, bipolär sjukdom eller allvarlig depression. Den forskning som finns är inte omfattande, vilket gör att jag kommer att diskutera och dra slutsatser också utifrån studier på patienter med lättare former av psykisk sjukdom. Däremot fäster jag inte avseende vid studier av demensvård eller rehabiliteringsmedicin.

Innan vi tränger djupare in i forskningen kring det terapeutiska bruket av trädgårdar vill jag redovisa två närliggande studier av intresse. Den amerikanske arkitekturprofessorn Roger S. Ul-

rich – som har akademiska kopplingar till flera svenska universitet – publicerade 1984 i tidskriften *Science* en mycket intressant observationsstudie.¹³ Han hade gått igenom journalerna för 46 patienter som blivit gallopererade på ett sjukhus i Pennsylvania åren 1972 till 1981. Mångdubbelt fler hade genomgått gallkirurgi, men de aktuella patienterna hade alla vårdats postoperativt på avdelningar där de från sina sängar antingen hade utsikt mot gröna träd (23 patienter) eller stirrade rakt in i en tegelvägg (23 patienter). I övrigt fanns inga skillnader mellan grupperna. Intressant nog räckte denna till synes lilla skillnad i utsikt för att trädgruppens patienter skulle ha en signifikant kortare postoperativ vårdtid. De behövde heller inte lika mycket smärtstillande läkemedel som den grupp som var hänvisad till att titta rakt in i tegelväggen.

Liknade resultat står att finna i en prospektiv randomiserad studie som 2003 publicerades i tidskriften *Chest*.¹⁴ Åttio patienter som genomgick bronkoskopi (en undersökning som liknar en gastroskopi men istället avser lungorna) valdes slumpvis ut antingen till ett standardiserat omhändertagande eller så fick de i samband med ingreppet titta på planscher med vackra naturscenerier och lyssna på inspelade ljud från naturen. Gruppen som fick de extra syn- och hörselinycken upplevde en signifikant bättre smärtlindring än gruppen som blev omhändertagna enligt gällande rutin. Däremot skilde sig inte grupperna åt i avseende på ångest i samband med ingreppet.

År 2013 publicerades en noggrann genomgång av den aktuella forskningen kring trädgårdsterapi vid psykisk ohälsa.¹⁵ Avsikten var bland annat att systematisera forskningsläget sedan den senaste större översikten, som publicerats tio år tidigare. De tio nya studier som identifierades kunde alla redovisa positiva effekter av trädgårdsterapi på ångest och depression, liksom ökad förmåga till mental uppmärksamhet och ökad självkänsla. Detta var klart bättre än decenniet innan då det vetenskapliga bevisläget var skakigare.

Innan vi går in mer i detalj på några av de studier som inkluderades i översiktsartikeln är det viktigt att konstatera att forsk-

ningen inom området dras med metodologiska svagheter.¹⁶ De flesta studier är små med färre än femtio deltagare. Ingen av de aktuella studierna kunde redovisa en statistisk powerberäkning, det vill säga en beräkning av hur stort patientmaterial som behövs studeras för att kunna påvisa en kliniskt relevant skillnad i behandlingseffekt. Få studier innehåller överhuvudtaget en kontrollgrupp att jämföra med och ingen var randomiserad. Att låta slumpen avgöra vilken behandling en viss patient skall få i en studie (den nya som skall testas eller den etablerade som man utgår ifrån) är en fundamental del av den evidensbaserade medicinen. I många fall var också beskrivningen av trädgårdsterapins innehåll så summarisk att det inte riktigt gick att förstå vilken intervention patienterna i själva verket erbjudits. Dessutom saknas i de allra flesta fall en långtidsuppföljning för att bedöma om de positiva effekterna är bestående eller övergående. Till skillnad från 2003 hade dock de flesta sentida studierna inkluderat validerade frågeformulär för att bättre kunna fånga effekter av behandlingen. Tidigare hade dessa effekter bedömts av forskarna själva vilket givetvis riskerar att leda till en tendentiös övertolkning av resultaten.

Låt oss nu gå in på några konkreta studieresultat. Vi börjar med en studie från Norge av Marianne Thorsen Gonzalez.¹⁷ Studien omfattade 46 patienter (78 procent kvinnor) med klinisk depression. Patienter med andra psykiatriska diagnoser, som posttraumatiskt stressyndrom, schizofreni eller missbruk, exkluderades. Patienter med pågående ineliggande vård eller som hade trädgårdsarbete som hobby kunde heller inte delta i behandlingsprogrammet. Behandlingen omfattade tolv veckors trädgårdsarbete, antingen ett aktivt deltagande eller ett mer passivt sittande efter tittande i lantbruksmiljö. Effekter på depression och mer existentiella dimensioner – känsla av sammanhang med Antonovskys ord – följdes med validerade frågeformulär och utvärderades vid interventionens slut, samt tre månader senare. De depressiva symtomen förbättrades statistiskt signifikant under interventionen och den positiva effekten bibehölls vid uppfölj-

ningen efter tre månader. Den existentiella dimensionen påverkades däremot inte i signifikant grad. Deltagarna fick också svara på mer öppna frågor om trädgårdsarbetet och då framkom att det upplevts som meningsfullt och att det påverkat deras syn på livet.

I en kontrollerad sydkoreansk studie på 50 schizofrena patienter fick hälften av deltagarna ingå i ett strukturerat trädgårdsprogram medan de 25 andra inte fick någon intervention utöver de aktiviteter de eventuellt redan deltog i.¹⁸ Trädgårdsterapin omfattade en timma per gång, två gånger per vecka under totalt fem månader. Ett flertal validerade frågeformulär användes för att utvärdera förändringar avseende bland annat självkänsla, relationer och symptom. Inga förändringar noterades i kontrollgruppen medan patienterna i interventionsgruppen erhöll signifikanta förbättringar avseende till exempel självkänsla, mellanmännsliga relationer och social förmåga. Dessutom noterades signifikanta minskningar av såväl ångest som depressiva symtom. Ingen uppföljning av eventuella långtidseffekter genomfördes.

Eva Sahlins doktorsavhandling *To Stress the Importance of Nature* från 2014 får bli det sista exemplet på kliniska forskningsresultat.¹⁹ Sahlin fokuserar på patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa (utmattningssyndrom, utbrändhet) och trädgårdsterapi. I en delstudie fick 33 kvinnor delta i en tolvveckors naturbaserad stresshanteringskurs. Deltagarna utvärderades med både kvantitativ och kvalitativ metodik såväl vid kursens början och slut som sex och tolv månader därefter. Ett år efter behandling noterades en signifikant minskning av utbrändhetssymtom, stressrelaterade hälsoproblem och långa sjukskrivningar, liksom en ökning av den självskattade arbetsförmågan.

Summa summarum så finns det ett vetenskapligt stöd för att trädgårdsterapi har positiva effekter på psykiska symtom och psykosociala problem hos patienter med olika typer av psykisk sjukdom. Kvaliteten på den forskning som hittills är gjord inom området har onekligen en viss förbättringspotential. Åtminstone om man tar på sig den evidensbaserade medicinens glasögon. Det be-

hövs absolut fler studier med högre metodologisk halt – framför allt randomiserade och kontrollerade och med långtidsuppföljning av resultaten – för att trädgårdsterapi på allvar ska kunna utgöra ett komplement till andra psykiatriska terapiformer.

SJUKDOM OCH LIVSSTIL VID PSYKISK SJUKDOM – EN ORÄTTFÄRDIG OJÄMLIKHET

Högsbo sjukhus öde gräsmattor och bruket av trädgårdsterapi inom psykiatrin är, som inledningsvis nämnts, kapitlets ena utgångspunkt. Den andra är kopplad till somatisk ohälsa och ogynnsamma kost- och motionsvanor hos patienter med psykisk sjukdom. Det kan synas illa nog att vara drabbad av en allvarlig psykisk sjukdom. En olycka kommer tyvärr sällan ensam och psykiskt sjuka individer bär dessutom ofta på en betydande somatisk översjuklighet.

Socialstyrelsen har under senare år i en handfull rapporter be-lyst den totala överdödligheten och den somatiska översjukligheten, liksom underbehandlingen av somatiska sjukdomar hos psykiskt sjuka patienter.²⁰ Tillgängliga data pekar på ett nedslående och envist sätt åt samma håll. Patienter med allvarlig psykisk sjukdom är en i somatiskt hänseende vanlottad grupp i svensk hälso- och sjukvård. Nedan följer några representativa axplock ur Socialstyrelsens rapporter.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, det vill säga dödlighet i diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser till exempel diabetes, stroke och hjärtinfarkt, uppgår till cirka 50 fall per 100 000 individer och år i befolkningen som helhet. Bland individer som vårdats för psykos är det tre gånger så många. Patienter som vårdats inom psykiatrin för annat än psykossjukdom hamnar mitt emellan med cirka 100 fall. I själva verket är medellivslängden bland psykossjuka och patienter med depression 15 till 20 år kortare än i normalbefolkningen, vilket huvudsakligen beror på somatiska

sjukdomar och inte på självmord som många kanske i förstone skulle gissa på.

När Socialstyrelsen analyserar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom (hjärtinfarkt och kärlkramp) blir skillnaderna än mer flagranta. I befolkningen som helhet avlider 50 individer per 100 000 och år medan antalet dödsfall bland individer med psykosjukdom är tre och en halv gånger så stort.

Om vi sedan ser till behandlingen av olika sjukdomar som ingår i måttet sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet får vi en aning om varför dödligheten är såpass förhöjd hos de psykiskt sjuka. Vid en jämförelse mellan diabetespatienter med och utan psykosjukdom eller ångest/depression framgår det till exempel att de psykiskt sjuka i betydligt lägre omfattning behandlas med – eller åtminstone hämtar ut recept på – blodfettsänkande läkemedel.

En motsvarande jämförelse mellan patienter med hjärtinfarkt med och utan psykisk sjukdom visar klart att psykiskt sjuka får en sämre sekundärprofylax, mätt som uttag av olika läkemedel tre månader efter hjärtinfarkt. Vidare blir de i signifikant mindre omfattning föremål för PCI (ballongvidgning av hjärtats kranskärl) i det akuta skedet och de har också en klart ökad dödlighet sex månader efter hjärtinfarkt. Vänder vi blicken mot patienter som drabbats av stroke finner vi återigen en sämre sekundärpreventiv läkemedelsbehandling hos individer med psykisk sjukdom liksom att de i mindre omfattning blir föremål för halskärlskirurgi. Dessutom får de i signifikant mindre omfattning behandling med antikoagulantia (blodförtunnande läkemedel) vid förmaksflimmer och andra samtida riskfaktorer för stroke. En konsekvens av detta är en ökad dödlighet i efterföljandet till en stroke.

När det gäller cancer ser Socialstyrelsen återigen en situation där de psykiskt sjuka är värre drabbade än normalbefolkningen. Femårsöverlevnaden i cancer totalt är cirka 60 procent hos individer med psykos eller ångest/depression att jämföra med 70 procent i normalbefolkningen. Således finns det en betydande differens. En specialanalys av bröstcancerpatienter visar att de

psykiskt sjuka kvinnorna upptäckts i senare, mer avancerade och prognostiskt mer ogynnsamma stadier av sjukdomen. De kommer helt enkelt senare till diagnos än sina psykiskt friska med-systrar.

Det finns ett flertal möjliga delförklaringar till de psykiskt sjukas utsatta somatiska hälsoläge. Moderna psykofarmaka, framför allt antipsykotiska läkemedel, har en mer eller mindre ogynnsam riskprofil med viktuppgång och utveckling av diabetes typ 2 och andra riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom som vanliga bieffekter. Med suboptimala terapeutiska insatser mot dessa komplikationer från sjukvårdens sida är steget sedan inte långt till manifest kardiovaskulär sjukdom.

Allvarligt psykiskt sjuka patienter har som grupp en förhållandevis ogynnsam livsstil. Många röker, har låg fysisk aktivitet och ohälsosamma kostvanor, vilket bidrar till risken att utveckla fetma, diabetes, hjärtkärlsjukdom och cancer. Kognitiv nedsättning och negativa symtom (passivitet i olika former) bidrar till betydande svårigheter att vidmakthålla en hälsosam livsstil, sköta medicinering, komma på planerade återbesök och söka sjukvårdens hjälp i mer akuta situationer. Den mentala energin finns helt enkelt inte mobiliserbar i tillräcklig omfattning. Att laga middag blir för många nästan oöverstigligt svårt. Det får bli smörgås eller pizza istället. Dag efter dag, vecka efter vecka, år efter år. Vanföreställningar kan sedan ytterligare spåda på dessa svårigheter.

Att må psykiskt dåligt, i större eller mindre grad stå utanför samhället, inte platsa på arbetsmarknaden, vara ensam och isolerad, orsakar en långdragen negativ stress, vilket också ökar risken för hjärtkärlsjukdomar.

När dessa patienter väl dyker upp i sjukvården med kliniska symtom och manifest sjuklighet förmår vi inte ge dem behandling av rimlig medicinsk standard. Detta är givetvis bekymmersamt och graverande. Socialstyrelsen skrader heller inte orden utan skriver rakt av i en av sina rapporter att ”oavsett vad orsakerna är till de skillnader i hälsa och vård som beskrivs i studien,

påpekar Socialstyrelsen att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att nå gruppen psykiskt sjuka med somatisk sjuklighet. Särskilt tydligt blir detta ansvar då psykiskt sjuka väl kommer till vården för behandling av en faktisk sjukdom och trots detta inte erhåller lika vård som övriga patienter”.²¹

TVÅ FLUGOR I EN SMÅLL – TRÄDGÅRDAR FÖR BÅDE KROPP OCH SJÄL

Vi vet alltså att det finns ett vetenskapligt stöd för att trädgårds-terapi har positiva psykologiska och sociala effekter på patienter med psykisk sjukdom. Vi vet också att den forskning som visar detta tyvärr är behäftad med metodologiska svagheter. I den trädgården finns det, för den forskande kliniker som är hugad, lågt hängande vetenskapliga frukter att plocka.

Å andra sidan kan man med visst fog hävda att det finns ett mycket begränsat vetenskapligt stöd för den passiva hållningen till strukturerade och potentiellt rehabiliterande aktiviteter i vardagen som idag ofta är för handen. Slentrianmässigt tittande på teve, rökning, korta promenader till kiosk och pizzeria, kaffe och kakor och all den passivitet och tristess som i alla fall på ytan präglar omsorgen om de psykiskt sjuka har aldrig varit föremål för randomiserade studier. Detta paradigm ter sig snarast som de aktiviteter som blivit kvar när vården och omsorgen trimmats ekonomiskt och splittrats upp mellan olika huvudmän.

Vi vet också att människor – medmänniskor – med allvarlig psykisk sjukdom har en betydande börda av somatisk översjuklighet att bära på. Fetma, diabetes, hjärtinfarkt, stroke och cancer är betydligt vanligare hos psykiskt sjuka. De har ofta svårt att av egen kraft göra hälsomässigt goda livsstilsval. Nyckelhålmärkta livsmedel eller stavgång är alls inga självklarheter. De får ett sämre medicinskt omhändertagande och har en betydligt kortare medellivslängd än normalbefolkningen. Detta är en i sanning orättfärdig ojämlikhet!

Låt mig i detta sammanhang knyta an till kirurgen och Harvard-professorn Atul Gawande och hans bok *Being Mortal: Illness, Medicine, and What Matters in the End*.²² Boken handlar i och för sig om åldrande och terminal sjukdom och hur sjukvården borde förhålla sig till döende patienter, men den är full av målande exempel på försök att göra också det sjuka och orkeslösa livet så bra som möjligt.

Gawandes berättelse om den unge allmänläkaren som tog över det medicinska ansvaret för ett sjukhem är illustrativ. Som ny på jobbet förbluffades och förskräcktes han över patienternas passivitet och hopplöshet. De förde en borttynande existens i dödens väntrum. Precis så trist som det låter. Doktorn övertygade den administrativa ledningen om att något måste göras och man köpte in ett par hundar, gott och väl ett dussin katter, ett hundratal burfåglar och mängder med krukväxter. Sjukhemmet fylldes av grönska, fågelsång, spinnande katter och svansviftande hundar. Försöket lyckades över alla förväntningar. Gamlingar som tidigare tigit och legat dagarna igenom började plötsligt sitta uppe, rapportera till personalen vad katterna åt och vad fåglarna gjorde i sina burar. De deltog i matandet av djuren och skötseln av växterna och i många fall kunde de också börja gå ut och rasta hundarna.

Om det gick att försätta berg på ett amerikanskt sjukhem så borde det väl vara möjligt också på Högsbo sjukhus i Göteborg kan man tycka. Gräv tillsammans med patienterna upp en del av gräsmattorna. Sätt igång att odla jorden – potatis, morötter, lök, grönsaker, bärbuskar, fruktträd och vackra blommor. Gör arbetet med jorden och växterna till en integrerad del av patienternas dagliga liv. Sluta bjud på kaffe och kakor stup i kvarten. Låt det istället oftare bli bär från de egna buskarna eller smörgåsar med grönsaker från de egna landen eller äpplen fram på höstkanten. Utnyttja odlingarna också för konkreta samtal om hälsosamma val. Låt på det sättet nyttig mat få en större plats i patienternas medvetande och vardag. Låt grävandet, rensandet och krattandet bli en del av den vardagliga fysiska aktiviteten.

CREDO

Det är bara en mansålder sedan många stora mentalsjukhus var självförsörjande när det gällde grönsaker och trädgårdsarbete var en integrerad del av den psykiatriska behandlingen. När vi på 1950-talet fick tillgång till moderna och effektiva psykofarmaka kunde också en avinstitutionisering av psykiatri påbörjas och en mer samhällsbaserad psykiatri ta form. Mycket har givetvis vunnits på detta men annat har uppenbart gått förlorat.²³ Till det förlorade hör, hävdar jag, det fysiska och konkreta arbetet med jorden och maten. Här fanns och finns möjligheter att koppla trädgårdsterapi till en mer hälsosam livsstil, vilket patienter med svår psykisk sjukdom har allt att vinna på – både fysiskt och psykiskt.

Vi kan alldeles säkert fortsätta att blunda med hänvisning till brister i det vetenskapliga underlaget, budgetläget eller varför inte bodelningen mellan landsting och kommun. Men vi som verkar inom hälso- och sjukvården kan inte gärna bortse från sunt förnuft eller från vår professionella plikt att hjälpa dessa våra minsta bröder och systrar till ett drägligare liv. För det krävs inte alltid randomiserade studier eller extra budgetmedel. Man kan komma långt med fantasi och engagemang. Vi kommer inte att kunna eliminera den somatiska överödligheten eller översjukligheten eller det psykiska lidandet. Men vi kan öka patienternas psykiska och fysiska välbefinnande och minska deras lidande och vi kommer inte att skada dem. Vi kan hjälpa dem att arbeta och odla sin trädgård. Stor sak i det!

NOTER

1. Ronny Ambjörnsson, *Den hemliga trädgården. Om trädgårdar i litteratur och verklighet*, Stockholm: Albert Bonniers Förlag, 2015.
2. Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy*, <http://www.gutenberg.org/ebooks/10800> (150919).

3. Tom Burns, *Our Necessary Shadow. The Nature and Meaning of Psychiatry*, London: Penguin Books, 2013.
4. Se t.ex. Benjamin P. Bishop, "Nature for Mental Health and Social Inclusion", *Disability Studies Quarterly*, 33:1 (2013).
5. Se t.ex. Ingrid Söderback, Marianne Söderström och Elisabeth Schäländer, "Horticultural Therapy: The 'Healing' Garden and Gardening in Rehabilitation Measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden", *Pediatric Rehabilitation*, 7:4 (2004), s. 245–260.
6. Se t.ex. Tom Burns, *Our Necessary Shadow. The Nature and Meaning of Psychiatry*, London: Penguin Books, 2013.
7. Eva Sahlin, *To Stress the Importance of Nature: Nature-based Therapy for the Rehabilitation and Prevention of Stress-related Disorders*, Acta Universitatis agriculturae Suecia, 2014.
8. Edward O. Wilson, *Biophilia. The Human Bond with Other Species*, Cambridge: Harvard University Press, 1984.
9. Se Wilson, *Biophilia*, s. 1.
10. Se t.ex. Jane Clatworthy, Joe Hinds och Paul M. Camic, "Gardening as a Mental Health Intervention: A Review", *Mental Health Review Journal*, 18:4 (2013), s. 214–225. Se också Eva Sahlin, *To Stress the Importance of Nature*.
11. Clatworthy, Hinds och Camic, "Gardening as a Mental Health Intervention".
12. Se t.ex. Söderback, Söderström och Schäländer, "Horticultural Therapy".
13. Roger S. Ulrich, "View Through a Window May Influence Recovery from Surgery", *Science*, 224 (1984), s. 420–421.
14. Gregory B. Diette, Noah Lechtzin, Edward Haponik, Alice Devrotes och Haya R. Rubin, "Distraction Therapy with Nature Sights and Sounds Reduces Pain during Flexible Bronchoscopy", *Chest*, 123:3 (2003), s. 941–948.
15. Clatworthy, Hinds och Camic, "Gardening as a Mental Health Intervention".
16. Ibid.
17. Marianne Thorsen Gonzalez, Terry Hartig, Grete Grindal Patil, Egil Wilhelm Martinsen och Marit Kirkevold, "A Prospective Study of Existential Issues in Therapeutic Horticulture for Clinical Depression", *Issues in Mental Health Nursing*, 32:1 (2011), s. 73–81.
18. K. C. Son, S. J. Um, S. Y. Kim och J. E. Song, "Effect of Horticultu-

- ral Therapy on the Changes of Self-esteem and Sociality of Individuals with Chronic Schizophrenia”. *Acta Horticulturae*, 639 (2004), s. 185–191.
19. Eva Sahlin, *To Stress the Importance of Nature*.
 20. Öppna jämförelser och utvärdering 2010: *Psykiatrisk vård – ett steg på vägen*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2010; *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2011; *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke*, Stockholm: Socialstyrelsen 2011; *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2011; *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2011; Öppna jämförelser 2014 – Jämlik vård. *Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.
 21. *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke*.
 22. Atul Gawande, *Being Mortal: Illness, Medicine and What Matters in the End*, London: Profile Books, 2014.
 23. Dominic A. Sisti, Andrea G. Segal och Ezekiel J. Emanuel, ”Improving Long-Term Psychiatric Care: Bring Back the Asylum”, *JAMA*, 313:3 (2015), s. 243–244.



OM KONSTEN ATT RONDA

Valdemar Erling

Ronden, den gemensamma vandringen mellan sjukhussängarna, är klinikens mest betydelsebärande ritual.¹

RONDEN ÄR VÄLKÄND för alla. Genom böcker, film och egna upplevelser som patient, anhörig eller vårdare har den traditionella rondens kultur kommit att prägla vår syn på sjukhusvård. Oförändrad i sin utformning de senaste hundra åren har rondens arbetsform sina rötter i den tidiga medicinens historiska tanke-mönster.

Som klinisk verksam internmedicinare är min övertygelse att rondens kultur och utformning kan påverka vår förmåga att bota, lindra och trösta, men också hjälpa patienten att hantera sin sjukdom. Ronden som den genomförs idag är en arbetsmetod som i stor utsträckning präglas av nedärvda traditioner och värderingar. Den snabba biomedicinska utveckling som sker parallellt med en ökad fokusering på en personcentrerad vård kommer att ställa stora krav på framtidens rond. Trots att rondens centrala nav har den ytterst sparsamt varit föremål för den medicinska forskningen.

Men rondens underomvärdering och dess traditionella mönster har börjat ifrågasättas.² På Kungälvssjukhus medicinklinik införde vi 2010 något vi valt att kalla för "Andra rondens", en teambaserad och personcentrerad rond som syftar till att stär-

ka patientens roll som subjekt och ge plats för människan bakom sjukdomen. Den nya rondan inbjuder patienten till en konsultation som liknar ett mottagningsbesök. Vårdteamet träffar patienten i lugn och ro i ett avskilt rum. På så sätt ges bättre förutsättningar för patientmötet och det goda samtalet. Personalen får höra samma berättelse och allas kunskap tas tillvara i en miljö som gör det möjligt för patienten att bli delaktig i sin egen vård.

Jag kommer inleda detta kapitel med att beskriva mina erfarenheter av den traditionella rondan och även redogöra för dess historia. Därefter följer en beskrivning av vårt nya sätt att runda, en rond som bygger på ett tvärprofessionellt arbetssätt som också tar hänsyn till den sjuka och därmed utsatta människans grundläggande rätt till autonomi och integritet. Avslutningsvis kommer den nya rondans centrala teman att belysas.

ATT GÅ ROND

Det är rond. Jag befinner mig som ansvarig överläkare på en internmedicinsk avdelning med yngre kolleger och sjuksköterskor runt mig. Vi går från säng till säng där människor som drabbats av sjukdomar ligger under täcken av oro och väntar på besked. Som sista patient på en fyrasal ligger ”3:4”, vi kan kalla honom Börje. Egentligen behöver han inte ligga i sin säng, så sjuk är han inte, men nu är det ju rond och då förväntas man göra det. Efter den sedvanliga inledningen om hur det står till idag och presentation av den för dagen nya underläkaren väljer Börje att själv gå rakt på sak. ”Den där förändringen som ni såg på röntgen igår och som skulle göras en datorundersökning på – kan det vara cancer?” Det blir tyst och helt plötsligt märker jag hur alla patienter på sal fyra väntar på mitt svar. Jag kan till och med höra utifrån hur en lastbil växlar ner långt borta på motorvägen. Både Börje och jag vet någonstans att det mycket väl kan vara cancer. Jag bryter tystnaden och försöker mumlande förklara vad en datortomografi är samt att en ”förändring” bara är en ”förändring”. Men till ång-

esten bakom frågan har jag inget svar. Eller snarare, jag inser att jag inte kan ha detta samtal här under ronden med en sängliggande människa som egentligen har rätt till ett samtal öga mot öga. Samtalet mellan Börje och mig blir nu istället på mina villkor och när jag inser att vi måste fortsätta ronda så avslutar jag samtalet genom att vi plötsligt vandrar vidare och Börje blir liggande kvar. ”Vi får återkomma senare” mumlar jag. Någon kroppslig undersökning blir det inte tid till. Bakom mig hör jag hur patienten mittemot kommenterar samtalet med sin sänggranne.

Genom åren har jag under rondens varit med om otaliga tillfällen då patientens integritet och värdighet åsidosatts. Cancerbeskedet som lämnades på allmän sal. Svåra beslut som bokstaveligen fattades på stående fot i en offentlig miljö. Samtalet som plötsligt blev väldigt personligt och där jag på grund av medpatienterna fick ägna mig åt svävande omskrivningar istället för att tala i klarspråk. Jag har hört formuleringar som ”Den blå tabletten är för din schizofreni”, ”Hur mycket alkohol dricker du?”, ”Denna patient är ju uppenbart debil” sägas på öppen sal. Jag har varit med om hur patienter avhumaniserats genom att tilltalas med namnet på sin sjukdom eller efter det organ som drabbats. ”Ja men se där, här ligger ju seromet!”. Rondens språkform med dess korthuggna vandrande utfrågningar åsidosätter ofta förståelse och kommunikation.

I mitt arbete har jag lärt mig att det avgörande för patienten och hans förmåga att hantera sin sjukdom är att bli sedd. Att patienten får möjlighet att skapa ett sammanhang och i förlängningen kanske även en mening. Patientens ovisshet och oro skapar alltid ett underläge gentemot personalen. Detta underläge befästs av den traditionella rondens arkitektur. Att ena parten står och den andra ligger ger dåliga förutsättningar för det goda samtalet. I varje möte med en patient finns en historia som kräver avskildhet och närvaro för att den skall bli berättad. Denna berättelse är direkt avgörande för att rätt diagnos skall ställas och på sikt också bidra till att patienten kan hantera sin sjukdom. Går det att på ett sjukhus idag skapa ett rum och en miljö som under

ronden ger plats för ett sådant möte utan att för den skull göra avkall på den biomedicinska bedömningen?

Min upplevelse av perioden på sjukhuset var att vara reducerad till en oändlig mängd provtagningar och röntgenundersökningar. Alla var vänliga och hjälpsamma, men det var som att jag var fullständigt reducerad till min sjukdom och att den inte kopplades samman med mig och mitt liv.

— *Patient, Kungälv's sjukhus, Citat från Poster om Andra Ronden. Kungälv 2015.*

RONDENS HISTORIA

Trots att sjukvården ständigt förändras och utvecklas så är rondens genom historien i stort sätt oförändrad. Den rond som vi idag använder oss av etablerades på de sjukhus som växte upp i mitten på 1800-talet i skuggan av industrialismen och dess stora omvälvningar. Effektivitet och produktion var ledord som lämnade lite plats för mysteriet att vara människa. Karin Johannisson som är professor i idé- och lärdoms historia skriver:

Klinikens födelse vid 1800-talets början har beskrivits som födelsen av en ny läkarblick och ett nytt sätt att närma sig patienten. Detta kommer att utspela sig på en särskild plats som är avskuren från vardagen och yttervärlden, sjukhuset. Här förvandlas patienten från ett talande subjekt till ett vetandets objekt som läkarna kan granska, mäta och klä av, knacka, lyssna och känna på. Kliniken som rum är också något helt annat än det privata sjukrummet. Här står sängarna uppradade sida vid sida med kroppar som kan observeras och jämföras. De sjuka är underkastade social disciplinering genom sträng reglering av måltider, klädsel och besök. Här finns inga privata utrymmen, inga oroliga mödrar, inga vänner och grannar. Den gamla publiken är ersatt av en annan,

experter som vänt blicken in mot sitt eget vetande och talar ett språk som bara de förstår. Här är de långa vindlande sjukberättelserna borta och ersatta med enkla frågesvar.

När bilfabrikerna dök upp efter sekelskiftet blev de redan då förebilder för sjukhusvården. Ronden som arbetsmetod utvecklades i den medicinska vetenskapens mekanistiska tidsepok. Under denna tid beskrivs de flesta av de medicinska diagnoser vi använder oss av idag. Genom nya laboriemetoder, röntgen och mikroskopet skapades nya förutsättningar för att analysera den mänskliga kroppen. Den tyske patologen Rudolf Virchow banade väg för denna medicinska revolution genom sin banbrytande teori om att varje sjukdom kunde förstås utifrån en störning i en cell.⁴ Hippokrates humoralpatologi övergavs, med dess teorier om sjukdom som en obalans mellan kroppens olika vätskor. Nu kunde man studera cell- och organspecifika tillstånd och sjukdomar istället för att försöka beskriva fiktiva modeller rationellt. Fysiologin och biologin blev nu medicinens verkliga huvudämnen följt av ett ökat intresse för den kliniska skickligheten.

Denna utveckling har tillsammans med positivismens genombrott under 1900-talet varit avgörande för de enorma medicinska landvinningar som gjorts och fortsatt görs. Förutsättningen för denna framgångsrika utveckling har samtidigt varit att den mänskliga kroppen reducerats till biomedicin och mekanik. Patientens upplevelser hamnar i bakgrunden. När metodologin runt medicinska kliniska studier växer fram under 1900-talet söker man också i det längsta reducera och generalisera för att kunna påvisa skillnader mellan grupper som grund för den evidensbaserade medicinens viktiga genombrott. Avvikande patienter exkluderas i studier och målsättningen är att kontrollgruppen helst är identisk med försöksgruppen, förutom avseende exponering av den faktor man vill undersöka.

Man skulle kunna hävda att den tradition som förvaltas av den framväxande medicinen tenderar att reducera varje patient till att vara så lik sin medpatient som möjligt för att kunna ges samma

behandling. På så sätt blir diagnosen också viktigare än den enskilda människan bakom diagnosen. Den ökade specialiseringen inom vården, som förstås också har många vinster, bygger på dessa tankar. Dagens vårdprogram och standardiserade vårdplaner bygger på gruppdata och syftar till att patienter med samma sjukdom skall handläggas på samma sätt, även om klinikerns erfarenhet ofta är att skillnaderna mellan olika patienter med samma sjukdom kan vara större än likheterna. Men, skriver filosofen Michel Foucault, ”den moderna kliniska medicinska vetenskapen baserar sig inte på en väl undersökt enstaka individ utan på en noggrann analys av upprepade individuella observationer.”⁵

I början av 1900-talet vårdades 24 patienter på samma sal på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. I de stora salarna sorterades patienterna efter sjukdomar i syfte att underlätta för doktorerna att effektivt och snabbt kunna gå från säng till säng. Patientbehandlingen ersattes av en summarisk utfrågning. Den sängliggande patienten reduceras till ett fysiskt objekt och blir så lättare att observera och undersöka. I avsaknad av effektiva behandlingar blir rondens syfte i första hand också att ställa diagnos. Rondens anatomi finner sin form i detta paradigm. Den sängliggande patienten blir till norm för hur patienter betraktas, vilket genom rondens konserveras ända in i dagens moderna sjukvård.

På sjukhusen i slutet av 1800-talet var sängarna oftast fyllda av patienter med infektionssjukdomar och sjukdomar som krävde att patienten var sängliggande. Idag har vi ett annat sjukdomspanorama och framför allt är det patienter med lungsjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar och cancer som fyller sängplatserna på våra sjukhus. Dessa patienter behöver utifrån sina sjukdomar inte alltid nödvändigtvis vara sängliggande, tvärtom uppmuntras de att försöka mobilisera så mycket som möjligt. Ändå fortsätter vi idag att ronda och även bygga våra sjukhus utifrån ett koncept där patienten förväntas ligga väntandes i en säng för att bli föremål för en konsultation i horisontalläge. Sängens syfte har blivit att vara en plats för patienten att vänta på rondens i. Mycket av

det dagliga arbetet på avdelningen bygger också på att patienten ligger i sin säng. Patientens horisontalläge förstärker den maktstruktur och det underläge patienten redan befinner sig i. En patient som ligger i en säng känner sig sjukare och beter sig också sjukare. När jag gick som kandidat hos professor Kjell Alestig på infektionskliniken Östra sjukhuset hävdade han att "ingen har någonsin blivit botad av en säng".

Under 1900-talets biomedicinska utveckling har också studiet av den mänskliga erfarenheten kommit att etableras som vetenskap genom fenomenologi och hermeneutik. Dessa vetenskaper försöker ringa in den mänskliga förståelsens natur genom att beskriva hur vi uppfattar tillvaron genom vårt medvetande. Känslor och upplevelser utifrån den levda erfarenheten kommer i fokus. Inom medicinen tillämpas dessa perspektiv bland annat för att beskriva upplevelser, situationer och erfarenheter av att leva med sjukdom. Nödvändigheten av att se människan som unik i sitt varande och inte objektivt mätbar var från början också inommedicinska tankar. Den polske läkaren Tytus Chalubinski underströk tidigt mycket kraftigt att läkaren behandlar sjuka människor och inte sjukdomar.⁶ Filosofer som Sören Kierkegaard, Martin Heidegger och Hans-Georg Gadamer har på olika sätt bidragit till att beskriva det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik. Denna ansats omfattar hela människan och hennes egenvärde och banar även väg för den medicinska etiska diskussionen. Förståelsen av patienten i det kliniska mötet blir väsentlig. För läkaren är förståelsen för patientens upplevelse avgörande för att kunna ställa diagnos, men även för den terapeutiska ansatsen. Språket är det viktigaste dagliga verktyget för den rondande läkaren och kommunikationen en del av läkekonsten. Fredrik Svenaeus, professor i filosofi, skriver att hermeneutik här till sist handlar om "att förstå den sjuka människan".⁷ Även om den medicinska vetenskapen alltid kommunicerat med sin samtida kulturhistoria har den hermeneutiska traditionen ändå haft svårt att få fäste på de medicinska fakulteterna. Genom hela 1900-talet bevarar ronden sitt historiskt betingade syfte att ge företräde för läkarna att

undersöka och ställa diagnos. Dess konstruktion ger inte plats för orden.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar under rondens har med tiden även medfört ett ansvar för att identifiera patientens upplevelse av sin sjukdom. På så sätt har forskning och undervisning inom den hermeneutiska medicinen utvecklats främst på vårdhögskolor och inte på de medicinska fakulteterna. Skillnaden i förhållningsätt mellan naturvetenskap och humaniora, mellan objektiv mätbarhet gentemot individens erfarenhet, frihet och ansvar, kan riskera att polariseras till en yrkesfråga. Läkarna tar hand om det biomedicinska (kroppen) och sköterskorna om personen (själen).⁸ Under de senaste trettio åren har dock begrepp som patientcentrering och patientens autonomi lyfts både nationellt och framför allt internationellt genom bland annat World Health Organization, WHO.⁹ Medan den biomedicinska forskningen under denna tid har fortsatt sin starka utveckling har också patient-läkar-relationen utvecklats som forskningsfält, vilket i Sverige uppmärksammats bland annat av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering SBU, i antologin *Patient-läkarrelationen – Läkekonst på vetenskaplig grund*.¹⁰ Den aktuella diskussionen i Sverige om personcentrerad vård som initierats av Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) har också bidragit till att stimulera till forskning i dessa frågor.¹¹ I England har man nyligen genomfört ett projekt där man försökt definiera vad som kommer att karaktärisera morgondagens läkare. Här lyfter man förmågan till teamarbete och att se patienten i centrum snarare än att bedriva en systemcentrerad, doktorcentrerad, teknologicentrerad och diagnoscentrerad vård.¹²

Ni doktorer måste fundera över att förändra rondens. Den är en kvarleva sen svunnen tid, då ni hade en självskrivna auktoritet. Vi patienter ställer andra krav idag – vi vill bli bemötta på samma nivå och respekterade som individer. Avskaffa rondens och ägna er tid till patienterna enskilt. Det verkar inte speciellt rationellt att 5–10

välutbildade personer går som en karavan genom avdelningen. Åtminstone inbjuder det inte mig som patient till en dialog.

– *Patient, Ängelholms sjukhus, 1993, patients egen text.*

ANDRA RONDEN – ETT NYTT SÄTT ATT RONDA PÅ SJUKHUS

På medicinkliniken vid Kungälvss sjukhus började vi för drygt tio år sedan att diskutera om det fanns ett annat sätt att ronda. Vi frågade oss varför våra patienter i ett tillstånd av utsatthet ändå accepterade att inför sina medpatienter diskutera sina sjukdomar och upplevelser. Vi frågade oss hur vi läkare kunde leda ronder som stred emot sekretesslagen, som att man på en vårdcentral skulle tillåta sig att undersöka och samtala med patienterna i väntrummet.

Ronden på en medicinklinik har sin motsvarighet i operationen på en kirurgklinik. För internmedicinaren anses patientens anamnes, det vill säga patientens historia, vara det viktigaste instrumentet för att kunna ställa rätt diagnos. Varför gav vi då detta samtal så dåliga förutsättningar? En patient i en säng med lyssnande grannar gav uppenbart en sämre medicinsk anamnes. Vi konstaterade att de flesta av våra patienter inte var beroende av att ligga i en säng för att kunna rondas. Vi noterade också att vi använde allt mer tid åt att ”ronda datorn” och allt mindre tid i samtal med patienten. Studier har visat att man på en internmedicinsk klinik idag rondar en patient i snitt sju minuter dagligen.¹³ Var det så att vårt sätt att ronda byggde på förlegade värderingar från tidigare sekel? Traditioner som får både vårdpersonal och patienter att acceptera en rond bestående av korta ofullständiga offentliga samtal med människor liggande i sängar?

Efter år av diskussioner och tester ändrade vi 2010 vårt sätt att ronda på samtliga av medicinklinikens avdelningar vid Kungälvss sjukhus. Vi ville skapa ett personcentrerat avdelningsarbete där patientens integritet och delaktighet togs till vara utan att

den biomedicinska bedömningen åsidosattes. Dessutom ville vi arbeta närmare och mer tillsammans – sjuksköterskor, läkare, undersköterskor och sjukgymnaster. Vi valde att kalla projektet Andra Ronden. Första rondan var över och målet var att nu skapa en ny teambaserad och personcentrerad rond. Vi byggde om avdelningen så att det inte längre fanns separata expeditioner för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Istället skapades vårdstationer där gemensamma tvärprofessionella vårdlag skulle arbeta gemensamt som team.

Det traditionella ”luciatåget” med läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och studenter som vandrade runt från sal till sal är nu ett minne blott. Patienten kommer med personal själv gående till vårdstationen, där också anhöriga kan vara med. Rondsamtalen sker nu enskilt med patienten sittande på avdelningsstationen med alla professioner närvarande. Alla i teamet hör patientens historia. Detta nya sätt att ronda ger full sekretess och möjliggör också patientens delaktighet enligt intentionerna i den nya patientlagen.

Att se en patient komma gående till vårdstationen ger även viktig medicinsk information om patientens hälsostatus. En av mina kolleger noterade till exempel vid ett tillfälle att patienten var påtagligt andfådd när han väl satte sig ner på vårdstationen. Detta var inget patienten nämnt självmant, men det visade sig vid undersökning att han hade en propp i lungan. Våra kardiologer har påtalat fördelen med att kunna bedöma patientens grad av hjärtsvikt eller kärlkramp då patienten kommer gående till vårdstationen. Graden av andfåddhet är en av de viktigaste medicinska parametrarna och den är svårare att bedöma om patienten ligger still. En farhåga var att få patienter skulle kunna ta sig till vårdstationen men vår erfarenhet är att ca 80 % av de ineliggande patienterna gör detta.

Vår rond innebär att vi ägnar god tid åt det första samtalet med patienten på avdelningen. Tillsammans med patienten gör vi upp en vårdplan med planerat utskrivningsdatum. Allt patientarbete sker under och i anslutning till rondsamtalen – prover, remisser och medicinjusteringar. Sköterskor och läkare gör en gemensam jour-

naldokumentation. I det löpande arbetet prioriteras varje morgon vilka patienter som skall tas in för samtal. Varje patient är inte dagligen i behov av ett rondsamtal. Undersökningen av patienten kan endast delvis ske under rondan och vissa undersökningar får därför göras vid andra tillfällen. Vi har funnit att Andra rondan är ett effektivt och tidssparande sätt att arbeta på, men den ställer krav på flexibilitet och kommunikation bland de medverkande för att fungera väl. Svårigheten att få tiden att räcka till för undersköterskan för såväl omvårdnad som deltagande i rondan är fortfarande en utmaning för oss. Forskningen runt teamarbetet i Andra rondan visar tydliga vinster men också att den utmanar de traditionella yrkesrollerna i vården.¹⁴

Under dessa fem år har över 22 000 patienter rondats enligt denna modell. I enkäter och vid dagliga möten uttrycker patienterna ofta att de är nöjda och att de föredrar detta sätt att ronda. Samtalen under rondan får en annan karaktär och ger förutsättningar för en bättre vård. Nyligen har Fredrik Båathe lagt fram en avhandling som beskriver läkarnas engagemang i förändringsarbetet och hur de påverkats av detta nya sätt att ronda.¹⁵ Vi ser stora möjligheter till att gå vidare och forska runt patientens upplevelse av rondan och hur patientens berättelser kan tas till vara genom det här sättet att arbeta.

Att ändra på rondan, som är något av en historisk institution, är en utmaning. Och det tar tid. Vi har frågat oss: för vems skull har vi rond? Patientens ställning behöver stärkas så att den person som blev en patient blir huvudperson i rondan. Att bli sjuk gör människan utsatt, fragil och ofta försvarslös. Därför är det vår uppgift i vården att värna sjuka människors integritet och autonomi. Vi finner oss mitt i en utveckling men detta sätt att jobba känns riktigt både ur ett medicinskt och allmänmänskligt perspektiv.

Det låter som en lysande ide – då kommer man ju till tals.

— *Patient, Kungälvss sjukhus, 2015, personlig kommunikation inför rondsamtal.*

ANDRA RONDEN ÄR EN TEAMBASERAD ROND

Vårt nya sätt att ronda vill lyfta fram det tvärprofessionella teamets gemensamma kompetens. Sjukdom rymmer många olika dimensioner och dessa förvaltas av olika vårdyrken, såsom undersköterskor, läkare och sjuksköterskor, sjukgymnaster, kuratorer med flera.

Den traditionella rondan ger företräde åt läkarnas empiriska förhållningsätt till kroppen och dess medicinska diagnoser. I andra hand kommer sjuksköterskornas ansvar för omvårdnad, de själsliga och de sociala aspekterna. Olika delar av den mänskliga existensen betraktas var för sig. Den förminskade och passiviserade patienten är förloraren i denna uppdelning.

Den traditionella rondans inbyggda hierarkier utgår både från akademiska värderingar och genusstrukturer. Den gynnar inte teamarbetet. Ett vanligt scenario under en traditionell rond är att läkaren förklarar situationen för patienten, men att sjuksköterskan sedan får återkomma för att försäkra sig om att patienten förstått det som sagts, varefter patienten senare själv berättar för undersköterskan om sin upplevelse. Trots den offentliga debatten om teambaserat vårdarbete är det långt kvar innan vi realiserat detta i slutenvården. Det är lätt att avfärda läkare som ointresserade av de humanistiska vetenskaperna, men ofta har man under sin utbildning inte introducerats i dessa ämnen på samma sätt som sjuksköterskorna på vårdhögskolorna. Omvårdnadsdelen har under senare år fått en allt större plats på sjuksköterskeutbildningen, ibland på bekostnad av den medicinska kunskapen. Utbildningarna lutar sig fortfarande mot olika vetenskapliga teoribildningar, vilket i kliniken kan distansera yrkesgrupperna. Man skapar olika språk och kulturer. Det är symptomatiskt att läkar- och sjuksköterskestudenter idag aldrig träffas under sina utbildningar och detta försvårar givetvis ett tvärprofessionellt rondarbete.

Den stora utmaningen med Andra rondan har varit att arbeta på ett sätt som respektfullt tar vara på de olika yrkesgruppernas bidrag till rondan. Idag är undersköterskan den som arbetar

närmast patienten och hans förmåga att ta del av patientens upplevelser är till exempel av stor betydelse för rondarbetet. När vi som team sätter oss ner för att tillsammans lyssna till patientens historia är allas erfarenheter viktiga för att vi skall kunna förstå och hjälpa patienten. Amerikanska Institute of Medicine (IOM) sätter i den aktuella rapporten "Improving Diagnosis in Health Care" teamarbetet i fokus för den diagnostiska processen och patientsäkerheten.¹⁶ Ett teambaserat rondarbete kan på så sätt skärpa förmågan att ställa rätt diagnos.¹⁷ En rondkultur med ett kontinuerligt samarbete mellan yrkesgrupperna gör att man ser varandras perspektiv, men också att man kan se varandra som personer. Det tvärprofessionella rondarbetet är på så sätt en personcentrerad arbetsmodell. Förutsättningen för en personcentrerad vård gentemot patienten är att medlemmarna i teamet kan se varandra som personer och inte enbart som funktioner. Först då kan patienten bli en del i teamet och en lärande och utvecklande miljö för samtliga rondsdeltagare uppstå. Under dessa fem år med Andra ronden har teamarbetet på avdelningen gjort att vi lärt känna varandra på ett sätt som minskat hierarkierna och motverkat de traditionella stuprören mellan slutenvårdens yrkesgrupper.

ANDRA RONDEN ÄR EN PERSONCENTRERAD ROND

Begreppet personcentrerad rond har växt fram under vårt arbete med ronden. Detta har känts riktigt eftersom personen bakom sjukdomen nu fått en annan position än i den tidigare traditionella ronden. Patientens delaktighet i beslut stärks om det finns en fysisk miljö och rondkultur som tillåter detta. En personcentrerad rond innebär ett samtal på lika nivå. Man kan säga att den utgör en plattform för ett patientmöte präglad av respekt och integritet och att den därför ger en naturlig möjlighet till att skapa en allians mellan vårdteam och patient. Ronden är klinikkens centrala arbetsform och bör vara personcentrerad i sin

utformning för att en personcentrerad slutenvård skall kunna bedrivas.

Ibland kan det upplevas konstruerat att prata om person och inte patient i dessa sammanhang. Bakom varje patient finns givetvis en person som också påverkar sjukdomens uttryck. Men ett liv med sjukdom påverkar också oss som personer. Att drabbas av lidande och sjukdom gör något med oss som individer. I det smärtsamma tydliggörs nuet. Patient betyder ursprungligen en som lider. För oss om arbetar i slutenvården har lidandet en självklar plats och vi är tränade på att möta lidande patienter. Att vara människa innebär att drabbas av lidande och där kan också kraften till förändring finnas. Personcentrerad vård rymmer inte på samma sätt den lidande patienten, utan tenderar att fokusera på den friska personen bakom sjukdomen. Det viktigaste är dock att den människa som blivit sjuk ställs i centrum i vården oavsett vilket begrepp man använder.

Jag har tidigare beskrivit dikotomin mellan en personcentrerad vård och en diagnosbaserad biomedicinsk vård. Begreppet personcentrerad vård kom ursprungligen från läkare som Paul Tournier, psykologer som Carl Rogers och filosofer som Martin Buber och Paul Ricœur. I Sverige ryms begreppet idag framför allt inom modern vårdvetenskap. Diskussionen om personcentrerad vård kan därför riskera att hamna i polemik med den biomedicinskt inriktade vården, där begreppet patientcentrerad vård ännu så länge är mer accepterat. WHO har också valt detta begrepp när man vill sätta människan bakom sjukdomen i fokus. Patientcentrerad vård skulle också kunna definieras som en vård som utgår från en unik mänsklig individ som drabbats av en lika unik variant av en specifik sjukdom (*disease*) och/eller sjuklighet (*illness*). Begreppen tenderar därmed att glida in i varandra. Oavsett vilket begrepp man väljer att använda bör berättelsen om den person som blev en patient stå i centrum för vårdpersonalens uppmärksamhet.

I vårt arbete med en personcentrerad vård har vi också märkt hur begreppet personcentrerad vård i första hand inte kan definieras som en given metod, utan snarare bör förstås mer som en kultur eller ett uttryck för en värdegrund där det mellanmänskli-

ga mötet är centralt. Patientmötet är vårdens mest värdeskapande process och måste värnas.

ANDRA RONDEN GER PLATS FÖR MÖTET OCH DET GODA SAMTALET

*Allt liv är möte.*¹⁸

Patientens historia eller anamnes är utgångspunkten för den kliniska bedömningen. På så sätt blir språket och i förlängningen det goda samtalet ett av medicinens viktigaste verktyg. I många olika sammanhang har på senare tid berättelsen och dess struktur – det narrativa – lyfts fram som ett centralt medicinskt element. ”Narrativ medicin” är enligt läkaren Rita Charon ”medicin som praktiseras med narrativa färdigheter att känna igen, ta in, tolka och beröras av sjukdomsberättelser”.¹⁹ Dessa ”narrativa färdigheter” finns redan hos varje patient och varje läkare, men har fått stå tillbaka för formaliserade diagnostiska utfrågningar, bland annat inom ramen för den traditionella rondan. Det goda samtalets narrativa karaktär kan ge en fördjupning av den evidensbaserade medicinen.

Läkaren och patienten kan under rondan hamna i konflikt när patienten vill expandera sin beskrivning av verkligheten och läkaren reducera densamma. Patienten upplever att den inte får tala till punkt och läkaren att patienten inte kommer till punkt. I den traditionella rondan har man som läkare löst detta genom att börja gå till nästa säng. Tidens knapphet i vården sätter ytterligare press på situationen, vilket ofta ger en förenklad beskrivning av verkligheten som följd. Svenska läkare spenderar i jämförelse med europeiska kolleger minst tid till samtal med sina patienter, vilket gör det svårt att se varje patient som en unik individ.²⁰ En rond som däremot erbjuder rum för patientmötet och det goda samtalet kan i sin förlängning spara tid. Ett första grundligt samtal på avdelningen med patienten kan skapa tillit och förtroende och ge förutsättningar för kortare samtal senare.

Patientmötet och de goda samtalet är också avgörande för patientens *compliance*.²¹ Med *compliance* menas patientens förmåga att fullfölja den behandling som man tillsammans med läkaren kommit överens att inleda. Inom den evidensbaserade medicinen ägnas stor energi åt att genomföra och tolka studier som under kontrollerade former försöker avgöra vilket läkemedel som i jämförelse med andra har bäst effekt. Dessa studier är viktiga, men skillnaderna är oftast små och i det enskilda fallet är det alltid patientens *compliance* som har den enskilt största betydelsen för ett läkemedels effekt. Låg *compliance* kan till viss del bero på bristande förståelse för sjukdomen och på en bristande allians med de professionella. Den kan också bero på hur informationen framförs och patientens tillit till läkaren. På så sätt kan det goda samtalet vara en grund för en god *compliance*. Andra rondan vill ge förutsättningar för sådana samtal.

I en sjukvård som ständigt belastas med nya administrativa uppgifter prioriteras inte det goda samtalet. Tid tillsammans med patient är inget kvalitetsmått i svensk sjukvård och i konkurrens med andra mätbara arbetsuppgifter tas alltid tid från patientmötet. Man frågar sig också om den moderna klinikens allt mer pressade ekonomi överhuvudtaget tillåter läkare att föra kvalificerade samtal. I primärvården har samtalet och konsultationen alltid varit viktiga verktyg. Vårt arbete med att förändra rondan har haft som mål att ge plats och tid för patientmötet och det goda samtalet även inom slutenvården.

ANDRA RONDAN SOM ETISKT FORUM

Många av vårdens utmaningar är av etisk karaktär. Som läkare har jag reflekterat över hur många svåra etiska beslut jag är med om att fatta varje dag. Det rör sig då ofta om en medicinsk etik som ligger närmare den kliniska vardagen än den offentliga normativa etiska diskussionen. I mötet med patienten är det sällan dessa allmänna etiskt principiella frågor som står i fokus.

Oftast gäller det istället beslut om vårdnivå, omfattning av utredningar, palliativ handläggning, anhörigas reaktioner och frågor som aktualiseras vid livets slut. Etikern Axel Carlberg skriver att ”ytterst handlar vårdens svåra val inte om abstrakta teorier utan vad som händer i och hur vi tolkar vårdens möten”.²² Patientens egna upplevelser och erfarenheter måste vara i balans med biologiska data för att medicinen skall kunna leva upp till sina etiska mål.

Ronden är klinikens plats för patientmötet och det är i det mötet som den medicinska etiken avgörs. Vårdpersonalens förmåga att fatta välgrundade etiska beslut är beroende av hur ronden genomförs. Rondsamtalet som ett etiskt verktyg utgår från patientens konkreta situation, känslor och personliga erfarenheter. En rond som tillåter narrativa element kan därför ge en fylligare bild av ett etiskt dilemma. Rondens olika deltagare kan tillsammans med patienten värdera den etiska frågeställningen ur olika synvinklar. Denna intersubjektiva hållning i vårdteamet ges bättre förutsättningar om rondsamtalet med patienten sker enskilt på vårdstationen. Det nya sättet att ronda visar påtagligt större respekt för patientens autonomi och integritet, vilket är förutsättningen för att kunna fatta etiska beslut.

Patientmötets etik bygger på antagandet om en hos människan inneboende kraft att känna empati, det vill säga förmåga att förstå andra människors lycka och lidande. Enligt filosofen David Hume har moralen detta som förutsättning och han beskriver hur moralen drivs av känsla och passion. Den danske filosofen K. E. Lögstrup talar om en människas spontana livsyttningar i form av kärlek och visad tillit. Han anser att den grundläggande tilliten hör till människans tillvaro. Den tillit som vi på förhand har till den andra människan är mycket elementär och grundar sig på tilliten till livet självt.²³

Axel Carlberg menar att ”i grunden är läkaretikens viktigaste fråga hur läkarna skall förvalta och besvara patientens visade tillit”.²⁴ Mötet med den sjuke patientens utsatthet och sårbarhet skapar en etisk fordran, för att använda K. E. Lögstrups ord. Den

sjuke patienten väcker på så sätt vårt ansvar. Det är i detta möte som vår etiska kompass kalibreras. En förutsättning för att rondens skall kunna ge plats för subtila etiska avvåganden är att mötet mellan vårdteamet och patienten präglas av respekt och närvaro.

Ronden måste givetvis också uppfylla vårdens övergripande normativa etiska principer att inte skada, att göra det goda och rättvisa, samt värna patientens autonomi. Många av dessa principer ligger till grund för vårdens lagstiftning. Tillämpning av den nuvarande patient- och sekretesslagen är också en förutsättning för att rondens skall kunna fungera som ett etiskt forum i kliniken.

ANDRA RONDEN OCH BIOMEDICINSK DATA

Den medicinska utvecklingen rusar. Vi som jobbar i vården uppdateras ständigt i vetenskapliga artiklar och på konferenser. Nya algoritmer, standardiserade vårdplaner och skattningsskalor etableras. Allt högre krav ställs på dokumentation. Jämförande registerdata är idag förutsättningen för en kvalitativ vård och förväntas alltmer vara drivkraften i klinikkens dagliga arbete. Men dokumentationen vet inget slut, utan skapar i sig också nya önskemål på ytterligare dokumentation. Selektionen i det vi väljer att mäta och dokumentera kan vara oklar och vi kan frestas att värdera saker som är lättare att mäta som viktigare.

Som klinisk vårdpersonal har man i rondsituationen idag en allt större mängd informationsmaterial från undersökningar och prover att ta hänsyn till. Detta ställer stora krav på vårdpersonalen i en miljö där tid är en bristvara. Analys av en stor mängd data är ofta ett villkor för att kunna ställa rätt diagnos. Generellt är det ett problem i slutenvården idag att det görs för många undersökningar och tas för mycket prover. Extensivt insamlande av en stor mängd data kan också bidra till objektifieringen av patienten. Data om den individuella patienten skall också ställas i relation till gruppdata från evidensbaserade studier som utgör grunden för vårdprogram och behandlingar. Den stora mängden data som

samlas in skall också mitt i det kliniska arbetet dokumenteras och analyseras av vårdpersonalen själva.

Utvecklingen går långsamt framåt när det gäller hantering av data i vården och ännu har all fokusering på E-hälsa och IT inte förbättrat rondsituationen. Tillgång till data vid den traditionella rondens ronden kan vara ytterst begränsad. Som läkare kan man då sakna biomedicinska analyser och uppgifter som är nödvändiga för att tillsammans med patienten under rondens ronden fatta nödvändiga beslut. Alla data och uppgifter om patienten finns tillgängliga i stationära datorer, vilket gör att man allt oftare avstår mötet med patienten och istället väljer att "ronda datorn" på expeditionen. För en läkare på vårdavdelning idag utgör tid vid datorn en allt större del av det kliniska arbetet.

Ronden är den scen där objektiva parametrar skall tolkas utifrån patientens anamnes och kliniska undersökningar. Tillgången till allt material på rondstationens rum underlättar arbetet för vårdteamet samt gör det möjligt för patienten att ta del av svar på undersökningar och prover. Det är enkelt att till exempel visa röntgenbilder för patienten. Detta gör rondens ronden effektivare.

ANDRA RONDEN SOM PEDAGOGISKT FORUM

Ronden har alltid haft undervisning som del av sitt syfte. På universitetsklinikerna var rondens tidigt vandrande föreläsningar där läkarstudenterna fick redogöra för patientens symptom och sjukhistoria. Sjuksköterskorna undervisades ofta inte under rondens ronden. Den empatiska hållningen mot patienten fick stå tillbaka i förhållande till undervisning av studenterna i konsten att undersöka kroppen och ställa diagnos. På många håll i världen ser det likadant ut även idag. I takt med sjukvårdens allt mer pressade arbetssituation har rondens plats för undervisning fått stryka på foten. Läkarstudenterna har hamnat allt längre bak i rondens följe och jag minns själv hur jag som kandidat på Östra sjukhuset i Göteborg endast förväntades leverera värdet på patienternas Hb

till de som stod där framme runt patientens säng. Undervisning under själva rondan existerade inte.

En av målsättningarna med den teambaserade personcentrerade rondan är att skapa ett bättre undervisningsklimat som ger förutsättningar för utbildning av teamets alla yrkesgrupper. Rondans teambaserade struktur motverkar de stuprör som vårdens olika professioner idag rör sig i. I förlängningen skulle detta sätt att ronda kunna vara en plattform för en gemensam utbildning där sjuksköterskor, undersköterskor och läkare redan från början lärde sig att arbeta ihop. Rondan har en tydlig pedagogisk ansats i att teamet gemensamt ser och lyssnar till patienten. När patienten lämnar rummet finns ett naturligt forum för undervisning som kan rikta sig till hela teamet, men även innefatta yrkes-specifika moment. Diskussionen i direkt anslutning till patientmötet kan ske i en avskild pedagogisk miljö med direkt och lätt tillgång till nödvändig data. Vi har märkt att teamet på detta sätt får möjlighet att utvecklas tillsammans och att den gemensamma kompetensen i gruppen stärks. Det har också fungerat väl att ha med både läkarkandidater och sjuksköterskestudenter i detta sätt att ronda. Ömsesidighet och kommunikation är villkoren för den vardagliga undervisningens existens.

KONSTEN ATT RONDA

*Care is a state in which something does matter; care is the opposite of apathy.*²⁵

Vad är det egentligen som kommer först när man rondar? Är det förståelsen av patientens unika erfarenheter eller är det den biomedicinska beskrivningen och förklaringen? Filosofen Georg Henrik von Wright skriver i sin bok *Myten om framstegen* att ”vetenskaperna om människan i viss mening är förstående, i motsats till vetenskaperna om naturen som är förklarande”.²⁶ Enligt von Wright går det ändå att bygga en bro mellan dessa två traditioner. Mellan det hermeneutiska och det analytiska. Mellan själ och kropp.

Ronden måste till sist handla om att kunna länka ihop objektiva mätbara fakta tillsammans med den sjuka personens upplevelse av sin situation. Vårdpersonal måste kunna växla obehindrat mellan generaliserade empiriska gruppdata och det individuella perspektivet i mötet med patienten. Dessa båda perspektiv är beroende av varandra. En rond som inte innefattar patientens upplevelser och erfarenheter riskerar till exempel att värdera anamnes, symptom och undersökningsfynd felaktigt.

Ronden ställs idag inför stora utmaningar. Den måste konstrueras så att den kan hantera patientmötet, den kliniska undersökningen och patientens omvårdnadsbehov. Dessutom måste den uppfylla det moderna samhällets krav på information, delaktighet, rätt till second opinion samt möjlighet att välja mellan olika vårdalternativ. Ronden har ett grundläggande ansvar för den tillämpade medicinska etiken. Undervisning måste få vara en naturlig del av rondens. Samtidigt får de ekonomiska incitamenten i vården inte reducera rondens ambitioner till att endast försöka frigöra en säng på en överfylld avdelning.

Det finns flera skäl att se över sjukhusronden vid Sveriges sjukhus idag. Den traditionella rondens kultur med rötter i tidigare sekel försämrar möjligheten till ett patientmöte präglat av tillit och respekt. Om sjukhusvården vill kommunicera öppet och jämlikt med sina patienter måste rondens omformas. Ronden i sin nuvarande utformning är inte förenlig med varken den svenska sekretesslagen eller den nya patientlagen. Dess roll för att gestalta och konservera sjukvårdens inbyggda hierarkier kan knappast överskattas. En rond i avsaknad av teamarbete och patientengagemang kan leda till diagnostiska fel, äventyra patientsäkerheten och på så sätt stå i vägen för patientens läkningsprocess. Rondens traditionella strukturer kan även hämma verksamhetsutveckling. Den centrala roll som rondens spelar i slutenvården gör att forskning runt den bör initieras både ur ett organisatoriskt, narrativt och medicinskt perspektiv.

Vi har sett flera praktiska och logistiska vinster med att införa en teambaserad personcentrerad rond, men framför allt handlar det om att ge plats för en ny värdeskapande rondkultur. Min erfa-

renhet är att samarbetet mellan undersköterskor, läkare och sjuksköterskor både förändrats och utvecklats under de fem år vi arbetat i team. Förståelsen för varandras yrkeskunnande är bättre. Avdelningsarbetet präglas idag mer av en platt arbetsstruktur. Ambitionen att under rondan kunna ta hand om hela människan är något vi förvaltar gemensamt. Detta har även bidragit till att patient-läkarrelationen under rondan förbättrats. Här finns nu förutsättningarna för patientmötet och det närvarande goda samtal som öppnar upp för en djupare förståelse av patientens situation. Under rondan hör jag idag berättelser jag inte hörde tidigare.

För att kunna genomföra denna förändring byggde vi om våra avdelningar. I framtiden måste vi också bygga sjukhus som harmoniserar med ett nytt sätt att tänka runt rondan. Sjukhus med en arkitektur som ger de bästa förutsättningarna för mötet med patienten och som gynnar ett nära och öppet samarbete mellan yrkesgrupperna. Framtidens sjukhus behöver inte utgå från antal sängar som enhet, utan skulle kunna ge plats för nya innovativa existentiella utrymmen för rörliga patienter, vilket de allra flesta är. På så sätt kan den teambaserade personcentrerade rondan bidra till nya rumsliga lösningar som är i samklang med den moderna vårdens förändrade synsätt på patienten.

Den teambaserade personcentrerade rondan skapar bokstavligen fysiska rum för autentiska patientmöten. I dessa rum kan konsten att runda utvecklas. Här blir patientens berättelse utgångspunkt för den kliniska skickligheten och blicken. Både utifrån levd mänsklig erfarenhet och biomedicinsk empirisk vetenskap. På så sätt kan rondans utformning och kultur hjälpa patienten att hantera sin sjukdom och uppnå hälsa. Konsten att runda kan bli till läkekonst.

NOTER

1. Karin Johannisson, "Kliniken: medicinens praktik", *Medicinen blir till vetenskap*, Karin Johannisson, Ingmar Nilsson och Roger Qvarsell (red.), Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2010, s. 54.

2. James A. O'Hare, "Anatomy of the ward round", *European Journal of Internal Medicine*, 19:5 (2008), s. 309–313; Mikael Lövtrup, "Ronden – ritual som börjar ifrågasättas", *Läkartidningen*, 24/2014, s. 111.
3. Karin Johannisson, *Tecken – Läkaren och konsten att läsa kroppar*, Stockholm: Nordstedt förlag, 2004, s. 45.
4. Henrik Lerner, "Virchow", *Filosofi och Medicin – Från Platon till Foucault*, Lennart Nordenfelt (red.), Stockholm: Bokförlaget Thales, 2012, s. 136.
5. Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, France: Presses Universitaires de France, 1963, s. 124.
6. Lennart Nordenfelt, "Fleck och den polska skolan", *Filosofi och Medicin*, Nordenfelt (red.), 2012, s. 167.
7. Fredrik Svenaeus, *Sjukdomens mening – det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*, Stockholm: Natur och Kultur, 2003, s. 88.
8. Ola Sigurdson, "Sjukdomens kropp – Narrativitet, kroppslighet och relationalitet i medicinsk praktik och omvårdnad", *Kritisk Forum for Praktisk Teologi*, 31 (2011), s. 6–22.
9. World Health Organization, *The World Health Report: Report of the Director-General*, Genève, 2000.
10. Jan-Otto Ottosson, *SBU-rapport. Patient-läkarrelationen, läkekonst på vetenskaplig grund*, Stockholm: Natur och Kultur, 1999.
11. Inger Ekman (red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*, Göteborg: Bokförlaget Liber, 2014.
12. Julia Freank och Lincoln Cheng et al., "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world", *The Lancet*, 376:9756 (2012):, s. 1923–1958.
13. Heidemarie Weber, M. Stockli, Matthias Nubling och Wolf A. Langewitz, "Communication during ward rounds in Internal Medicine, An analysis of patient–nurse–physician interactions using RIAS", *Patient Education and Counseling*, 67 (2007), s. 343–348.
14. World Health Organization, *The World Health Report*; Fredrik Bååthe, Gunnar Ahlborg Jr, Annica Lagström, Lars Edgren och Kerstin Nilsson, "Physician experiences of patient-centered and teambased ward rounding – an interview based case-study", *Journal of Hospital Administration*, 3:6, (2014), s. 127–142.
15. Fredrik Bååthe, *Physicians' Engagement, Qualitative Studies Exploring Physicians' Experiences of Engaging in Improving Clinical Services and*

- Processes*, Göteborg: Sahlgrenska akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa (diss.), 2015.
16. Hardeep Singh och Mark L. Graber, "Improving Diagnosis in Health Care – The Next Imperative for Patient Safety", 11 *New England Journal of Medicine*, 373 (2015), s. 2493–2495.
 17. Erin P. Balogh, Brian T. Miller och John R. Ball (red.), *Improving Diagnosis in Health Care*, Committee on Diagnostic Error in Health Care, Washington, DC: National Academies Press, 2015.
 18. Martin Buber, *Jag och Du*, Ludvika, Dualis förlag, 2013, s. 18.
 19. Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford: Oxford University Press, 2006, s. 4.
 20. Myndigheten för vårdanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och tio andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund 2014 International Health Policy Survey*, Stockholm: Myndigheten för vårdanalys, 2014.
 21. Annabel Levesque, Han Z. Li och Jasrit S. Pahal, "Factors Related to Patients' Adherence to Medication and Lifestyle Change Recommendations", *International Journal of Psychological Studies*, 4:2 (2012), s. 42–55.
 22. Axel Carlberg, *Patientens bästa. En kritisk introduktion till läkaretiken*, Lund: Nordic Academic Press, 2009, s. 18–19.
 23. K. E. Lögstrup, *Det etiska kravet*, Göteborg: Daidalos, 1992, s. 45.
 24. Carlberg, *Patientens bästa*, s 37.
 25. Rollo May, *Love and Will*, New York: W. W. Norton & Company, 2007, s. 289.
 26. Georg Henrik von Wright, *Myten om framsteg*, Stockholm: Albert Bonniers Förlag, 1993, s. 164.

HUR LITTERATUREN BRÖT SIG IN I MIN LÄKARPRAKTIK

Björn Landström

”VARAT ÄR OLIDLIGT LÄTT”, skrev den tjeckiske exilförfattaren Milan Kundera. Den känslan infinner sig ibland i mitt arbete som allmänläkare. Nu har jag hållit på länge. Det är 33 år sedan jag första gången arbetade på en vårdcentral, den gången i Laxå med den kloke Dan Andersson som handledare. Känslan av varats olidliga lätthet har jag sen genom åren återupplevt kopplad till för mycket arbete på för kort tid och min egen oförmåga att göra en urskiljning av vad som är mest viktigt. Då har jag kunnat hämta tröst hos Lennart Hellsing:

Lapprika papprika puddingpastej
när jag blir stor ska jag spela för dej:
Trumma på min trumma, gnida min fiol,
skjuta ner små plommon med korkpistol.¹

Hellsing formulerar motståndets ord mot egna och andras tvång. Jag känner livets lätthet, varat är för en stund inte olidligt, arbetet går lättare.

I den här texten ska jag försöka förmedla något om hur jag insåg att det var ett problem hur min läkarroll var formulerad. Jag beskriver hur jag försöker hantera problemet genom associationer till konstnärliga verk och ger exempel ur litteratur och film. Dess-

utom för jag in några humanvetenskapligt präglade reflektioner kring läkarpraktiken och konstens betydelse för denna. Kapitlet börjar med min första tid som allmänläkare, hur jag upptäcker behovet av andra kunskapsformer, vilket leder över till reflektioner kring läkarutbildningen. Jag fortsätter med hur skönlitterär läsning hjälpt mig i mitt dagliga arbete, liksom andra läkares tankar. På så vis söker jag formulera en delvis annan läkarroll än den som min utbildning och mina tidiga yrkeserfarenheter formade. Det är förstas inte bara läsning som har betydelse i sammanhanget. Mina möten med patienter på den Skaraborgska landsbygden har både konkretiserat och kompletterat perspektiven från fiktionen.

BLIVANDE ALLMÄNLÄKARE MED TEKNISK OCH HUMANISTISK BARLAST

Jag började mitt arbete i Skövdes primärvård som blivande allmänläkare med en ambition att bringa ordning i vården av diabetespatienter. Ett arbete med journalföringens struktur blev mitt sätt att angripa problemet och skapa den ordning som jag tyckte saknades. Det verkade finnas något alltför godtyckligt och oordnat i hur mottagningsbesöken skedde. Jag utarbetade därför en mall – ett formulär – som skulle gås igenom och fyllas i vid varje besök. Det var förvisso medicinskt berättigat för att upptäcka komplikationer så att de kunde behandlas i tid. Jag fyllde i mallen vid varje besök och försökte få de andra läkarna att göra samma sak (de var ganska motsträviga). Efter något eller några år blev det dock alltmer tydligt att denna rutin inte gav den stöda åt besöket jag hoppats på. Patienterna hade också andra och ibland viktigare saker, än diabetesläget, att ta upp. När jag träffade diabetespatienter blev mallen styrande för mötet och hur medicinskt berättigad den än föreföll vara blev den mest ett hinder för att lyssna på de problem som patienten gått och funderat över. Det blev uppenbart att patienten hade egna mål med besöket. Och liksom många läkare före mig insåg jag att de borde få ta

större plats. Men jag visste inte riktigt hur det skulle gå till om jag fortfarande skulle uppmärksamma alla medicinska problem kring diabetessjukdomen.

Jag hade innan läkarutbildningen läst på Tekniska högskolan i Stockholm. Litteraturläsning var visserligen inte något som ingick i undervisningen, men det fanns en kritisk och reflekterande anda som saknades på läkarutbildningen i Stockholm. Läkarutbildningen rymde dock i alla fall några humanistiska och samhällsorienterade inslag. Den pedagogiske konsulten Dick Mårtensson hade lyckats införa några nya moment och få igång en diskussion.

Under utbildningen läste jag Ulf Lindes *Efter hand*, som är en samling konstkritiska artiklar där författaren intensivt strävar efter att se vad bilderna föreställer.² Linde, som var inflytelserik konstkritiker på *Dagens Nyheter*, betonar bildens dialog med betraktaren och det hjälpte mig att tydligare se att patienterna hade ett behov, en undran, som de försökte förmedla till mig som lyssnare och doktor. Lindes sätt att se på konst handlar om uppmärksamhet och reflektion. Han ser på konstverket, betraktar det igen och omprövar vad han sett.

Det här påminner om arbetet som allmänläkare. Man träffar en patient upprepade gånger och om är man uppmärksam ser man nya saker. Det är den kontinuitet med patienten som blir avgörande för god kvalitet inom allmänmedicinen.

Vad Ulf Lindes texter alltså gjorde för mig var att betona förutsättningslösheten, att se på nytt, att inte bara se det man förväntade sig, med Lindes ord att det som framträder är instabilt. Att konstkritikern Linde kunde lära mig något i min profession som läkare kan tyckas märkligt. Men ser man samtalet med patienten som en tolkningsakt framträder ändå en viss likhet: ”när man i betraktandet av bilden upptäcker den dolda dodekaedern grupperar sig bildens olika delar på ett nytt sätt”, skriver Linde.³ Hans sätt att här återupptäcka geometrin blir en pedagogisk parallell. Den noggranna betraktelsen av konstverket blir en uppmaning att se patienten, att se människan, på nytt. Det här sättet att se

och tänka stimulerade mig att träna uppfattningsförmågan, perceptionen.

”När jag på mottagningen träffar någon som verkligen är kroniskt sjuk är delar av min plikt och delar av min förmåga att vara en mottagare för vad den här människan måste få berätta”, skriver Rita Charon och uttrycker därmed nästan samma uppmaning som Ulf Linde gör.⁴ För Rita Charon, en läkare som särskilt intresserat sig för narrativ medicin, är detta närmast en plikt i mötet med patienten. Hon fortsätter: ”Det är någonting vågat, att vara personligt närvarande och ansvarig i människors liv”. Den plikt som Charon skriver om handlar om närvaro i mötet och ibland också i patientens liv. Plikten handlar inte om att i alla lägen göra allt man kan för patienten (det går inte i praktiken) utan om närvaro och lyssnande i själva patientmötet. Man kan läsa hennes ord som en uppmaning till alla universitet där man utbildar läkare: hitta metoder att utveckla uppmärksamheten för den stora variationsrikedom som sjukdomar har för olika människor. Träna studenternas föreställningsförmåga. Träna studenterna att alltid se hela människan och inte bara sjukdomen. Respekt för patienten betyder att se och vara beredd att ompröva.

Samtidigt har jag själv alltid varit litet skeptisk när det talas om plikt. Det vädjar till uppoftande som i längden är ohållbart och till en icke-professionell attityd där beröm och uppskattning spelar en osunt stor roll.

Albert Camus *Pesten* är visserligen fiktiv men romanen beskriver på ett trovärdigt och detaljerat sätt hur ett samhälle drabbas av en pestepidemi i den nordafrikanska staden Oran.⁵ Här finns både enskilda ”patientfall”, reaktioner av rädsla och beskrivningar av hur ett samhälle påverkas. Sjukvården har otillräckliga medel, men storartade vårdinsatser görs ändå. Berättelsen blir både ett läromedel och en grund för existentiella funderingar. Camus strama och distanserade språk öppnar upp för etiska reflektioner kring sjukdom, vård och personliga konsekvenser för de som är vårdare.

Camus var en fransk existentialistisk författare och filosof som problematiserade människans alienation i en kall värld utan uni-

versella sanningar och mening. I *Pesten* skriver Camus följande om redbarhet, ett ord som associerar till plikt:

Det enda vapnet mot pesten är redbarhet. Vad är redbarhet? frågade Rambert [journalisten] [...] Jag vet inte vad redbarhet är i allmänhet. Men i mitt fall vet jag att den består i att jag sköter mitt kall [dr Rieux] [...] Å, utbrast Rambert upprörd, jag vet inte vad som är mitt kall. Det kan nog hända att jag gör orätt när jag väljer kärleken [...] Rieux vänder sig mot honom och säger Nej, ni gör inte orätt.⁶

Pesten är en bok som ställer tillvaron på sin spets och därigenom fungerar som fostran både i vad det kan krävas av en läkare och vilka val som trots allt finns. Såväl reflektion som anspråklöshet är nyttiga förmågor att träna för en allmänläkare. ”Redbarhet” är förrädisk i sin dubbelhet såtillvida att den omfattar en plikt som också ligger utanför arbetet (”kärleken”). Det är kanske så att den dubbelheten är svår att komma ifrån. För bakom den helt slopade plikten lurar egennytan. *Pesten* går att läsa flera gånger som läkare för att pröva sin professionella hållning.

FILOSOFERNA KOMMER TILL HJÄLP

Att vara läkare innebär ibland att man måste distansera sig känslomässigt för att kunna vara till nytta. Den risk man då löper är att distansen helt får präglad den professionella personligheten. Man kan få svårt med närhet och inlevelse i patientmötet om man förlitar sig på tekniska rutiner, frågeformulär, lärobokskunskaper, vårdprogram som en ersättning för den bristande kontakten. Patienten försvinner som människa. Just här kan de humanistiska perspektiven och konsten hjälpa läkaren att återerövra den empati som ofta har urholkats under läkarutbildningen. Läkarutbildningar har genom åren färgats av ett reduktionistiskt synsätt på patienten, som mindre förstås som en lidande eller orolig männ-

iska och mer som en bärare av sjukdom.⁷ Den biomedicinska förklaringsmodellen är än idag stark och dominerande.

Filosofen Fredrik Svenaeus skriver: ”Det krävs ofta tid och eftertanke av läkaren för att bibehålla fenomenologin, biologin har han fått med modersmjölken”.⁸ Jag uppfattar att Svenaeus med fenomenologin i det här fallet menar patientens upplevelse av sjukdom. Svenaeus, som studerat möten mellan patienter och läkare, skriver insiktsfullt att sjukdomen egentligen bara finns i den påtagliga bemärkelsen att *någon person lider av den*. En yngre (mindre erfaren) läkare kan, om hen låter det biomedicinska synsättet styra, inte omedelbart vänta sig att komma patientens upplevelse nära. Fenomenet är så att säga inte omedelbart givet. Men jag tror att erövrandet kommer efter hand om man som läkare är villig att ifrågasätta den snäva biomedicinska viljan att enbart söka efter patientens sjukdom och behandling – en högst rimlig men också naiv ambition.

Det är kanske litet paradoxalt att Svenaeus som utanförstående lyckas beskriva konsultationens kärna, driften att försöka förstå patientens lidande och oro. Inifrån den allmänmedicinska professionen har Carl Edvard Rudebeck, medicinprofessor i Tromsö, på ett annorlunda men ändå utifrån ett i grunden fenomenologiskt förhållningssätt i enkla ord formulerat vad som sker hos patienten och läkaren vid mötet. Rudebecks känsliga men exakta språk förenar skarp iakttagelse med poetiskt uttryck. Textens ord är riktade till ett Du:

Det jag som allmänläkare kan vilas inom mig. Som annan kunskap blir det fritt och synligt först när det tas i anspråk. Läkaren i mig vilas och blir till. [...] Du befinner dig någonstans därute och jag förbereder mig ständigt att ta emot dig utan att riktigt veta vad jag förbereder mig för. [...] Din närvaro är en uppmaning. Jag är beredskap och inget annat. [...] Beredskapen är moral och kunskap. Du är mitt uppdrag och det jag kan. När jag säger att jag vill göra rätt, gäller detta därför både i handling och i sak. Detta formar vår relation.⁹

Båda Svenaeus och Rudebeck har med sina mindre biomedicinskt orienterade formuleringar hjälpt mig och många andra att närma mig patientens upplevelse.

LÄKARUTBILDNINGENS EXISTENTIELLA UTMANING

Jag hade en större rädsla för döden innan mina medicinska studier började. Jag tror inte det är ovanligt. Ibland är både sjukdomsrädsla och hypokondri kanske de egentliga skälen att välja läkaryrket. Film och litteratur kan då bli en hjälp genom att gestalta sjukdom och döende och göra det gripbart. Lars Gustafssons *En biodlares död* är plågsam att läsa men också tröstande då författaren på ett mycket konkret och sinnligt sätt lyckas skildra en dödsprocess, samtidigt som biodlaren faktiskt lever ända tills han dör: ”Jag ger noga akt på mig själv: har jag blivit svagare, går mer ansträngt, blir mera trött av att gå till handelsboden än förut. Jag undviker att ta bilen, inte så mycket för att spara bensin, utan för att sätta mig själv på prov”.¹⁰

Gustafssons bok har hjälpt mig att inte skygga för döende eller lidande människor. ”Fast det redan är andra veckan i maj, snöar det i hela Västmanland idag. Ambulansen hämtar klockan fyra. Jag hoppas vägarna inte är alltför hala”, skriver Västeråsförfattaren Lars Gustafsson.¹¹ Han har genom hela sitt författarskap undersökt existensens dilemman i ett vardagligt västmanländskt sammanhang av sjöar, åar och små platser. Det ger en bra grund att fundera utifrån när man själv möter patienter.

Redan långt innan läkarutbildningen var mitt intresse för att läsa och se film stort. Läkarutbildningen på Karolinska institutet och i Linköping tillgodosåg inte mycket av detta. Det fanns dock vissa undantag som jag tror var den tidigare nämnde Dick Mårtenssons förtjänst och närvaron av lärare som psykiatern Clarence Blomquist och socialmedicinaren P. C. Jersild. Jersilds föreläsning i Linköping 1980 efter att hans roman *Babels hus* kom ut väckte hos

många studenter starka förväntningar om förändring av läkarutbildningen, men den blev också en påminnelse om stela strukturer som inte ändras lätt. En mer humanistisk människosyn träffade jag annars bara på glimtvis hos läkare som Martin Elton och Gerdt Wretmark inom psykiatrin, liksom hos Barbro Wijma-Areskog och Sture Cullhed på gynekologiska kliniken i Linköping. Jag hade egentligen inte så stora tvivel om att allmänläkaryrket var det för mig enda tänkbara – den enda disciplin som inte var fastlåst vid sjukhusets hierarkiska och, som jag upplevde det då, förtryckande struktur. Jag blev allmänläkarspecialist 1988 och har sen dess arbetat huvudsakligen (totalt sex år i Skara och på Billingsens vårdcentral Skövde) på Tidans vårdcentral i Skövdes utkant.

Det skall poängteras att det har skett förändringar inom läkarutbildningarna både i Sverige och i andra länder med en ökande grad av patientcentrering.¹² Det finns uppmuntrande forskningsstudier där det verkar som om studenterna återfår den lyssnande attityden från tidigt i utbildningen.¹³ En bidragande orsak till sådana förändringar kan vara en ökad betoning på det som brukar kallas ”professionella kompetenser”. De kan beskrivas som ett antal förmågor som tränas i ökande komplexitet under läkarutbildningen. Det man vanligen i Sverige menar med professionella kompetenser inbegriper kommunikation, självreflektion, samarbete, ledarskap, etik, mänskliga rättigheter, genus och ett kritiskt vetenskapligt förhållningssätt. Alla dessa kompetenser, som också finns som definierade mål i läkarutbildningen, bidrar till en ökad medvetenhet om att annat än biomedicin behövs för patientens vård.

SKÖNLITTERATUREN OCH YRKESROLLEN

Att förstå vad professionella kompetenser verkligen innebär kan vara svårt när de ska tävla med all biomedicinsk kunskap. Här kan skönlitteraturen, inklusive dokumentära skildringar, vara en möjlig öppning i förståelsen av det praktiska arbetet som läka-

re, de vardagliga arbetsvillkoren och hur de ter sig. Som läkare i Sverige och kanske särskilt på landsorten erbjuder det en möjlighet till reflekterande jämförelse. Många litterära skildringar, filmer och annan konst beskriver lidande, smärta, ångest, död och det kan hjälpa allmänläkaren att vara mer vaken inför patienternas existentiella rädsla. Anton Tjechovs noveller från den ryska landsbygden för drygt hundra år sen är fortfarande en källa till kunskap om människors levnadsvillkor och hälsa. Tjechov för in läsaren i människors kök och vardagsrum på ett så levande sätt att man som allmänläkare kan stimuleras till att göra hembesök för att på samma omedelbara vis lära sig något om sjukdomens konsekvenser för patienten. Tjechovs berättelser gör det tydligt att människans vardagligt existentiella villkor inte har ändrats så drastiskt som den tekniska utvecklingen kan ge sken av.

Konstvetaren och litteraturkritikern John Berger har skrivit *A Fortunate Man* som av många anses vara den kanske bästa litterära skildringen av en allmänläkares arbete.¹⁴ Den handlar om en verklig person, Dr Sassall, en hängiven engelsk General Practitioner (GP) som på 1950-talet tar sig an patienternas lidanden med stort engagemang. Berger formulerar i sin bok från 1967 ett dilemma som inte är mindre påtagligt idag:

det lidande som en del läkare blir vittne till är troligen mer belastande än vad man vanligen vill medge. Så är det för Sassall. Han är en människa med extrem självkontroll. Ändå, när han inte var riktigt medveten om min närvaro, så såg jag honom gråta medan han gick över ett fält på väg från ett hus där en ung man låg döende.¹⁵

John Bergers respekt för den självupppoffrande Dr Sassall (ett otidsenligt ideal idag?) är knuten till det personliga pris som dennes arbetssätt har. Vi kan läsa boken som en utopi om en bättre allmänläkarvård men också som en påminnelse om att läkare – förstås – är vanliga personer utan övermänniskoförmågor. Slående är att vi kan se att doktor Sassall inte behövde slåss för

sin och patientens rätt att mötas, som vi idag kan uppleva som mindre given när administrativa rutiner upptar en avsevärd del av läkarens arbetstid. Då kan, för den ensamme distriktsläkaren, några sidor i Bergers bok vara ett effektivt motgift till journalföringsrutiner in absurdum.

När jag träffar anhöriga till någon som tagit livet av sig består uppgiften i att lyssna, försöka förstå, reda ut sakförhållanden, förklara och göra om alltihop igen. Till slut kan en sådan process leda till det som psykiatrikern och författaren Johan Cullberg kallar för nyorientering i den anhöriges liv.¹⁶ Situationer kan då småningom uppkomma i samtalen där humor blir förlösande. Den svartsynte och tröstande Arto Paasilinna skriver i *Kollektivt självmord*: ”Döden väger tyngst här i livet, och inte ens den väger särskilt tungt (folkligt talesätt)”.¹⁷ Även om man nu knappast ger Paasilinnas bok som ett litteraturtips till den djupt sörjande – i varje fall inte utan eftertanke – kan den tjäna som en hjälp att förhålla sig till sorgens tyngd för en doktor, översköld av tunga patientbördor. Jag vet att just Paasilinna är en favorit hos en del doktorer.

När vi vaccinerar små barn och de gråter intensivt av det vaccin (mot pneumokocker) som svider så kraftigt kan jag fundera över vad det innebär. Vad minns jag själv? Är det vad alla minns? Det blir riskabelt att ha sig själv som måttstock. Ivar Lo-Johansson skriver att han som ettåring minns gångstigens sprickiga lera när han låg i den höga vagnen som morfadern drog.¹⁸ Den av livet svikne pojken Antoinetomma eller anklagande blick (svårt att veta vilket) i slutet av François Truffauts film *De 400 slagen* (1959) formulerar också en erfarenhet som inte alla läkare kanske själva har haft. Bilderna, egna eller filmens, dröjer kvar och dyker upp som en varning. Tro inte att du vet något säkert om andra människor!

”If only you could see what I’ve seen with your eyes”, är en nyckelreplik i *Bladerunner* (1982). I Ridley Scotts science-fiction-film försöker den så kallade replikanten eller roboten Batty få en människa att se en kvinnlig replikant som en människa utan

större framgång. Själv kan jag associera till den scenen när jag letar i mina egna erfarenheter, men finner inget riktigt igenkännande, för att förstå det obehag som en patient med stor intensitet berättat för mig om: ”det sticker hela tiden i högra sidan, det kommer inte direkt men efter tag på morgonen och går inte över förrän jag somnar”. I *Bladerunner* hålls åskådaren osäker huruvida de som ser ut som människor är verkliga människor eller människoliknande robotar. Filmen handlar i grund och botten om vad en människa är, vad som är gemensamt och vad som är vår individualitet. Det individuella kan för mig som doktor ibland vara så främmande att patienten skulle kunna vara en replikant och symtomen obegripliga, något som jag egentligen inte behöver befatta mig med. ”If only you could see what I’ve seen with your eyes”.

Som allmänläkare kan man förundras över hur människor blir kvar i destruktiva relationer. Ens föreställningsförmåga sätts på prov. I George Orwells välkända dystopi *1984* får vi följa Winston från motstånd till underkastelse i ett kontrollsamhälle.¹⁹ Winston gör upprepade utbrytningsförsök, blir bedragen och successivt hjärntvättad. Berättelsen om hur en människa anpassar sig har beröringspunkter med patientens situation och blir för mig en hjälp att föreställa mig något som jag kanske har svårt att förstå.

Etik är av uppenbara skäl ett viktigt ämne under läkarutbildningen. Det har fått en både större plats i sammanhanget svåra medicinska beslut, men också kommit in mer direkt i vardagssjukvården genom att de professionella kompetenserna blivit en självklar del av vad en läkare ska kunna och utöva. Här finns en uppsjö av litteratur och film. Delaktighet i beslut skildras i Peter Nolls *Den utmätta tiden* där författaren/patienten (som är rättsfilosof) bestämmer sig för att avstå från den sanolikt botande men stympande operationen av cancer i urinblåsan.²⁰ Hans sista tid blir en blandning av arbete (skrivande) och vardagssysslor under morfinskydd mot tilltagande smärtor. Jag har ibland tänkt på hans beslut att avstå när jag diskuterat med patienter i mer triviala situationer som rör huruvida de ska

medicinera eller inte. Självbestämmandet i en extrem situation blir en sorts modell för självbestämmandet också i vardagen. Nolls bok hjälper mig som läkare att reflektera över patientens situation och acceptera när patienten inte vill följa evidensens genomsnittssanning.

Sjukvårdens kapacitet till behandlingar är idag större än de ekonomiska förutsättningarna. Det är utan tvivel så att diskussioner om vad som i praktiken kan utföras inom den offentliga sjukvården måste föras. Sjukvårdens olika discipliner har egna agendor för att just deras område är viktigast och ska prioriteras mer. Ibland är brösttonerna starka. Som kliniker får man skapa sig ett tänkandetrymme, en kritisk blick och då kan överdriften vara till hjälp. I Monty Python-gängets film *Meningen med livet* (Terry Gilliam 1983) stövlar sjukvårdens hantlangare in i ett hem och tar i en grotesk scen ut en lever från en levande människa som donerat sitt organ för transplantation (efter sin död!). Etiken kring organdonerandet blir förstås övertydligt men omöjligt att förbise.

FANTASI

Behöver man verkligen läsa böcker när man ska lyssna på en patients berättelse? Är det inte bara att lyssna ordentligt, att träna upp koncentrationen, inte låta sig störas och se till att ingen annan stör. Sätta på röda lampan. Så här skriver sociologen Johan Asplund:

Empirin kan aldrig vara rent bokstavlig, hur mycket man än försöker renodla den. Ingen iakttagelse är ovedersäglig; det iakttagna kan alltid i princip också ses som någonting annat [...] Han är benägen att gång på gång återvända till sitt studieobjekt och granska det på nytt.²¹

Med empirin kan vi nu tänka oss patientsamtalet där vi lyssnar ordentligt. I samtalet sker trots all vår möda ett slags instängning

– vi dras in i patientens tankesystem, det är ju själva meningen med att lyssna ordentligt. Då kan en association, som inte kommuniceras direkt i ord, bli en öppning i samtalet till att ställa en fråga som själva samtalet inte inspirerade till. Associationen och fantasin får så att säga öppna samtalet. Det är kanske så man kan se litteratur och film som ett material att fantisera kring för att nå patienten på ett annat sätt.

Ett sätt att fantisera kring patienter kan vara att delta i en Bálint-grupp. Ungraren Michael Bálint myntade själv begreppet ”läkaren som medicin”. Begreppet beskriver läkarens förmåga att lyssna och förmågan att reagera känslomässigt och kognitivt på vad patienten säger som avgörande för den kliniska kompetensen. Bálints ”metod” har sin bas i lyssnandet och fantasin och hur det sedan förvaltas i samtalet i gruppen. I arbetet i Bálint-grupper utvecklade han tanken att ”medicinen läkare” inte var standardiserad. Den atmosfär som varje läkare utvecklar har olika karaktär och patienterna kan dra nytta av läkaren som medicin i olika varianter.²² Återigen, man hämtar kraft i sitt arbete som läkare utanför biomedicinen.

Vikten av att hämta sin inspiration utifrån andra discipliner och yrken har formulerats av Donald Schön, som forskar om yrkesprofessioners praktiska kunskap. Han hävdar att kunskapsbasen för en professionell expert baserar sig på reflexion över den egna erfarenheten, snarare än någon sorts objektiv tekniskt-rationell kunskap.²³

Schön är uppenbart medveten om att kunskapen hos experten är avhängig det system där denne verkar. Begränsningar som osäkerhet, instabilitet, konfliktpotential och det unika hos patienten är något som en allmänläkare väl känner igen. Schön skriver om lärare och pedagogik, som är lätta att jämföra med allmänläkaren och dennes förklarande uppgifter.

Låt oss som allmänläkare – eller, för den delen, andra professionella som möter människor i samtal – ta hjälp av en allmänläkare med insikter om skönlitteraturens betydelse. Christer Petersson, som i sin skrivande gärning låtit skönlitteraturen stimulera den

kliniska fantasin, påminner om vilken liten del av en människas tillvaro som vi kan få tillgång till vid en konsultation. Att enbart insamla fakta kan inte ge en helhetsbild av en människa. Han anför poesiläsning som ett möjligt ”hjälpmedel” för att träna förmågan till uppmärksamhet och citerar poeten Seamus Heaney: ”vad poesin faktiskt gör [...] är att hålla vår uppmärksamhet fången ett ögonblick”.²⁴

ÅTER TILL PATIENTEN

Man kan kanske få intryck av att jag skriver om ett läkararbete med mindre inslag av biomedicin. Så är det givetvis inte. Med åren har jag blivit alltmer uppmärksam på kroppens funktioner, begränsningar och reaktioner på både yttre påfrestningar och det inre uppror som vi brukar kalla sjukdom. Jag har snarare närmat mig de fysiologiska grundförutsättningarna än avlägsnat mig. Alltså vill jag inte lämna patienterna med diabetes i sticket. Fortfarande är reglerat blodsocker, blodtryck, blodfetter, fötternas status och hjärtats slag viktigt. Men patienter som har diabetes är ofta kunniga om sin egen sjukdom och har som alla andra behovet att man lyssnar på dem. Efterhand har jag därför kunnat gripa mig an arbetet friare. Samtalen med patienterna har blivit mer improviserade. Den fantasi som litteraturen erbjuder hjälper mig att bättre förstå deras behov. Det ger ibland en lätthet i arbetet. Det är som om böcker, filmer och andra konstnärliga uttryck gör mig lite modigare, vågar utmana patientens motstånd mot att föra ett allvarligt samtal om den egna hälsan. Jag grips däremot av vemod när jag ser att läkarutbildningarna inte använder sig av den hjälpen mer än marginellt. Kanhända är det modet som saknas?

När en patients depression träffar läkaren med all sin destruktiva kraft kan det vara svårt att värja sig. Läkarens uppgift är då att förmedla hopp, att det finns en väg upp ur djupet. Då kan en snabb association till några diktrader av Göran Sonnevi omfor-

mas till meningsfulla ord. Jag menar nu inte att diktцитatet i sig är nog – varje ord till en annan människa måste skapas i dialog. Men diktraderna kan bli doktors kraftkälla. För mig fungerar dessa rader (sprungna ur Linnés föreställning om att svalorna övervintrar på havets botten) som en inspiration att formulera hoppet till en deprimerad patient:

*Det sägs ibland. Mycket tyst
mot insjöns botten.
Där allt är tyst.*

*Går de in i sin sömn?
Drömmer de?*

*I det mörka vattnet såg jag
de ljusa vingarna.²⁵*

Läkaren arbetar med två sorters epistemologier, två sorters kunskap: Biomedicinen och den situation där patienten lever (psykologiskt, socialt, kognitivt, perceptuellt, emotivt).²⁶ Ibland talar vi om läkarens ”konst” och menar då den förmåga som läkaren har att se, förstå och tolka patientens symtom utifrån patientens situation (begreppet personcentrerad vård ligger nära). Som allmänläkare är jag starkt förankrad i det kroppsligt-biologiska genom alla de symtompresentationer jag lyssnat på och alla de kroppsliga undersökningar jag utfört. Just i det biomedicinska samtalet med patienten och i kroppsundersökningen framstår skönlitteraturens uppgift som begränsad. Dess betydelse framträder istället när jag måste hantera min oförståelse och när jag översvämmas av frustration. Då kan skönlitteraturen bistå med fantasi som lyfter mig upp till patienten igen och dennes plågor utan att rygga undan. Läkarutbildningen kan inte fortsätta att arbeta i fragment. Skönlitteraturen har en plats – och det är dags att besätta den!

NOTER

1. Lennart Hellsing, *Summa Summarum*, Stockholm: Rabén & Sjögren, 1956.
2. Ulf Linde, *Efter hand*, Stockholm: Bonniers, 1985.
3. *Ibid.*, s 22.
4. Rita Charon Rita, *Narrative Medicine*, Oxford: Oxford University Press, 2006.
5. Albert Camus, *Pesten*, Stockholm: Aldus/Bonniers, 1947/1975.
6. *Ibid.*, s 127.
7. Byron J. Good, *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
8. Fredrik Svenaeus, *Sjukdomens mening*, Stockholm: Natur och & Kultur, 2003, s. 29.
9. Carl Edvard Rudebeck, *Kropp och ord i en allmänläkares rum*, Lund: Studentlitteratur, 2011, s. 95.
10. Lars Gustafsson, *En biodlares död*, Stockholm: Norstedts, 1978, s. 199.
11. *Ibid.*, 230.
12. Bernard von Below m. fl., "Medical Student's and Facilitator's Experiences of an Early Professional Contact Course", *BMC Medical Education*, 8:56, (2008).
13. Mats Wahlqvist m. fl., "Instrumental Strategy: A Stage in Student's Consultation Skills Training?" *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23:3, 2005, s. 164-170.
14. John Berger & Jean Mohr, *A Fortunate Man*, London: Canongate, 2015.
15. *Ibid.*, s. 112.
16. Johan Cullberg, *Kris och utveckling*, Natur & Kultur, 2006.
17. Arto Paasilinna, *Kollektivt självmord*, Stockholm: Brombergs, 1997, s. 5.
18. Ivar Lo-Johansson, *Pubertet*, Stockholm: Bonniers, 1978.
19. George Orwell, *1984*, Stockholm: Bonniers, 1980.
20. Peter Noll, *Den utmätta tiden*, Stockholm: Brombergs, 1985.
21. Johan Asplund, *Avhandlingens språkdräkt*, Göteborg: Korpen, 2002, s. 91.
22. Michael Bálint, *The Doctor, the Patient and His Illness*, London: Pitman, 1957.

23. Donald Schön, *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, London: Maurice Temple Smith, 1983.
24. Christer Petersson, *Allmänmedicinens vardag – mitt i det mänskliga*, Lund: Studentlitteratur, 2009, s. 297.
25. Göran Sonnevi, *Dikter 1959–73*, Stockholm: Bonniers, 1974, s. 13.
26. Ahlzén Rolf, Seminarium om medicinsk humaniora "Hur finner skönlitteratur och film sin plats inom läkarutbildningen?", Sahl-grenska akademien 23.9.15.



DRAMA OCH LÄRANDE I VÅRDUTBILDNINGAR

Margret Lepp

I **DETTA KAPITEL** står dramapedagogik och dess praktiska användande för lärande inom vården i centrum. Dramapedagogik kan beskrivas som ett erfarenhets- och upplevelsebaserat lärande och som en särskild form av meningsskapande pedagogisk verksamhet. Kapitlets syfte är att visa hur dramapedagogik kan relateras till vårdandets konst genom den caritativa vårdteorin. Detta belyses särskilt genom en diskussion av hur så kallade forumspel kan användas som lärandeform för vårdpersonal och vid professionell handledning i vårdsammanhang.

LÄRANDE OCH DRAMAPEDAGOGIK

Lärande handlar om hur vi tar till oss och bearbetar information. Det kan förstås som en oavbruten process med ständig transformation och förändring. I denna process involveras den mänskliga tillämpningen av tanke, känsla, beteende och perception/varseblivning. Ett lärande som startar i det konkret erfarna eller upplevda benämns erfarenhets- eller upplevelsebaserat lärande. Enligt den amerikanske psykologen David Kolb sker erfarenhetslärande i fyra steg. Lärandet inleds med den konkreta upplevelsen och erfarenheten och fortsätter med reflekterande observation.

Därefter följer det abstrakta tänkandet, som i sin tur får sin praktiska tillämpning i aktivt experimenterande.¹

Lärande med dramapedagogik kan beskrivas både som upplevelsens pedagogik och erfarenhetsbaserat lärande. Dramapedagogiken kan relateras till begreppet upplevelsens pedagogik, då den bygger på upplevelser som stimulerar deltagarnas känslor, fantasi och kreativitet. Med upplevelsens pedagogik avses en undervisning där deltagarna under demokratiska arbetsformer stimuleras att uppleva, att tillsammans reflektera kring upplevelsena och att genom skapande processer ge uttryck för sina insikter.² För att dramapedagogisk verksamhet ska kunna genomföras så att förutsättningar för lärande skapas är det viktigt med ett tillitsfullt och positivt gruppklimat.³ I drama kan deltagarna få bekräftelse och träning i att avläsa och få feedback på sin egen och andras kommunikation, både verbal och icke verbal. Dramapedagogiskt lärande handlar om att deltagarna i exempelvis rollspel både är i roll och samtidigt reflekterar kring sig själva i rollerna. Rolltagande och växling av perspektiv genom rollbyte är såväl i dramapedagogik som i teater grunden för utveckling av empati och förståelse för andra.⁴ Genom ett reflekterande förhållningssätt tränar vi oss i att lösa uppgifter i vardagsvärlden. Det kan exempelvis handla om att hantera olika rutiner och arbetsuppgifter inom en profession. Dessutom kan vi lära oss att hantera svåra situationer på olika sätt som kan vara mer konstruktiva än de invanda. Lärande kan då handla om fördjupad kunskap, igenkännande och aha-upplevelser.

Dramapedagogiken skapades i mötet mellan reformpedagogik och barnteater i början av 1900-talet.⁵ Den har anknytning till pedagogik, psykologi, psykodrama, terapi, teater, konst, estetik och sociologi. Det har funnits flera benämningar för ämnet som dramapedagogik, skapande dramatik, dramatisk verksamhet och pedagogiskt drama.⁶ I sin nuvarande form har ämnet fått en allt starkare position de senaste 25 åren.

Dramapedagogik är ett både praktiskt och teoretiskt ämne med en helhetssyn på människan. I definitionen av dramape-

dagogisk verksamhet bör det ingå ett pedagogiskt ledarskap, en grupp i samspel, en fiktiv skapande handling och pedagogiska mål. I dramapedagogiken är processen och upplevelsen det centrala.⁷

Dramapedagogiken möjliggör en integrering av *känsla*, *tanke* och *handling* i en utvecklande lärandeprocess. Den erbjuder därför kunskap om hur känsla, tanke och handling samspelar och påverkar varandra i en specifik kontext.⁸

Det finns olika perspektiv som kan relateras till användandet av dramapedagogik. Pedagogen Mia-Marie Sternudd talar om fyra olika perspektiv på dramapedagogisk verksamhet, nämligen: det konstpedagogiska, det personlighetsutvecklande, det holistiska lärandet och det kritiskt frigörande.⁹

Det konstpedagogiska perspektivet hämtas ofta från skådespelarövningar och från barnteater och har fokus på det estetiska och teatrala. I det personlighetsutvecklande perspektivet ligger fokus på utveckling av individ och grupp. I det holistiska lärandet riktas intresset mot lärprocesser avseende universella och existentiella frågor.¹⁰

Det kritiskt frigörande samhällsliga perspektivet kan representeras av den brasilianske teaterpedagogen Augusto Boal.¹¹ Han utvecklade en specifik interaktiv metod som benämns forumteater. Boal inspirerades i sin tur av läkaren Jakob Levy Moreno, upphovsmannen till psykodrama, och av Paulo Freire, företrädaren för ”de förtrycktas pedagogik”.¹² Forumteater bygger på situationer baserade på berättelser från deltagarnas egna erfarenheter. I Sverige används huvudsakligen begreppet forumspel, som lanserades i mitten av 1980-talet av dramapedagogen Katrin Byréus.¹³ Metoden ger god inblick i konflikthantering och syftar till att deltagaren ska bli bättre förberedd på att hantera och möta framtida utmaningar. Idag är forumspel som pedagogisk arbetsform spridd över hela världen. Det är en form av dramapedagogik synnerligen väl lämpad för att bedriva erfarenhets- och upplevelsebaserat lärande inom vården.

VÅRDANDETS KONST, ESTETIK OCH LEK

Forumspelens potential för lärande inom vården blir tydligare om lekens och estetikens dimensioner av det som kan kallas för vårdandets konst synliggörs. Omvårdnad kan sägas bygga på fyra grundpelare: etik, estetik, empirisk omvårdnadsvetenskap och personliga kunskaper i omvårdnad.¹⁴ När de etiska, estetiska och empiriska dimensionerna finns i vårdhandlingarna tillsammans med vårdarens personliga kunskaper är omvårdnaden att betrakta som en konst.¹⁵

Detta är en särskilt framträdande del av den caritativa vårdteorin, utvecklad av vårdvetaren Katie Eriksson. Den caritativa vårdteorin utgår från medmänsklig kärlek, tro och hopp, i syfte att lindra patientens lidande. Caritasmotivet inom vården uttrycks som en önskan och vilja att tjäna patienten, att lindra patientens lidande och att främja hälsa. Vårdandets grundmotiv konkretiseras här uttryckligen som en vårdandets konst.¹⁶

Enligt Eriksson inbegriper vårdandets grundläggande substans att leka och lära.¹⁷ Genom lekande och lärande vårdhandlingar och vårdaktiviteter som relaterar till dessa kan vårdaren lindra (minska) patientens lidande vid exempelvis ohälsa och sjukdom.

Att kunna leka är ett uttryck för hälsa och även ett medel för att uppnå hälsa. Eriksson beskriver fem olika grundformer av lekande som skapar vårdande: (1) leken som assimilation, (2) den lustbetonade leken, (3) den skapande leken, (4) leken som uttryck för önskningar och (5) leken som övning och prövning.¹⁸

Leken är därför en central beståndsdel i vårdandet. Lekandet kan stärka grupprelationer och leda till förbättrad kommunikation.¹⁹ I leken eller själva spelandet inträffar vad filosofen Hans Georg Gadamer kallar en förvandling.²⁰ Den lekande förvandlas i leken ”till sitt sanna jag”. I leken, i den lekfulla återgivningen, ”kommer det som är fram”.²¹ Via leken kan en ny verklighet skapas genom möte i symboler och metaforer. Att lära handlar om en utveckling och en ständig förändring. I lärandet kan det skapas medvetenhet om styrkor, hälsohinder och resurser. Patien-

tens lärande kan handla om att nå en djupare insikt om att själv kunna styra sitt liv och se sammanhang.²² Vårdhandlingarnas lekande och lärande skapar en bro mellan kroppens verklighet och hälsans möjligheter och lindrar därigenom patientens lidande.²³

FORUMSPEL I TEORI OCH PRAKTIK

Forumspel är en form av interaktiv teater med möjlighet att leva sig in i, reflektera kring och lära om sin egen verklighet, exempelvis från vården. I forumspel skapar deltagarna sina egna spel i grupp på basis av berättelser om upplevda situationer. Det kan vara en konflikt, ett dilemma, ett problem, en svårighet eller en osäkerhet inför något som dramatiseras och spelas upp som korta scenarier. En konflikt kan uppstå när två eller flera personer uppfattar sig ha olika och oförenliga intressen, synsätt och behov. I själva dramatiseringen engageras och kombineras tanke, känsla och handling hos både åskådare och deltagare som om det händer igen – här och nu.²⁴

Forumspel syftar till att utveckla och förändra själva ursprungsscenario, att finna alternativa sätt att mer konstruktivt hantera den ursprungliga situationen. Innehållet i forumspelen och förhållningssättet hos deltagaren i roll (exempelvis som vårdare) kan relateras till teori avseende praktisk innebörd av evidensbaserad vård och omvårdnad både i spel- och reflektionsfasen. Förhållningssättet innebär att vilja tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap som underlag för exempelvis omvårdnadshandlingar och vårdbeslut.

Forumspel och dess användning inom utbildning och vård bedrivs i tre faser:²⁵

1. en inledningsfas där deltagarna väljer och beskriver en händelse eller en situation från vården som de har upplevt och som har berört dem.
2. en spelfas som utgörs av själva forumspelet, där berättelsen

vanligtvis spelas upp två gånger, en okommenterad första gång och ett andra uppspel där ”publiken” har möjlighet att säga stopp, byta ut aktörerna och genom egna inlägg agera och pröva alternativa handlingar.

3. en reflektionsfas i vilken deltagarna reflekterar över och diskuterar spelet och inläggen.

I spelfasen sätter själva agerandet igång känslor och skapar erfarenheter vilka kan bidra till fördjupat lärande och reflektion. Genom att man tillåts agera och samtidigt uppleva hur motspelarna spontant reagerar blir det tydligt att situationen går att förändra. Erfarenheten blir till ett kroppsligt minne. Tanken är att det man en gång gjort i en fiktiv situation kan man göra igen i en verklig situation, även om det gjordes i ett forumspel första gången. Det handlar om att bli bättre förberedd att möta verkligheten.²⁶

Ibland spelas samma spel upp om och om igen då nya inlägg ger exempel på alternativa handlingar. Tillsammans diskuterar och reflekterar deltagarna individuellt och i grupp. Deltagarna hittar vanligen ett eller flera alternativa sätt att hantera en situation som iscensatts. Forumspel understöder således förändring av attityder, tankar och beteenden. De syftar alltså till att lyfta upp berättelserna till en generell nivå för att upptäcka strukturer som behöver förändras så enskilda personer kan stärkas i exempelvis sin profession som sjuksköterska eller läkare.

Ett av forumspelens mål är att förvandla åskådaren från passiv betraktare till aktiv medskapare. Exempelvis kan ett forumspel handla om en konflikt på en vårdavdelning då samverkan i team inte fungerar. Den som i spelet behöver stärkas (protagonisten) kan bytas ut. Personen som i spelet framställs som den som är upphovet till problemet (antagonisten) är kvar i spelet. Avsikten är att pröva alternativa handlingar och olika sätt att agera i relation till det aktuella problemet.

Detta kan illustreras med hjälp av ett utdrag ur en aktionsforskningsstudie i vilken jag var delaktig. Studien genomförs på en vårdavdelning vid ett större sjukhus i Sverige, där dramapedagogik

i form av forumspel användes för att både handleda vårdpersonal och utforska en vårdmiljö.²⁷ Syftet med studien var att förbättra patientmöten och att förbättra kommunikationen mellan vårdpersonalen. Varje dramaworkshop med forumspel kom att omfatta tre timmar. Vid första omgången deltog sjuksköterskor och undersköterskor. Till den andra omgången tillkom läkare. Samtliga forumspel med olika situationer och berättelser från vårdvardagen spelades upp två gånger. Under andra uppspelet fick åskådarna ropa stopp och byta ut den som man vill stärka och hjälpa. Här exemplifieras tillvägagångssättet för forumspelet med hjälp av ett scenario med en ”besvärlig patient”. Scenariot visar hur forumspel kan bidra till en kritisk belysning av rutiner och kommunikation i det dagliga vårdarbetet. Det forumspel som beskrivs nedan utfördes vid en dramaworkshop med totalt sju sjuksköterskor och undersköterskor. De skulle minnas dilemman i samband med olika vårdmöten, diskutera dessa i mindre grupper, välja en situation och sedan gestalta den. Ett exempel på vanligt förekommande händelser som valdes var svårigheten att möta och vårda motvilliga patienter, en ”besvärlig patient”. Scenen skapades med några stolar som fick bli en patientsäng, en telemetriskärm ritades på den vita tavlan och de använde sina röster och kroppsspråk för att gestalta de olika personerna i spelet.

Forumspelet återgav personalens bemödanden att övertala en patient till vägning. Det handlar om undersköterskan (usk) Lisbeth, sjuksköterskan (ssk) Kerstin och patienten (pat) Karin som är hjärtsjuk och ska vägas varje dag. Scenen utspelar sig inne på ett patientrum där Karin ligger i sin säng. Lisbeth kommer in på patientrummet och säger:

Usk: ”Nu ska vi väga dig!”

Pat: ”Nej, jag orkar inte.”

Usk: ”Men vi måste väga dig . . .”

Pat: ”Men jag är så trött, det går inte.”

Undersköterskan går och hämtar sjuksköterskan. De kommer strax tillbaka in till Karin.

Ssk: ”Vi måste väga dig nu, vi gjorde det inte igår [så vi måste göra det idag]. Vi ska hjälpas åt.”

Pat: ”Nej, nej!”

Vårdarna gör en ansats att hjälpa patienten upp ur sängen som då ger efter för dem.

Pat: ”Ja, men då får ni lyfta mig.”

Sjuksköterskan och undersköterskan halvt om halvt lyfter patienten till vågen som är konstruerad som en stol på hjul och står bredvid sängen.

Pat: ”Aj aj aj! Oj, oj, oj!”

Sjuksköterskan och undersköterskan sätter henne på vågen. Undersköterskan läser av vikten. De lyfter henne tillbaka till sängen.

Pat: ”Aj aj aj! Oj, oj, oj!”

Patienten ligger som utslagen i sängen. Hon suckar högt och ljudligt.

Pat: ”Nu är jag så trött. Jag måste vila. Jag vill inte ha någon lunch...”²⁸

I ett av inhoppen vid återuppspelningen satte sig sjuksköterskan på sängkanten och informerade lugnt om anledningen till att vägningen måste göras. Vid hjärtsvikt är det viktigt att inte samla på sig vätska i kroppen eftersom det belastar hjärtat. Inhoppet i spelet ger upphov till en engagerad diskussion bland deltagarna med många frågor, exempelvis: Hur viktigt var det egentligen att väga patienten varje morgon? När är det inte längre för patientens bästa utan en ren rutin? Finns det något annat sätt än att väga för att konstatera patientens tillstånd? Hur sker kommunikationen mellan dem i de olika professionerna?

Det ovan beskrivna forumspelet och den till synes lilla omvårdnadsfrågan om konflikt kring vägning visar sig handla om centrala problem på avdelningen. En ny berättelse skapas genom in hopp och ger kreativa handlingsalternativ vilka skapar möjlighet att se en händelse ur olika perspektiv, nämligen som:²⁹

- * Patientens; vem ser till patientens bästa om ingen samordning sker kring vården?
- * Organisatoriska och strukturella problem; rutinen ”att väga

varje dag” ifrågasattes och även själva grundinställningen att vårdpersonal alltid vet bäst.

- * Tilltro till information som kunskap; i forumspelet pendlar vårdarnas samtal mellan tilltro till information som skapande av kunskap hos patienten, och en kritik av rutiner och kommunikationsbrist. Kärnfrågan ställdes däremot inte: Vad var det som gjorde patienten så trött av att vägas?
- * Den nödvändiga reflektionstiden; samstämmighet rådde kring att tid borde avsättas till reflektion och diskussion av dessa vardagssituationer. Behovet av handledning betonades.
- * Maktperspektivet; forumspelet gestaltar en vardaglig vårdhändelse. Undersköterskorna och sjuksköterskorna upprördes av insikten hur lätt det är att glömma att patienter befinner sig i underläge. I reflektionsfasen kom emellertid sjuksköterskorna och undersköterskorna fram till att händelser som dessa är centrala för hur vårdare och patienter mår, för hur bemötande ser ut och vilka kommunikationsmönster som är norm på avdelningen. De små händelserna är därför lika viktiga att ventilera som de stora.

Med hjälp av forumspel och den efterföljande diskussionen kunde olika perspektiv belysas och bidra till skapande och verbalisering av ny kunskap för deltagarna.

SAMMANFATTNING OM LÄRANDE MED FORUMSPEL

Forumspelens dramatiserade berättelser handlar om olika aspekter av deltagarnas vardag och gestaltar vad de upplever som svåra, problematiska möten eller dilemman som de vill ha hjälp med att förstå och lösa. I forumspel lär man genom att agera, delta i rollbyten och pröva olika förhållningssätt. Rollbyten bidrar till att ge olika perspektiv på en och samma situation. Förståelse och kunskap når man genom engagerat deltagande och kritisk reflexion

i grupp. Forumspel handlar om att förbereda sig inför framtiden för att möta liknande situationer utifrån ett reflekterande förhållningssätt och att utveckla olika kompetenser relaterade till professionen. Genom forumspelen får deltagarna möjlighet att vidga sin förståelse och förändra sina attityder i förhållande till exempelvis patienter, närstående, kollegor och andra yrkesgrupper på arbetsplatsen.

Lärandet med hjälp av forumspel handlar således om att bli bättre förberedd att möta verkligheten.³⁰ Forumspel lyfter upp berättelserna till en generell nivå, där mönster som kan förändras blir upptäckta så att vårdare blir stärkta i sin profession och patienter får god vård. Själva agerandet skapar känslor och erfarenheter, vilka kan bidra till fördjupat lärande och reflektion. Genom att agera och direkt få uppleva hur motspelarna spontant reagerar blir det tydligt att situationen går att förändra. Som kroppsligt minne blir denna erfarenhet överförbar till andra situationer. Det man en gång gjort som om det vore riktigt kan man göra igen i en verklig situation. Samma scen kan spelas många gånger. Ofta hittar deltagarna flera alternativa sätt att hantera det dilemma som iscensatts. Forumspel tydliggör och bearbetar attityder, tankar och beteenden.³¹

I spelen ges direkt återkoppling på det egna agerande och den egna kommunikationen. Det kan bidra till ökad självkänedom och reflektion över det egna beteendet. Forumspel erbjuder individuell och gemensam reflektion och diskussion kring olika berättelser och situationer. För att kunna praktisera forumspel på ett meningsfullt sätt behöver deltagarna uppleva engagemang från både hjärta och hjärna, känna leklust och delta frivilligt.³² Ett personligt engagemang för att få öva inför och träna sig för verkliga situationer är en av de bärande idéerna för forumspel. Själva agerandet är grundläggande för frigörelse och förändring; genom att man har agerat på ett alternativt sätt i en svår situation, om än dramatiserad, skapas ett förkroppsligat minne förstärkt av känslor.³³

Reflektion tillsammans med andra kring gemensam-

ma upplevelser gör oss medvetna om vad vi har lärt. Gruppen med dess deltagare är nödvändiga för att kunna lära tillsammans och kunna agera som medskapande. Genom att synliggöra och möjliggöra reflektion över direktupplevda erfarenheter erbjuder forumspel speciella pedagogiska strategier i form av rollbyten och medskapande. Rollbyten erbjuder distansering och perspektivbyten, medskapande erbjuder möjligheter att påverka utformningen av samarbetet på en vårdavdelning. Därigenom kan vi påverka utformningen av framtidens vård.

NOTER

1. David A. Kolb, *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*, Englewood Cliff: Prentice-Hall, 1984.
2. Anita Grünbaum och Margret Lepp, *DRACONI SKOLAN: Drama, konflikthantering och medling*, Lund: Studentlitteratur, 2005.
3. Margret Lepp och CeCelia R. Zorn, "Life Circle: Creating Safe Space for Educational Empowerment", *Journal of Nursing Education*, 41:9 (2002), s. 383–385.
4. Grünbaum och Lepp, *DRACONI SKOLAN*.
5. Mia-Marie F. Sternudd, *Dramapedagogik som demokratisk fostran? Fyra dramapedagogiska perspektiv – dramapedagogik i fyra läroplaner*, Uppsala: Acta Universitatis Uppsaliensis, 2000; Gavin Bolton, *Drama för lärande och insikt. Om dramapedagogik i teori och praktik. Texter i urval av Anita Grünbaum*, Göteborg: Daidalos, 2008.
6. Margret Lepp, *Pedagogiskt drama med fokus på personlig utveckling och yrkesmässig växt: En studie inom sjuksköterske- och vårdlärarutbildningen*, Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1998; Margret Lepp, "Skapande och kreativitet", *Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt*, Febe Friberg och Joakim Öhlen (red.), Lund: Studentlitteratur, 2014.
7. Ibid.
8. Ibid.
9. Sternudd, *Dramapedagogik som demokratisk fostran?*
10. Lepp, *Pedagogiskt drama med fokus på personlig utveckling och yrkesmässig växt*, Lepp, "Skapande och kreativitet".

11. Se Augusto Boal, *För en frigörande teater*, Stockholm: Gidlunds, 1978; *The Rainbow of Desire. The Boal method of Theatre and Therapy*, New York, Routledge, 1995; *Games for actors and non-actors*, London: Routledge, 2002.
12. Jakob Levy Moreno, *Psychodrama. First Volume*, New York: Beacon House, 1977; Paulo Freire, *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum, 2000.
13. Katrin Byréus, *Du har huvudrollen i ditt liv. Om forumspel som pedagogisk metod för frigörelse och förändring*. Stockholm: Liber, 2010; *Kreativa metoder för grupputveckling och handledning*. Stockholm: Liber, 2012.
14. Barbara A. Carper, "Fundamental patterns of knowing in nursing", *Advances in Nursing Science*, 1:1 (1978), s. 13–23.
15. Britt-Maj Wikström, *Estetik och omvårdnad* (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur, 2003.
16. Katie Eriksson, *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1995; *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 2001; "Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som disciplin", *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, Lena Wiklund Gustin och Ingegerd Bergbom (red.), Lund: Studentlitteratur, 2012.
17. Eriksson, *Vårdandets idé*.
18. Katie Eriksson, *Hälsans idé*, Stockholm : Almqvist & Wiksell, 1989.
19. D.W. Winnicott, *Lek och verklighet*. Stockholm: Natur & Kultur, 1981.
20. Hans-Georg Gadamer, *Sanning och metod i urval*, Göteborg: Daidalos, 1997.
21. Paul Ricoeur, *Homo capax: texter av Paul Ricoeur om etik och filosofisk antropologi*. Göteborg: Daidalos, 2011, s. 47.
22. Margareta Malm, "Själen", *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, Wiklund Gustin och Bergbom (red.), 2012.
23. Lillemor Lindwall, "Kroppen", *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, Wiklund Gustin och Bergbom (red.), 2012.
24. Byréus, *Du har huvudrollen i ditt liv*; Lepp, "Skapande och kreativitet".
25. Margret Lepp, "Drama som levandegör och fördjupar kunskaper om vårdande", *Reflektion i lärande och vård – en utmaning för sjuksköterskan*, Mia Berglund och Margaretha Ekebergh (red.), Lund: Studentlitteratur, 2015; Carola Skott, Lisen Dellenborg, Kristina Nässén och

Margret Lepp, *Människan i vården – etnografi, vård och drama*, Stockholm: Carlsson, 2013.

26. Byréus, *Du har huvudrollen i ditt liv*.
27. Skott m.fl., *Människan i vården*.
28. Scenen är hämtad från Lisen Dellenborg, ”Etnografiskt drama i vårdmiljö – tolkning av ett forumspel”, *Människan i vården*, Skott m.fl., 2013, s. 114 –115.
29. Dellenborg, ”Etnografiskt drama i vårdmiljö”.
30. Byréus, *Du har huvudrollen i ditt liv*; Lepp, ”Skapande och kreativitet”, Lepp, ”Drama som levandegör och fördjupar kunskaper om vårdande”.
31. Lepp, ”Drama som levandegör och fördjupar kunskaper om vårdande”.
32. Byréus, *Du har huvudrollen i ditt liv*.
33. Lepp, ”Drama som levandegör och fördjupar kunskaper om vårdande”.



KAMERAN SOM VERKTYG FÖR DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE I SKOLAN

Linda Sternö

UTGÅNGSPUNKTEN FÖR det här kapitlet är påståendet: kameran kan om rätt omständigheter råder vara ett verktyg för delaktighet och inflytande i skolan.¹ Den kritiska punkten i påståendet är uttrycket ”rätt omständigheter” som här innebär att en gemensam etik förhandlas fram i arbetet med kameran. I mitt kapitel beskriver jag en typ av pedagogik med kameran som verktyg som kan leda till delaktighet och inflytande. I lika hög grad handlar kapitlet om de utmaningar som den beskrivna pedagogiken innebär, både för läraren och eleverna. Jag skriver i jagform, utifrån min egen praktik och kommer att utgå ifrån tre klassrums-situationer som jag identifierat som avgörande för min syn på lärarrollen och kameran.

KAMERAN I KLASSRUMMET

Jag står mitt i ett klassrum i en svensk skola. Bänkarna är placerade längs väggarna och de 22 barnen i årskurs fem sitter i grupper runt mig. Trots att alla sitter på sina platser är det mycket rörelse i rummet. Det verkar vara svårt att sitta still när man är i elvaårsåldern, kroppen och sinnet vill mycket och hela existensen surrar av tillbakahållen energi. Fokus i rummet just nu är jag:

- Jag vet inte hur ofta ni använder kameran. Gör ni det ofta i skolan?²
- Ja det gör vi.

Flera röster hörs och alla håller med, de använder kameran ofta i skolan.

- Ja! Vi tar selfies. Vi tar selfies på varandra och så.

Barnen sitter omkring mig och jag måste därför röra mig runt i rummet för att inte tappa kontakten med någon. Jag fortsätter:

- Ni tar selfies och så. Men jag tänker på lektionerna, använder ni kameran ofta på lektionerna?

Flera av barnen i rummet säger ”nej” samtidigt från olika håll.

- Vi får inte.
- Ni får inte, säger jag, varför får ni inte det?

Här är det flera av barnen som vill prata och de pratar i munnen på varandra, så jag bryter in:

- Om ni svarar en i taget, vi hör inte annars.
- För att vår lärare låter oss inte, säger en flicka.
- Läraren låter er inte?

Jag får ögonkontakt med läraren som nickar och bekräftar att det som barnen säger stämmer.

- Okej, läraren säger att ni inte får det. Varför tror ni att hon säger det?

Flera barn räcker upp handen. En pojke får ordet:

- För att vi inte ska hålla på och titta på Instagram.

Det är lite mindre rörelse i rummet nu, barnen är fokuserade. Vi pratar helt klart om något som är angeläget för dem.

– Jag tror ni har helt rätt.

En flicka säger något som bara jag hör och jag upprepar högt för de andra:

– Hon sa så här att om man har mobilen kanske man gör något annat och babblar och bubblar så att det blir oroligt i rummet.

– Och det är jätteosocialt och hålla på med mobilen, säger en annan flicka.

– Okej, det var mycket som inte var bra med kamerorna och mobilerna och så. Men om vi ska jobba nu då . . . Nu ska vi faktiskt träffas fyra gånger och varje gång ska vi ha mobilerna och telefonerna och lärplattorna framme. Det är bra, säger en flicka.

– Det är bra tycker du.

– Det tycker jag också, säger en pojke som sitter på fönsterkarmen och dinglar med benen.

– Jag kan tänka mig att det finns någon här inne som inte behöver säga vem det är, men som kan tänka så här – å shit, tänk om de börjar ta en massa kort på mig, och blir lite orolig. Hur ska vi tänka kring det?

KAMERANS ABC

Med bakgrund som yrkesverksam filmare och numera lärare inom film på universitet har jag blivit mycket intresserad av kamerans potential som lärandeverktyg. Besöket i det här klassrummet är en del av arbetet med att ta fram metoder för att använda kameran som ett pedagogiskt redskap i skolan. För att förklara mitt intresse måste jag nu göra en avstickare från det klassrum vi befinner oss i, till en annan tid, i en annan världsdel. Det var nämligen så att i Brasilien på 1950-talet fick bara de läskunniga rösta

i de politiska valen. Minst hälften av befolkningen kunde inte läsa och fick alltså inte rösta. Analfabetismen var ett problem för demokratin. En pedagog som hette Paulo Freire utvecklade en metod för vuxna att snabbt lära sig läsa och skriva. Han uppfann bland annat ett slags alfabet som bestod av 17 ord vilka var viktiga i befolkningens vardag.³ Freire startade ett slags studiecirkel runt hela landet och läskunnigheten, och därmed rätten att rösta, ökade. I pedagogiken ingick också att träna sitt politiska omdöme genom att ställa sig frågor som ”Hur ser världen ut?” och ”Hur vill vi att världen ska se ut?”. Det ingick att odla en kunskap om de politiska processerna, ”Hur ska vi agera för att världen ska bli som vi vill?”.⁴

Idag betraktas läs- och skrivkunnsighet som en självklar demokratisk rättighet i hela världen och i Sverige ägnar vi tolv år i skolan åt läs- och skrivträning. Jag tycker mig se att idag står vi inför en annan typ av analfabetism som kan utgöra en fara för demokratin, nämligen bildanalfabetism. I Sverige idag tittar varje person i genomsnitt på TV två timmar per dag.⁵ Det senaste året syns en trend att tv-tittandet långsamt minskar, men då till fördel för rörlig bild på andra plattformar som exempelvis streamade filmer och videoklipp på webben. Denna ökning syns tydligast i åldrarna 15–24 år.⁶ Enligt statistiken verkar det alltså som om vi medborgare i Sverige konsumerar mycket rörlig bild. Men vad är det för bilder vi ser och vad lär vi oss genom de bilderna?

Sociologen Bjarne M Holmes har kunnat påvisa att par som hängivet ser filmer av typen romantisk komedi skiljer sig i högre grad än par som inte ser sådana filmer. Det framkom i intervjuer att den typen av filmer bygger förväntningar kring kärleken som är svåra att infria i den verkliga relationen.⁷ Filosofen Bernard Stiegler menar att filmen och de rörliga bilderna påminner mycket om hur våra minnen och nattliga drömmar gestaltar sig och att intrycken från rörliga bilder och våra minnen lagras på samma ställe i hjärnan.⁸

Jag undrar vad som händer när de filmer och bilder vi ser och våra minnen från upplevda erfarenheter blandas ihop. Hur tar vi

egentligen emot de bilder vi ser och hur påverkar bilderna oss? Jag önskar att vi levde i ett samhälle där bildförståelse vore en demokratisk rättighet, tagen på minst lika stort allvar som läs- och skrivkunnigheten. Bildförståelse erövrar på precis samma sätt som man lär sig att läsa. Man lär sig att läsa genom att skriva och att skriva genom att läsa. På samma sätt lär man sig också att förstå, alltså att avläsa bild, genom att ta bilder, genom att använda kameran och förstå hur den fungerar.

I skolan börjar läs- och skrivundervisningen med alfabetet. Med inspiration från den ovan nämnde Paulo Freires pedagogik arbetar kollegor och studenter i ämnet film på Akademin Valand vid Göteborgs universitet just nu med att ta fram ett kamerans alfabet; Kamerans ABC. En av de första bokstäverna i det alfabetet är Etik.

ETIKEN, TEKNIKEN OCH PEDAGOGIKEN

Tillbaka till klassrummet. När jag frågar barnen ifall de använder kameran i skolan och de svarar ”– ja, hela tiden”, blir jag förvånad. Jag trodde inte att kameran fungerade som ett verktyg för lärande i skolan. I dagens svenska skola är datorn och lärplattan numera vanliga verktyg, men kameran trodde jag inte att de använde. När barnen sedan säger att de tar selfies förstår jag att de använder kameran hela tiden på rasterna. Så snart lektionerna är slut tar de fram kameran. Det är intressant att de likställer kameran med mobiltelefonen, för det är ju faktiskt den som kommer fram. I en mobiltelefon finns en kamera, men också en mängd andra funktioner, appar och spel, som används på rasterna. Jag funderar på vad barnen tar för bilder och hur de använder dem. Vilken etik växer fram bland barnen själva när de fotograferar? Jag tänker på händelser som till exempel Instagramupploppen i Göteborg 2012, där ungdomar kränkte varandra på sociala medier med hjälp av mobiltelefoner.⁹

Kameran och mobiltelefonen används alltmer som ett pedagogiskt verktyg i skolan, men fortfarande betraktas mobiltelefonen i

många fall som farlig och störande och läggs undan under lektionstid.¹⁰ En skola i Göteborg införde nyligen mobilförbud för att barnen ska leka mer utomhus på rasterna, vilket flera barn tyckte var bra, men vissa barn blev påtagligt nervösa av att inte få använda sin mobiltelefon på rasten.¹¹ Det finns inte mycket forskning kring kameran som ett verktyg i skolan, men varje gång jag befinner mig i ett klassrum är det tydligt att den digitala tekniken förändrar förutsättningarna för lärande och undervisning.¹² När barnen säger att de använder kameran ”hela tiden” är det ett vittnesmål om att de kan tekniken. En av flickorna uttryckte mitt under vårt arbete att det var skönt att få använda kameran i skolan eftersom det är en apparat som hon kände sig hemma med i sin vardag. Hon sa också att det var en lättnad att få känna sig skicklig på något, jag tänkte att hon kanske till och med kände sig skickligare än sin lärare. När jag pratar med lärare förstår jag att just det är en vanlig situation i skolan, alltså att barnen kan tekniken bättre än lärarna.¹³ Lärarna berättar för mig att de är frustrerande över att det just nu satsas mycket pengar på att skicka ut ny teknik i skolan, men de upplever inte att det satsas lika mycket på hur tekniken ska användas.

Liknande problem beskrivs ur ett historiskt perspektiv av Joanna Black, professor i konstnärligt lärande. Ny teknik, först TV och radio, därefter datorn och internet, har alltid omgärdats av förhoppningar om att de ska förändra undervisningen i skolan. Istället har tekniken alltför ofta lämnats åt sidan på grund av att lärarna inte vet hur de ska använda den. Lärarna behöver hjälp av forskningen att bestämma vad de ska lära ut, hur de ska lära ut och kanske också varför de ska lära ut med hjälp av den nya tekniken.¹⁴ Black beskriver en lyckad strategi från skolor i Kanada. Där integreras tekniken i undervisningen genom att projekt med tematiskt innehåll etableras och eleverna ombeds att använda tekniken för att undersöka tematiken.¹⁵ Black menar att på så sätt lär sig eleverna via sitt eget engagemang, undervisningen bygger på elevernas egna tekniska kunskaper och lärarens uppgift blir bland annat att uppmuntra eleven till ett kritiskt tänkande kring tekniken samtidigt som den används.¹⁶

Cala Coats, också hon professor i konstnärligt lärande, har undersökt kamerans potential att skapa ett reflexivt och relationellt samhällsengagemang genom att aktivera nya sätt att se och tänka kring sin vardagliga miljö. Hon ser fotograferandet som en väg till att bygga engagemang och intresse. Bilden är inte viktig i sig, utan blir en biprodukt där den huvudsakliga poängen är mötet med andra genom fotograferandet, det ämne man engagerar sig i och lärandet. Kameran blir ett verktyg för undersökning, med vars hjälp man lär sig om sig själv och om den värld man lever i, ett verktyg att komma på nya sätt att tänka kring tillvaron och skolämnet man arbetar i.¹⁷

ETIKEN I PRAKTIKEN

De senaste fyra åren har jag och mina kollegor i ämnet film på Akademin Valand vid Göteborgs universitet arbetat med kameran som ett verktyg för lärande i många olika sammanhang.¹⁸ Ovan beskrivna exempel utspelade sig under våren 2015 och ägde rum i samband med ett arbete med kameran inom religionsämnet. I arbetet deltog även en grupp frivilliga seniorer som samarbetade med skolbarnen utifrån de fem världsreligionerna.¹⁹ Varje grupp bestod av tre till fyra barn och en till två seniorer. Grupperna fick varsin världsreligion att arbeta kring.

Tanken med arbetet är att alla i gruppen deltar på lika villkor och ingen har ett specifikt ansvar, seniorerna behöver inte ta ledaransvar för sina grupper om de inte vill. Gruppen får i uppdrag att ta bilder eller filma sekvenser utifrån specifika frågor kring den religion de arbetar med. Varje lektion avslutas med att resultatet redovisas med projektor på stor duk och diskuteras i helklass. Mötet mellan de äldre och de yngre var uppskattat av både parter. Vi kunde höra från seniorerna att de inspirerades av att ungdomarna var orädda för teknik och hade lätt att komma på idéer snabbt. Ungdomarna uppskattade de äldres kunskap och livserfarenhet och att de envisades med att gå grundligt tillväga med varje idé.

Innan vi börjar arbeta med världsreligionerna och kamerorna behöver vi komma överens om *hur* vi ska arbeta. Alla barn i det klassrum jag befinner mig i just nu har var sin mobiltelefon, detta har jag kontrollerat innan jag kom dit genom att prata med klassläraren. Läraren har godkänt att barnen använder sina mobiltelefoner på de lektioner jag håller i. Vi använder även skolans lärplattor. Eftersom jag inte vet något om hur barnen använder sina kameror måste jag etablera en arbetsmiljö från grunden. Jag behöver etablera en etik kring hur vi använder kameran. Barnen och seniorerna får som första uppdrag att ta fram riktlinjer för arbetet med kameran. Varje grupp redovisar vad de kommit fram till och det skrivs upp på tavlan. Nedan listas de regler som barnen och seniorerna själva kom fram till när vi började diskutera etiken kring hur kameran skulle användas:

Alltid fråga och respektera ett nej. Tänk hur du själv känner.

Behandla andra som man själv vill bli behandlad.

Fråga efter att man tagit bilden.²⁰

Se efter om personen vill vara med på bild.²¹

Visa bilden och fråga personen på bilden om den är ok.

Inte lägga upp bilden på nätet, inte spara bilden i kameran.

Detta blir ett sätt att få tag i och synliggöra hur barnen och seniorerna resonerar. Listan följs upp och diskuteras och revideras varje gång vi ses, en gång i veckan under en period på fem veckor. Vissa av reglerna fungerar inte i praktiken och då måste vi ändra, fylla på, problematisera, nyansera och revidera. Under varje träff lyssnar jag också in om det har uppstått problem som har med detta att göra och diskuterar sedan hur vi gemensamt hanterar det.

ETIK – EN ÖVERENSKOMMELSE

När vi i klassrummet, barn och vuxna, så tydligt etablerar en diskussion om etiken kring kameran har det hittills aldrig uppstått

problem eller kränkningar i arbetet, såsom i Instagramupploppet. Vi bygger tillsammans upp en situation där ingen behöver bli ifrågasatt ifall hen inte vill vara med på bild. Gruppen etablerar ett gemensamt ansvar som innebär att det är barnen och seniorerna själva och inte lärarna som formulerar reglerna. Genom arbetet med överenskommelsen synliggörs olika moment där varje situation med kameran tvingar fram etiska ställningstaganden.

Ett av momenten är tillfället när bilden tas. Jag vill att den som håller i kameran ska känna ett ansvar och vara lyhörd inför det som är framför kameran. Hur fotograferar/filmar jag? När fotograferar/filmar jag och vad innebär det? När avstår jag från att ta upp kameran? Personen som är framför kameran och blir fotograferad ansvarar för att värna om sin integritet och säga ifrån om hen inte vill vara med på bild. På så sätt synliggörs att olika personer har olika syn på integritet och att det är viktigt att det finns utrymme för det.

Nästa moment innebär att reflektera över visningen av bilden. Att bli fotograferad och vara med på en bild kan upplevas som helt okej. Att den ska visas för andra människor är en helt ny fråga att ta ställning till. Att säga ja till att bli fotograferad och filmad innebär alltså inte att man samtidigt sagt ja till att bilden visas. För varje gång bilden ska visas i ett nytt sammanhang är det en ny fråga att ta ställning till. Det kan kännas bra att bilden visas i den grupp som arbetet görs i, men att visa bilden offentligt, inför okända människor, kan kännas helt annorlunda och även om det är en positiv känsla för alla, måste det ändå betraktas som en helt ny fråga.

I kamerans bokstav Etik ingår också att ta ställning till var det fotograferade bildmaterialet förvaras, vem som har tillgång till det och vad den personen/personerna har rätt att göra med bilderna. Den här typen av överenskommelser går inte göra en gång och skriva upp på en lapp på väggen som en lista med regler. Dessa etiska diskussioner ingår alltid i arbetet med en kamera. De måste etableras direkt, hållas levande, omformuleras och omförhandlas gång på gång som en del av arbetet. Överenskommel-

serna kommer att se olika ut beroende på vilka personer som ingår i arbetet. Huvudsaken är att alla kan känna sig trygga.

ATT KÄNNA SIG TRYGG

Efter att de etiska frågeställningarna är etablerade i gruppen kommer nästa steg: att etablera den pedagogiska situationen kring kameran. Det är angeläget att förtydliga vad som menas med att känna sig trygg i denna typ av lärandesituation. Trygghet handlar i första hand om att känna sig säker på att ingen kommer att bli kränkt. Ifall någon trots allt känner sig kränkt är det viktigt att hen vågar ta upp det till en gemensam diskussion och vet att det tas på allvar. Trygghet förutsätter alltså att man odlar en kollektiv ansvarskänsla för sin egen och andras integritet och välmående. Detta ingår i skolans vardagliga värdegrundsarbete, men med en kamera blir det konkret vad som står på spel. De annars abstrakta värdegrundsfrågorna blir materialiserade med hjälp av kameran och det blir synligt hur ett agerande får en konsekvens.

Parallellt handlar tryggheten också om lärande och om att bygga en miljö där barnen och seniorerna vågar adressera det de funderar på. Det krävs att de vågar ta saker och ting på allvar, att de hittar det som är meningsfullt och därmed även vågar ta tag i det jobbiga om det krävs av situationen. Det är viktigt att alla vågar yttra sig och pröva sina tankar även om det verkar korkat eller fel, att de får tag i det de intresserar sig för, står för det och tar ansvar för det, att de vågar utsätta sig för lärande, vilket alltid innebär en risk. Det finns en risk att man lär sig saker som man inte kunde föreställa sig att man skulle lära sig eller inte kunde ha föreställt sig att man ville få kännedom om. Och det finns risk för att man lär sig något man egentligen inte ville veta, till exempel något om sig själv. Att ge sig in i lärande medför alltid en risk att lärandet påverkar och förändrar en. Detta innebär att utbildningen börjar först när den lärande vågar ta en risk.²²

De lärande, i det här fallet barnen och seniorerna, måste enligt pedagogikprofessorn Gert Biesta bryta in i världen som olika, individuella varelser, via lärarens utmaningar. Jag tänker att de ska lära av varandra, vilket innebär ansträngningar i form av att orka lyssna på varandra trots att de har olika tankar. Tillsammans ska de bygga förutsättningar att våga möta varandra trots olika erfarenheter och referenser. Det är en förutsättning för detta sätt att arbeta att en gemensam tillit uppnås.

Varför hör tillit och risk samman? Tillit handlar om situationer där man inte vet och kan veta vad som ska hända. Tilliten är till sin natur utan grund, för om ens tillit var grundad, det vill säga om man *visste* vad som skulle hända eller hur personen man satt sin lit till skulle agera och reagera, skulle tilliten inte längre behövas. Tillit skulle då ha ersatts med beräkning.²³

I den situation jag försöker beskriva är det essentiellt att det finns en tillit till den gemensamma överenskommelsen som byggs i gruppen och att den grunden är stabil. Man kan aldrig veta vad som ska hända, där är jag enig med Biesta, men man ska kunna känna tillit till att ifall det händer något tråkigt så kommer gruppen att gemensamt reda ut det. Samtidigt är det viktigt att kunna hantera att det inte finns en försäkran eller en garanti för att arbetet eller lärandet blir som man tänkt sig. När tilliten inte uppnås fallerar hela detta sätt att bygga undervisning på. Jag kommer ihåg flera gånger då jag som lärare stått framför olika grupper av personer som vill ha snabba tips och recept på hur de så fort som möjligt ska lyckas med det de vill ta sig för. I den attityden till lärande vill man inte ta risker.

I boken *Bortom lärandet: demokratisk utbildning för en mänsklig framtid* går Biesta till botten med de marknadsekonomiska termer som smugit sig in i sättet att tala om lärande idag. Han menar att den typen av retorik ger en falsk föreställning om att utbildning kan jämföras med en ekonomisk transaktion. Han tydliggör det genom att benämna eleven, den lärande, som *konsumenten* och läraren/skolan som *leverantören*, som den lärande då hypotetiskt skulle kunna stämma om hen inte får det som ut-

lovats. Med den synen på kunskap och lärande är eleven inte beredd att ta en risk, utan letar snarare garantier och kräver att på förhand få veta vad man ska få. Den attityden innebär att läraren ska vara expert och leverera enkla lösningar och svar. Vägen till lärande som jag föreslår kräver mycket av de människor jag möter. Det lärande jag eftersträvar måste erövrats genom att gamla kunskaper sätts på spel och man vågar riskera att bli någon annan i mötet med andra eller ny kunskap. Kameran är ett bra verktyg för den typen av lärande.

DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE

I en helt annan skola för cirka tio år sedan gör eleverna uppror mitt under en lektion. Återigen står jag mitt på golvet, men denna gång består gruppen framför mig av ett tiotal ungdomar i övre tonåren, rustade för fight. Vi står framför några lampor jag riggat på stativ. Jag har planerat en lektion i ljussättning för en klass på medieprogrammet i gymnasiet. Ungdomarna säger att de inte vill göra det jag har förberett. Under nästan ett helt läsår har vi kämpat med varandra. De har stått ut med min entusiasm inför ämnet. Jag har försökt engagera ungdomarna i lektionsinnehållet och nästan slagit knut på mig själv för att hitta något de är intresserade av. Jag lyssnar på orden jag hört så många gånger tidigare:

– Vi vill inte göra detta.

Orden ekar i huvudet på mig. Jag blir både arg och ledsen, jag vill ju så väl. När jag lyssnar noga hör jag en förändring i tonen. Ekot av de gamla uttalandena klingar av och den nya tonen framträder, den är inte längre obstinat och nonchalant. Den här gången rymmer ungdomarnas uttalande respekt. Jag tolkar in en nyans: *vi ser att du förberett något du gärna vill engagera oss i så att vi ska förstå hur roligt det är att sätta ljus, men vi är inte intresserade av det, vi är intresserade av andra saker.* Jag tycker mig höra att de har ett alterna-

tivt förslag. I den stunden ser jag två möjliga vägar; antingen att stävja upproret, behålla makten och driva igenom ljussättningen mot deras vilja, eller lyssna på vad ungdomarna har att säga. Just när jag står där har jag bara min intuition. Då har jag ännu inte läst pedagogikprofessorn Sharon Todds tankar i boken *Att lära av den Andre* där hon gör en djupgående undersökning av etikens möjlighet inom undervisningens ramar. Hon för resonemang med drastiska, tydliga bilder av hur pedagogiken kan bli en möjlig våldshandling om man försöker leda människor i en viss riktning utan att beakta varje person som en unik bärare av skillnad. Todd beskriver mötet med den Andre som en förutsättning för lärande.²⁴

Undervisning handlar om att iscensätta ett möte med den Andre, med någonting utanför jaget, medan lärande är att från den Andre ta emot mer än vad jaget redan har.²⁵ Lärares ansvar är enligt Todd att skapa förutsättningar för elevens möte med den Andre. Elevens uppdrag blir att öppna upp för lärandet som en aktiv handling.

Pedagogiken pendlar mellan det ”ge mig mera än jag kan omfatta” som undervisningen eftersträvar och det ”ta emot utöver jagets förmåga” som lärandet vill åstadkomma. Det finns naturligtvis inom denna rörelse många överraskningar och förskjutningar. De för lärare och elever utstakade rollerna är kanske inte så fasta som de först kan verka.²⁶

När jag läser Todds ord idag förstår jag att rollerna i klassrummet, min roll och ungdomarnas roller, kastades om fullständigt och eleverna tog över ansvaret för sitt lärande och försatte mig i rollen som den lärande.

– Vad vill ni göra då?

I stället för att skrika ut påhitt och lustiga förslag som de brukar göra när jag ställer den frågan, samlas ungdomarna denna gång och diskuterar. De går närmare varandra, förhandlar och röstar. Jag ser på och väntar. Det här är nytt. De organiserar sig. De formulerar en gemensam linje. Några minuter senare har de enats om ett förslag.

– Vi vill göra Big Brother.

Jag inser plötsligt vilken risk jag tagit när jag frågat ungdomarna vad de vill göra och ångrar mig omedelbart. Kan jag ta tillbaka det? Nej nu är det för sent. Big Brother, en dokusåpa där människor låses in i ett hus där de dricker sprit och genomför förnedrande uppdrag och där de har sex i direktsändning. Jag är en ansvarslös lärare ifall jag låter dem göra detta. Å andra sidan, är jag inte en ännu mer ansvarslös lärare ifall jag stoppar dem nu, när de för första gången har formulerat vad de verkligen vill? Jag bestämmer mig på en sekund:

– Hur börjar vi?

Ungdomarna delade in sig i arbetslag. De förhandlade på ett mycket ansvarsfullt sätt kring andra lärares lektioner för att få till sammanhängande tid till sitt tv-program. Vi skulle spela in en hel dag hade de bestämt. Under en veckas tid kom de busigaste pojkar och riggade ljud (och ljus!) i studion på alla sina håltimmar och även efter skoltid. Som lärare var jag helt överflödig, jag höll mig i bakgrunden och förundrades över deras organiserade arbete, men också över hur de själva lärde sig det de behövde kunna för att rigga en inspelningsstudio med kontrollrum.

Jag fick i denna situation prova på vad filosofen Jaques Rancière framhåller som den jämlika relationen mellan lärare och den lärande. Han anser att man ska behandla den lärande som jämberördig och att utgångspunkten alltid måste vara att alla har samma intellektuella kapacitet att lära. Som lärare gäller det att underhålla denna tanke och skapa förutsättningar för den i praktiken.²⁷ Denna jämlikhetens metod är först och främst en *viljans* metod. Man kan lära sig själv och utan lärare när man vill, driven av sitt eget begär eller situationens begränsningar.²⁸ Är läraren då överflödig enligt Rancière? Nej, men läraren ska inte förmedla något, förklara något; då uppstår den fördumning som finns när en intelligens är underkastad en annan.²⁹ Läraren ska bygga si-

tuationer som frigör elevernas intelligens och tvinga dem att använda den för att lösa olika uppgifter.³⁰ I mitt fall hade eleverna själva tagit på sig en uppgift att lösa.

Vi vet inte vilken väg studenten kommer att välja. Men vi vet att hen inte kan fly ifrån utövandet av sin egen frihet. Vi vet också att läraren inte har rätt att ställa sig någon annanstans, utan enbart vid dörren. Studenten måste se allting själv, ständigt jämföra och ständigt svara på den tredubbla frågan: vad ser du? Vad tänker du om det? Hur förhåller du dig till det? Men denna tre-faldiga fråga är inte längre lärarens hemlighet, utan studentens färdväg.³¹

Ungdomarna fullföljde projektet. Det blev såklart ingen alkohol och inget sex. När de fick förtroendet att göra vad de ville ställde de inga orimliga krav, utan tog sitt självpåtagna uppdrag på fullaste allvar och respekterade de förhållningsregler som fanns på skolan. Det visade sig sedan att efter sex timmars inspelning av Big Brother var alla helt eniga om att det var det tråkigast de varit med om i hela sina liv. Kanske gav den praktiska erfarenheten nya perspektiv när de sedan tittade på programmet på tv.

En sak blev sig aldrig mer lik, nämligen min syn på lärarrollen och därmed relationen mellan mig och mina elever. Från och med denna dag kunde vi arbeta som ett team. Som lärare var det mitt uppdrag att vakta de formella kraven; regler, läroplaner, och betygskriterier. Ungdomarnas uppdrag var att vakta sitt eget intresse och driva det i skolarbetet. Detta är ett sätt att strukturera undervisning på som liknar det som pedagogen Ira Shor beskriver som "empowering education", där undervisningen utgår från elevernas intresse och frågor.³² Det är också ett sätt som är vanligt i undervisning inom estetiska ämnen.

PEDAGOGIKEN OCH ESTETIKEN

Som försvar för ämnen som riskerar att falla bort från skolans läroplan – som latin för ett århundrade sedan eller de estetiska äm-

na idag – har det ibland hävdats att de har så kallade ”transfer-effekter”. Med det menas att de hjälper eleverna till bättre lärande i andra ämnen och ibland även att de förfinar elevernas personlighet.³³ Ett exempel på en sådan idé kan vara att om ett barn spelar ett musikaliskt instrument blir barnet automatiskt bättre i matematik.³⁴ Forskningen har misslyckats att påvisa sådana direkta samband och har inte heller lyckats med att beskriva andra transfereffekter.³⁵

Ellen Winner och Lois Hetland, forskare vid Harvard Graduate School of Education, tar ett nytt grepp om diskussionerna kring detta.³⁶ De menar att genom skolämnet bild rustas eleverna med ett komplext sätt att tänka som inte lärs ut i läroplanens andra ämnen, där tendensen idag snarare fokuserar kvantitativt mätbara kunskaper. I studien visade det sig att det som tränas i bildämnet är: visuella och rumsliga förmågor, reflektion, självkritik, beredskap att experimentera och att lära från misstag. Detta är förmågor som eleverna har användning för i livet utanför skolan och även i andra skolämnen än de estetiska.³⁷ Winner och Hetland föreslår att de estetiska ämnena börjar användas för att återställa balans och djup i ett utbildningssystem som fokuserar mer och mer på förmågor som är enkla att testa.³⁸

Jag tänker att de estetiska strategierna och arbetsprocesserna, men också de estetiska verktygen, såsom kameran, borde ingå i alla ämnen såsom pennan, skrivandet och läsandet. Om vi inte rustar våra barn med den typ av förmågor som de estetiska processerna tränar är faran att de blir illa rustade för de komplexa samhällsproblem som vi lever med idag.

KAMERAN SOM VERKTYG FÖR INFLYTANDE OCH DELAKTIGHET

Vad kan då kameran bidra med när det gäller inflytande och delaktighet? Varför just kameran? Förra hösten jobbade jag med en mycket blyg pojke i 15-årsåldern med en diagnos inom au-

tismspektrat. Läraren berättade att pojken hela sitt liv fått höra att han var värdelös i skolan och därmed var hans självkänsla i botten. Ifall pojken ens kom till skolan satt han mest tyst. Jag kom till skolan för att arbeta med hans klass och gav honom en kamera och några övningar som uppvärmning. Pojken genomförde övningarna pliktskyldigt, men verkade inte alls tycka att det var särskilt roligt eller stimulerande. Jag frågade honom vad han skulle filma ifall han fick välja. Han ville filma explosioner och allra helst ett vulkanutbrott.

– Okej, det låter spännande, sa jag, men vad kan vi filma här, där vi är nu?

Vi tittade oss omkring i klassrummet. Trist. Jag väntade en liten stund och hann tänka att vi ger upp för idag, jag kan inte pressa honom mer nu. Då sa pojken:

– Jag kan göra ett trick.

Han tog fram två mynt ur fickan och började trola. Jag filmade för att se om jag kunde lista ut hur han gjorde, genom att spela filmen sakta, men han var för skicklig, det gick inte att se. Han visade fler och fler trick, han var verkligen bra på att trola och han glömde helt bort att han var blyg. En av pojkens lärare kom fram;

– Vad gör ni? Kan du trola?

Läraren fick syn på något hon inte visste om pojken. Pojken själv visste ju om att han kunde trola, han övade hela kvällarna med hjälp av instruktionsfilmer på internet, men det han inte visste, som han lärde sig den gången, var att de kunskaperna kunde räknas som något värdefullt i skolan. Idag är pojken skolans trollkarl. Han säger själv att han inte är blyg längre. Han kommer varje dag till skolan och vill inte gå hem. Detta har lett till att han fått en starkt självkänsla och han har börjat prestera bättre i skolarbetet.³⁹

Jag tror inte att pojken hade berättat för någon att han kan trollda ifall inte kameran hade varit där. Min erfarenhet är att kameran lockar fram lusten att visa vad man är bra på. Möjligen har det att göra med att den som håller i kameran inte tittar direkt på den som gör något, utan in i kameran. För en autistisk person kan det vara otäckt att se andra personer i ögonen, eller att någon tittar på ens ansikte. När pojken föreslog att han skulle trollda tittade jag genom kameran på hans händer, inte på hans ansikte. Detta gjorde att han kunde slappna av och fokusera på det han ville visa mig; att trollda.

På samma sätt har jag sett att andra blyga personer som kanske inte pratar i en grupp gärna visar bilder de själva har tagit inför en grupp. Återigen är fokus på bilden, inte på den som tagit bilden, men det blir ändå stärkande eftersom den person som tagit bilden lyckas fokusera andra personers uppmärksamhet på något den personen gjort. Delaktighet och inflytande börjar med att tro på att det man har att säga eller visa kommer att väcka intresse hos någon annan. En kamera är ett verktyg som öppnar upp för möjligheter som exempelvis samtal och agerande som inte hade kunnat uppstå utan kameran. Kameran blir ett vittne, en tänkt publik och ett verktyg för dokumentation – detta händer just nu och vi kan titta på det sedan.

KAMERAN SOM VERKTYG FÖR SAMHÄLLSUTVECKLING

Jag har lärt mig mycket genom de människor jag mött i de ovan beskrivna klassrumssituationerna. Av barnen och seniorerna på mellanstadieskolan lärde jag mig att tillit går att bygga genom överenskommelser kring etiska ställningstaganden. Av tonåringarna som gjorde Big Brother lärde jag mig att det är ögonblicket när barnen tar över sitt eget lärande jag numera eftersträvar, trots att det var skrämmande när det hände första gång-

en. Såsom Rancière skriver ska jag som lärare stå i dörren och utmana de lärande att använda sin egen intelligens och frihet. Av pojken med trolleriet lärde jag mig att förutsättningen för att ta över sitt eget lärande är att man kommer åt självkänslan och då är kameran ett utmärkt verktyg för att få fram en människas styrkor.

Utgångspunkten för kapitlet var: Kameran kan om rätt omständigheter råder vara ett verktyg för delaktighet och inflytande i skolan. Jag tänker att rätt omständigheter är beroende av ett utformande av kollektiva etiska överenskommelser och en pedagogik där vuxna och barn utforskar, utmanas, lär och växer tillsammans med intresse för varandras olikheter.

Med en penna kan du rita och skissa, du kan skriva recept, poesi, minnesanteckningar, vetenskapliga texter, prosa och brev. På samma sätt kan du använda en kamera. Genom forskning och praktik behöver vi nu arbeta fram metoder och strategier som gör kameran till ett verktyg för lärande i skolan. Kameran kan användas tillsammans med Rancières frågor: ”vad ser du?”, ”vad tänker du kring det du ser?” och ”hur förhåller du dig till det du ser?”. Den kan också användas med Freires frågor: ”hur ser världen ut?”, ”hur vill du att världen ska se ut?” och ”hur ska du agera så att världen blir som du vill att den ska vara?”. Genom ett formulera sig kring dessa frågor med hjälp av kameran, tillsammans med andra, byggs en potential att utveckla beredskap för delaktighet och inflytande i skolan och i samhället i stort.”

Inom ämnet film på Akademin Valand arbetar vi just nu i ett projekt där vi undersöker kamerans och bildens potential till samhällsutveckling. Vi samarbetar med några mindre samhällen i Västra Götalandsregionen och i Region Halland för att utforma en modell av hur vi vill att lärande kring bild ska se ut i praktiken. Vi ser biografen som en central samlingsplats, biografen som samhällsrum. Visionen är att biografen ska vara en plats där medborgarna kan samlas kring bilder, föra samtal om dem och agera utifrån angelägna frågor.⁴⁰ Biografen blir en plats där man kan synliggöra och lära sig om det samhälle man bor i och hur det

samhället relaterar till resten av världen. I biografen möts medborgarna kring både bilder av världen i stort och lokalt producerade bilder. Förskolan, grundskolan och gymnasiet arbetar aktivt med kameran som verktyg och producerar bilder som visas i biografen. Biblioteket tar ansvar för arkiveringen och tillgängliggörandet av bilden och är en självklar plats att söka bildmaterial att visa på biografen. På biblioteket kan man låna kameror och redigerings teknik på sitt lånekort och även lära sig hur man använder tekniken. Äldrevården och aktivitetscenter för äldre ser till att det finns möjlighet för seniorer att delta i den digitala utvecklingen och skildringen av vår samtid genom kameran.

I vår modell finns möjliga kontaktytor över generationsgränser både i skola och i fritidsverksamhet. När nyalända kommer till samhället är kameran och biografen självklara verktyg för välkommandet och i arbetet för de nya att etablera sig samhället.

Allt mer information förmedlas genom bild. Det är en demokratifråga att kunskapen kring bilder utformas så att alla medborgare kan läsa dem på ett medvetet och kritiskt sätt, men också så att alla kan vara med och bidra till bilden av och visualiseringen av den tillvaro de lever i.

NOTER

1. Enligt Folkhälsomyndigheten är delaktighet och inflytande i samhället en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan. Brist på inflytande och möjligheter att påverka de egna livsvillkoren och utvecklingen av samhället har ett samband med hälsa. Se Folkhälsomyndigheten, *1. Delaktighet och inflytande i samhället* (2016), <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/delaktighet-och-inflytande-i-samhallet/> (160130).
2. Dialogen är en transkription av en inspelad dokumentation från klassrummet.
3. Katarina Bjärvall, "De fattigas pedagog", *Pedagogiska Magasinet*, 3, 2015.

4. Paolo Freire, *Pedagogik för förtryckta*. 8. uppl. Stockholm: Gummesson, 1976.
5. Ulrika Facht, *MedieSverige mini*, Göteborg: Nordicom, 2012.
6. Ulla Carlsson och Ulrika Facht (red.), *Mediebarometern 2014*, Göteborg: Nordicom, 2015.
7. Bjarne M. Holmes, "In Search of My 'One-and-Only': Romance-Related Media and Beliefs in Romantic Relationship Destiny", *The Electronic Journal of Communication*, 17:3 & 4 (2007).
8. Bernard Stiegler, "Ur Filmens tid", *Skriftserien Kairos, Konst och film. D. 2, Texter efter 1970*, 2004, s.157-177.
9. Läs mer i Madeleine Korneliusson artikel: "Bakgrund: Instagram-upploppen", *Metro*, 2013-06-25, [http://www.metro.se/goteborg/bakgrund-instagram-upploppen/EVHmeu!vDmbY4er25L6/\(160605\)](http://www.metro.se/goteborg/bakgrund-instagram-upploppen/EVHmeu!vDmbY4er25L6/(160605)); eller lyssna på Tove Paléns radiodokumentär *Instagram-upploppen i Göteborg*, 2015, [http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/563349?programid=2519\(160605\)](http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/563349?programid=2519(160605)).
10. För en beskrivning av två olika attityder gentemot telefonen i klassrummet, se Anna Höglund, "Mobilen tar plats i skolan", *Gefle Dagblad*, 2013-04-19, [http://www.gd.se/gastrikland/gavle/mobilen-tar-plats-i-skolan\(16-06-05\)](http://www.gd.se/gastrikland/gavle/mobilen-tar-plats-i-skolan(16-06-05)).
11. Se artikel av Joakim Magnå "Efter mobilförbudet: 'Några fick panik'", *Göteborgsposten*, 2015-10-21, [http://www.gp.se/nyheter/goteborg/1.2870904-efter-mobilforbudet-nagra-fick-panik-\(160605\)](http://www.gp.se/nyheter/goteborg/1.2870904-efter-mobilforbudet-nagra-fick-panik-(160605)).
12. För en internationell översikt över forskning som gjorts inom video i skolan se Joanna Black, "Model New Media/Video Programs in Arts Education: Case Study Research", *International Journal of Education and the Arts*, 15:6 (2004), s. 1-25.
13. Jag är ofta ute och föreläser för lärare inom för-, grund- och gymnasieskola och de berättar för mig hur de ser på teknik och pedagogik.
14. Black, "Model New Media/Video Programs in Arts Education", s. 3.
15. Black, "Model New Media/Video Programs in Arts Education", s. 19.
16. Black, "Model New Media/Video Programs in Arts Education", s. 20-21.
17. Carla Coats, "Thinking Through the Photographic Encounter: Engaging With the Camera as a Nomadic Weapon", *International Journal of Education and the Arts*, 15:9 (2014), s. 1-23, s. 4.
18. Vi har varit på förskola, grundskola, särskola och arbetat med ny-

- anlända ungdomar. Vi har också arbetat med seniorer och i generationsmöten där seniorer och barn möts i arbetet med kameran.
19. Arbetet med seniorerna gjordes i samarbete med projektet Generationsmöten, se Göteborgs Stad, *Generationsmöten*, <http://goteborg.se/wps/portal?uri=gbglnk%3aGBG.Enh.Projekt.GMC> (160605).
 20. De resonerade kring att ibland hinner man inte fråga om lov att ta en bild innan man tar den, då kan man visa bilden efteråt och fråga om det var okej att man tog bilden. Om svaret är nej, raderar man bilden.
 21. Denna punkt innebär att den som håller i kameran har ett ansvar och måste vara lyhörd gentemot personen som fotograferas.
 22. Gert Biesta, *Bortom lärandet: demokratisk utbildning för en mänsklig framtid*. Lund: Studentlitteratur, 2006, s. 33.
 23. Ibid.
 24. Sharon Todd, *Att lära av den andre: Levinas, psykoanalys och etiska möjligheter i undervisning och utbildning*, Lund: Studentlitteratur, 2008.
 25. Todd, *Att lära av den Andre*, s. 52.
 26. Todd, *Att lära av den Andre*, s. 53.
 27. Jacques Rancière, *Den okunnige läraren: fem lektioner om intellektuell frigörelse*, Göteborg: Glänta, 2011.
 28. Rancière, *Den okunnige läraren*, s. 20.
 29. Rancière, *Den okunnige läraren*, s. 21.
 30. Rancière, *Den okunnige läraren*, s. 24.
 31. Rancière, *Den okunnige läraren*, s. 34.
 32. Ira Shor, *Empowering Education: Critical Teaching for Social Change*, London & Chicago: The University of Chicago Press,
 33. Lars Lindström, "Studio Thinking: A Review Essay", *International Journal of Education and the Arts*, 10:9 (2009).
 34. Ellen Winner och Lois Hetland, "Art for Our Sake: School Art Classes Matter More Than Ever – But Not for the Reasons You Think", *Arts Education Policy Review*, 109:5 (2008), s. 29–32.
 35. Lindström, "Studio Thinking", s. 1.
 36. Winner och Hetland, "Art for Our Sake".
 37. Winner och Hetland, "Art for Our Sake", s. 29.
 38. Winner och Hetland, "Art for Our Sake", s. 31.
 39. De fantastiska lärarna på skolan tog tillvara pojken intresse och ringde upp trollkonstnären Joe Labero som hade en show i Göteborg

just då och såg till att pojken fick träffa honom. Se Henrik Kruusval, "Magiskt möte för Sadri" (2014-11-05), [http://www.svt.se/nyheter/regionalt/halland/svartedalsskolan-fortrollande-besok-idag\(160605\)](http://www.svt.se/nyheter/regionalt/halland/svartedalsskolan-fortrollande-besok-idag(160605)).
40. Här betyder "bilder" både stillbilder och filmer i alla längder och format.



EL SISTEMA – MÖJLIGHETER OCH HINDER FÖR SOCIAL INKLUDERING

Åsa Bergman och Monica Lindgren

SOCIALA STRUKTURER – UTBILDNINGSFAMGÅNG – LIVSCHANSER

På senare tid har det blivit vanligare att betona hur sociala bakgrundsfaktorer samverkar med utbildningsframgång och hur detta påverkar barns och ungas livschanser. Ett exempel är när Skolverket rapporterar att dagens segregerade skola i hög grad styr elevernas möjlighet att ta sig fram i utbildning och arbetsliv.¹ Likaså visar forskningsstudier av svenska skolförhållanden att segregationsprocessen förstärkts av det fria skolvalet genom att resurser flyttas från mindre konkurrenskraftiga områden. Som en konsekvens får elever i storstädernas mångkulturella förorter sämre förutsättningar än elever i andra områden.²

Att Göteborgs kommun beviljat kör- och orkesterskolan El Sistema medel för att starta verksamhet i stadsdelen Hammar-kullen 2010 kan ses som ett svar på de sociala problem som är kopplade till segregationen i Göteborg och andra svenska storstadsregioner. El Sistema har ambitionen att verka för ökad integration genom att agera som en interkulturell mötesplats dit alla barn kan komma och spela tillsammans. Verksamheten tar avstamp i en venezuelansk modell där syftet är att arbeta mot fattigdom och för social utveckling med hjälp av musik, dock utan

att göra avkall på den musikaliska kvaliteten. Tvärtom finns det en uttalad tro på att hög musikalisk kvalitet kan uppstå i samband med stark social sammanhållning.³

Ytterligare ett syfte med verksamheten är att föra ut den klassiska musiken till alla medborgare i samhället, oavsett var de bor eller vilken miljö de växer upp i. Ända sedan verksamheten startade har Göteborgs symfoniker (GSO) varit en samarbetspartner och musiker från GSO agerar på regelbunden basis förebilder i samband med den veckovis återkommande familjesammankomsten Vänstay. Likaså arrangeras konserter där barn från El Sistema spelar tillsammans med GSO på konserthuset. Idag finns El Sistema i Göteborg stads samtliga stadsdelar och man har också startat verksamhet i ytterligare 14 kommuner runt om i Sverige, däribland Malmö, Stockholm, Södertälje, Umeå och Norrköping. El Sistema-inspirerade verksamheter har de senaste åren också vuxit fram i andra delar av världen och kan idag liknas vid en global rörelse.

Syftet i detta antologikapitel är att diskutera relationen mellan musikundervisning och social inkludering med utgångspunkt i El Sistemas verksamhet. Detta kapitel, liksom vårt övergripande forskningsprojekt kring El Sistema i sin helhet, är genomsyrrat av ett kritiskt perspektiv. Detta innebär ett i frågasättande av för givet tagna sanningar om vad som är god undervisning, god musik, et cetera, liksom att vi intar en problematiserande hållning till för givet tagna sanningar om vad som kan generera social inkludering.

FORSKNINGSÖVERSIKT

Estetiska verksamheter kan enligt Julie Allan, forskare inom det pedagogiska fältet, ha en inkluderande potential genom att erbjuda möjligheter till deltagande och att etablera kontaktytor mellan människor.⁴ Under de senaste decennierna har forskning om konstnärliga praktiker också uppmärksammats i relation till

socialt och emotionellt välbefinnande.⁵ En sådan koppling kan dock inte tas för given. Såväl den pedagogiska och konstnärliga kvaliteten, liksom ramar och kontextuella villkor, spelar avgörande roller i sammanhanget.⁶

Även forskning inom det musikpedagogiska fältet har uppmärksammat kopplingen mellan musik och identitetsutveckling, liksom hur musik kan fungera som en resurs för självförståelse, självkänsla eller ”empowerment”.⁷ Forskning har därtill visat hur familjers/barns religiösa och/eller politiska åsikter, socioekonomiska status, psykiska eller fysiska hälsa är styrande för deras möjlighet att delta i musikundervisning.⁸ Men forskning inom detta område har också problematiserat relationen mellan musikundervisning och social utveckling genom att ifrågasätta de ”för-givet-taganden” som bildar utgångspunkt i denna typ av diskussion, till exempel en västerländsk konstmusikalisk tradition som norm och utgångspunkt.⁹

En litteraturöversikt genomförd på uppdrag av organisationen ”El Sistema global” inkluderar 85 forsknings- och utvärderingsrapporter och representerar 44 El Sistema-program i 19 länder.¹⁰ Rapporten ger en bild av en starkt växande verksamhet med intressanta ingångar till fördjupad forskning. Flera av rapporterna pekar på möjligheten till social utveckling på individuell nivå. Personlig utveckling, psykologiskt välbefinnande och ökad självkänsla är exempel på aspekter som förs fram. En starkt avvikande bild av El Sistema ges dock i en forskningsstudie om verksamheten i Venezuela.¹¹ Studien är etnografisk med en kritisk ingång. Trots 40 års verksamhet i landet ger den inga belägg för att El Sistema i den venezuelanska kontexten medverkar till vare sig barnens sociala utveckling eller någon social förändring i landet. Tvärtom riktas en stark kritik mot arbetet och flera av programets centrala målsättningar. Den västerländska orkestertraditionen ses i sig som alltför disciplinär i sin struktur för att främja barnens möjlighet till social interaktion. Upprätthållandet av sociala mål betraktas också som omöjligt om man inte gör avkall på de musikaliska målen. Vidare kritiseras stereotypa könsmakts-

ordningar inom ramen för programmet, liksom att de mest socioekonomiskt utsatta barnen i samhället tenderar att exkluderas.

Forskning om El Sistema i Sverige har bedrivits sedan 2011 och har bland annat uppmärksammat vilka musikpedagogiska idétraditioner verksamheten är baserad på, hur musik legitimeras som ett verktyg för social utveckling, hur El Sistema erbjuder barnen möjligheter till agens och hur musik legitimeras som redskap för att möjliggöra integration.¹²

Resultaten ligger också till grund för detta antologikapitel och de diskussioner vi här för kring möjligheter och hinder för social inkludering inom ramen för El Systemas verksamhet.

METOD OCH MATERIAL

Det empiriska materialet som vi hittills samlat in för vår pågående studie om El Sistema i Göteborg består av intervjuer med processledare, företrädare för konserthuset, kommunala tjänstemän i olika stadsdelar, samt lärare. Materialet utgörs därtill av fältanteckningar från repetitioner, familjesammankomster och olika publika konserttillfällen. Mellan år 2011-2015, då studien genomfördes, tog vi löpande del av informations- och dokumentationsmaterial i form av texter, bilder och filmer publicerade på El Systemas hemsida. Studien har en etnografisk ansats vilket bland annat innebär en ständig lyhördhet för hur verksamheten förändras och utvecklas och att undersökningens upplägg planeras i relation till det. Det etnografiska perspektivet innebär också att frågan om hur vi som forskare påverkar analysmaterialet och forskningsresultaten är föremål för en kontinuerlig och reflexiv diskussion.¹³

I det följande kommer vi att diskutera fyra aspekter av hur musik inom El Sistema konstrueras som ett verktyg för att möjliggöra integration och bryta segregationsmönster. Den första rör idéer om musikens sociala och individutvecklande potential, den andra hur musiken konstrueras som ett kulturellt kapital att

investera i för att stärka den egna sociala ställningen, den tredje hur social inkludering eftersträvas i verksamheten och slutligen hur musik görs till ett verktyg med vilket kulturella olikheter kan överbyggas.

MUSIKENS SOCIALA OCH INDIVIDUTVECKLANDE POTENTIAL

När vi tidigare skrivit om hur legitimitet skapas för musik och musikens funktion inom El Sistema har vi uppmärksammat att både individuell utveckling och sociala förmågor lyfts fram som något eftersträvansvärt av företrädare för verksamheten.¹⁴ Inom El Sistema finns en uttalad tro på dels att musikalisk och social utveckling går hand i hand, dels att den västerländska symfoniorkesterrepertoaren erbjuder en form för musicerande som gynnar förmågan att samarbeta. Företrädare för verksamheten legitimerar också symfoniorkestermusicerandet och körsång med att dessa former gör det möjligt för många att delta liksom att detta såväl stärker den musikaliska kvaliteten som att det skapar förutsättningar för social integration. På El Sistemas hemsida poängteras också hur körsång och orkestermusicerande skapar möjligheter inte bara för att utveckla barnens sociala förmåga utan också att musicerande kan fungera som ett individutvecklande verktyg.¹⁵

Vi menar att det finns stora likheter mellan retoriken kring musikens individuella potential inom El Sistema och de estetiska värderingar som folkbildningsarbetet i Sverige under senare delen av 1800- och början av 1900-talet byggde på. Präglat av upplysningssidéer och tanken om att alla människor oavsett klass eller yrke kunde utvecklas genom bildning, erbjöd arbetarinstitut i landets större städer undervisning åt stadens arbetare.¹⁶ Den övergripande målsättningen med arbetarinstituten var att förmedla vetenskaplig, humanistisk och estetisk skolning i förhoppning om att generera förbättrade livschanser, bättre hälsa, samt

att hålla arbetarna borta från omoraliska handlingar. En koppling mellan bildning och ökade livschanser i form av förbättrad hälsa görs även av en stadsdelschef som intervjuats inom ramen för vår studie när han uttrycker en förhoppning om att El Sistema skall bidra till fler godkända betyg och en förbättrad livssituation hos de boende i den förort han företräder.

Även när det gäller föreställningen om hur den klingande musiken kan bidra till individuell utveckling och till att rusta individer till välfungerande samhällsmedborgare finns kopplingar mellan El Sistema och de estetiska värdenormer som 1800-talets bildningsprojekt vilade på. Det gäller till exempel retoriken kring alla människors rättighet ”att uppleva skönhet” och ”att kunna få njuta till fullo av konsten” som exempelvis förs fram i intervjuer med GSO:s tidigare chefsdirigent Gustavo Dudamel. Under 1800-talet då idén om musikens, och då i synnerhet den autonoma instrumentalmusikens, bildande och individutvecklande förmåga var stark, fanns en föreställning om att musikens inneboende mening kunde få verkning genom kontemplation och koncentrerat lyssnande.¹⁷ En vanligt förekommande berättelse inom El Sistema är också hur barn som lever under socialt utsatta förhållande i mötet med symfonikerna och den västerländska konstmusiken får en känslomässig ”kick”, något som anses vara särskilt betydelsefullt.

Att estetiska diskurser hemmahörande i 1800-talets borgerliga kultur tangeras inom El Sistema kan tyckas anmärkningsvärt med tanke på den traditionsupplösning som enligt dagens modernitetsforskare karaktäriserar det nutida samhället.¹⁸ Det framstår dock som att bildningsidealet inom El Sistema är något svagare länkad till den västerländska konstmusiken än folkbildningsprojektet på 1800-talet. Trots att verksamheten i mångt och mycket utgår från konstmusiken som en självklar plattform att arbeta utifrån, identifieras en ambivalens i fråga om musikalisk genre. Denna ambivalens blir synlig inte minst i hur den repertoar som spelas av barnen oftare utgörs av specialskrivna låtar av viskaraktär och av folkmusik från olika delar av världen eller låtar

inspirerade av folk-/världsmusik. Detta skulle möjligen kunna relateras till att estetiska värdehierarkier ses som försvagade i det senmoderna. I den osäkerhet som följer på att "allt är möjligt" och att inget kunskapsinnehåll har en självklart given plats erbjuder El Sistema en estetisk och ideologisk programförklaring där musik skriven av Beethoven och specialkomponerade sånger som "Babumba" är lika möjliga vid ett symfoniorkester- och körframträdande.

MUSIK SOM RESURS FÖR SOCIAL FÖRFLYTTNING

Ambivalensen i fråga om den västerländska konstmusikens ställning i det senmoderna samhället kan också relateras till hur El Sistemas verksamhet legitimeras i förhållande till en kulturell och ekonomisk maktelit, vars stöd beskrivs som betydelsefullt för verksamhetens möjligheter att fortleva. En av de kommunala tjänstemän som varit involverad i etableringen av El Sistemas vänförening framhåller betydelsen av att involvera "gubbar med stora kontaktnät i ekonomiskt viktiga kretsar" parallellt med att säkerställa utvecklandet av den pedagogiska idén. Han framhåller också El Sistemas potential när det gäller att verka på vad han kallar för en "etablerad nivå". Tack vare verksamhetens inriktning mot konstmusiken är det enligt honom möjligt att nå en samsyn i fråga om kulturella värderingar med aktörer inom näringsliv på ett sätt som inte hade varit möjligt om El Sistema varit inriktad mot exempelvis hip hop.¹⁹

När GSO:s VD, i sin tur, talar om Symfonikernas och Konserthusets roll när det gäller att medverka till att motverka segregation och samhälleligt utanförskap sker detta explicit utifrån en position som innehavare av kulturell legitimitet och status. VD:n beskriver det som en viktig uppgift för GSO som etablerad kulturinstitution att etablera broar mellan förorten och centrum för att reducera samhälleliga maktordningar. I detta sammanhang

betonas dock vikten av att själv formulera drömmar och inte minst att arbeta hårt och målinriktat för att nå dem. Talet om hur viktigt detta är återkommer hos fler företrädare för El Sistema. Dessa mål indikerar en föreställning om att integration med musik som verktyg är villkorad i bemärkelsen att den är förbehållen dem som har kapacitet och förutsättningar att av egen kraft ta sig över den utslagna bron.

Men med tanke på att en mängd faktorer såsom socioekonomisk och etnisk bakgrund uppmärksammas vara styrande för i vilken grad föräldrar väljer att låta sina barn delta i frivillig musikundervisning kan inte alla barn antas ha samma förutsättningar att formulera drömmar om att utvecklas som musiker.²⁰ Sett till den vikt som läggs vid det hårda arbetet skulle en metafor som istället beskriver en vertikal förflyttning, som exempelvis trappa eller stege, vara bättre lämpad att använda här. Sättet som det hårda arbetet pekats ut som centralt och hur det talas om vikten av att hålla drömmar vid liv kan, lite tillspetsat, förstås som att integration görs till individens ansvar.

SOCIAL INKLUDERING GENOM SKAPANDE AV EN GEMENSAM IDENTITET

Vi har i vår tidigare forskning uppmärksammat hur undervisningen inom El Sistema är organiserad för att skapa förutsättningar för integration.²¹ Social inkludering visar sig här ske genom användandet av identitetsmarkörer i sångtexterna till den specialskrivna musiken. Exempel på textrader med avsikt att bygga en vi-identitet är: "Vi är El Sistema", "Vi är alla coola här på våran skola" och "El Sistema yeah!". Förutom en kollektiv identitet skapar den gemensamma repertoaren också en möjlighet för barnen att mötas över stadsdelsgränser och kunna spela tillsammans, vilket legitimeras av att det finns plats för alla i El Sistema-familjer som det ibland uttrycks: "Alla ska med på båten".

En gemensam El Sistema-identitet med syfte att generera social inkludering skapas också genom att det på regelbunden basis arrangeras möten där barn och deras föräldrar kan interagera med andra inom den egna stadsdelen. Den veckovis återkommande familjesammankomsten Vänstay är ett exempel på sådana organiserade möten. Side by Side där barn från El Sistema framträder tillsammans med musiker från GSO är ett annat. Det händer också att man arrangerar gemensamma Vänstay där elever från en El Sistema-skola besöker en annan för att skapa sociala nätverk över stadsdels- och ibland också socioekonomiska gränser. Under vårterminen 2015 ägde en särskild satsning rum för att få barn från olika stadsdelar att mötas och spela tillsammans och vi fokuserade just på dessa möten i vår undersökning. Side by Side är också namnet på det årligen återkommande musiklägret där El Sistema-barn från Sverige och andra delar av världen kan träffas, spela tillsammans och utbyta perspektiv och erfarenheter över nationsgränser. Det kollektiva aktörskapet skapas alltså både i relation till en lokalkontext och till att ingå i en global El Sistema-rörelse.

Som en del av undersökningen har vi genomfört deltagande observationer vid tillfällen då barn från olika skolor i olika stadsdelar besökt varandra i samband med Vänstay. Vid sådana tillfällen har också deras föräldrar varit involverade, både som publik och som deltagare i sociala aktiviteter, vilket också inneburit att vi observerat dem. Resultatet från dessa observationer visar dock på att det inte etablerades några kontaktytor per automatik bara för att barnen vistades i samma lokal vid samma tidpunkt. När vi talade med barnen i samband med våra besök uttryckte de att de trots att de deltagit i ett flertal gemensamma aktiviteter inte känner någon från den andra skolan mer än till utseendet. Utiifrån våra observationer verkar inte heller nya föräldrakontakter skapas med automatik inom ramen för Vänstay. Föräldrarna placerade sig i närheten av, och kom att primärt samtala med, personer de redan var bekanta med.

Så även om nya ytor blir utforskade när El Sistema-elever har

möjligheten att lämna sina områden och möta barn från andra delar av staden, och även om det skapas förutsättningar för att konstruera en kollektiv identitet med möjlighet att skapa självförståelse, självkänsla eller ”empowerment”, kan denna kollektiva identitet ses som problematisk ur ett pluralistiskt perspektiv.²² Detta eftersom strävan att inkludera marginaliserade grupper i kollektivet är svårt att realisera utan att exkludera dem som inte förmår att inrätta sig i de gemensamma ramarna.²³ Strategin att inkludera genom att stärka vi-identitet kan därmed paradoxalt nog ha en negativ inverkan med tanke på ambitionen att utforska platser för möten mellan olika sociala och kulturella grupper. En utmaning för El Sistema förefaller därför vara att skapa plats och yta för barnen att själva påverka hur möten med andra barn bör utformas och att låta dem delta i att fatta beslut kring hur interaktion mellan dem kan åstadkommas.²⁴

ÖVERBRYGGANDE AV KULTURELLA OLIKHETER

I vår forskning har vi också intresserat oss för hur musiken legitimeras av företrädare inom El Sistema i förhållande till idén om att skapa en interkulturell mötesplats där barn från olika bakgrunder kan mötas.²⁵ Två idéer eller strategier identifierades. I den ena betonas människors likheter och vikten av att synliggöra dessa. I den andra framhålls erkännandet av människors olikheter och att bejakandet av människors kulturella hemvister. Ett exempel på hur likheter betonas och lyfts fram är i relation till orkestermusicerandets potential att förena individer och därmed minska klyftorna mellan barnen. Likaså poängteras det gemensamma oavsett var i världen människor lever i flera av den gemensamma repertoarens sångtexter. Vidare kan man jämföra med hur konstmusiken inom El Sistema beskrivs som ett universellt språk, möjligt för alla att relatera till.²⁶

Vid sidan av hur likhet mellan människor lyfts fram i sångtex-

terna och hur barnen ibland positioneras som jämlikar med hänvisning till orkestermusicerandets demokratiserande potential, finns också exempel på hur barnen konstrueras som olika i förhållande till varandra på basis av sitt kulturella ursprung. Detta sker exempelvis i den gemensamma repertoaren som, förutom konstmusik och specialskriven musik, även består av folk- och världsmusik. Folk- och världsmusiken motiveras med att förankring i den egna folkmusiktraditionen är betydelsefull och det finns exempel i vårt material där barnen från Venezuela positioneras som mer kompetenta i den egna musiktraditionen än de svenska barnen. Det finns också exempel på exotisering genom uppmärksammandet av kulturella olikheter. Ett sådant är när sången *Pata Pata*, känd genom den sydafrikanska sångerskan Miriam Makeba, framförs vid avslutningskonserten till det första Side by Side-lägret i juni 2014. Under framträdandet uppmanas både publik och orkester att stående klappa händerna och röra sig i takt till musiken. Det går visserligen att se de påbjudna rörelserna och handklappen som genrespecifika. Men med tanke på att sången framfördes av en svart sångerska uppbackad av två vita män, och att deras hudfärg ytterligare förstärktes av att kvinnan bar en svart klänning medan männen var klädda i vita kostymer, tenderar framträdandet att peka ut olikheter på ett sätt som kan beskrivas som exotiserande.²⁷ Enligt kulturteoretikern Stuart Hall skulle betoningen av olikheter i detta sammanhang kunna karaktäriseras som representerade genom tydliga skillnader och polariserade binära extremer.²⁸

Genom att företrädare för El Sistema å ena sidan betonar vikten av att ta hänsyn till människors likheter och å andra sidan bejaka deras olikheter i sin strävan efter att skapa förutsättningar för social inkludering framträder två diskurser: en universalistisk och en särartsdiskurs.²⁹ Medan den universalistiska innebär ett erkännande av människors lika värde och rättigheter till respekt, baserar särartsdiskursen, tvärtom, erkännandet på vad som är unikt för en individ eller en grupp individer. Frågan om hur barnen i El Sistema kan skapa sig själva utifrån både sina kulturella

likheter och olikheter är intressant i ljuset av de båda diskursernas motrörelser. Filosofen Charles Taylor betonar dock att det finns kopplingar mellan de två diskurserna så till vida att den universalistiska likvärdighetspolitiken inbegriper föreställningar om att varje individ är unik, liksom att det unika betraktas som något universellt mänskligt. På samma sätt återfinns inom särartspolitiken ett visst mått av universalism i dess betoning av möjligheten att själv definiera sin egen identitet/kultur. Trots beröringspunkter kan dock den universalistiska politiken och särartspolitiken lätt motverka varandra. Principen om lika respekt kräver två saker. Dels att vi behandlar människor på ett särartsblint sätt, vilket i sin tur kan tendera att leda till att maktordningar och kulturella dominansförhållanden osynliggörs. Dels att vi samtidigt som vi i vår utgångspunkt i det gemensamma måste erkänna och understödja särarten.³⁰

MÖJLIGHETER OCH HINDER FÖR SOCIAL INKLUDERING I EL SISTEMA

Att skapa kunskap kring relationen mellan konstnärliga undervisningspraktiker och frågor om social inkludering som ett led i att främja barns och ungas sociala och emotionella välbefinnande, ser vi som något mycket väsentligt. El Sistema utgör en intressant empirisk plattform för studier av just detta med tanke på verksamhetens sociala och individutvecklande ambitioner. Vårt forskningsprojekt kring El Sistema har inte genererat några tydliga svar på frågan om social inkludering främjas eller ej. Men utifrån resultatet i de artiklar som använts som underlag i detta kapitel har ändå ett antal kritiska teman utkristalliserats.

För det första, det faktum att social inkludering i El Sistemas retorik bygger på en social förflyttning kan ses som problematiskt ur ett pluralistiskt perspektiv. Trots att talet om att integration är en fråga om ömsesidigt utbyte och påverkan, indikerar den sociala förflyttningen att det är vissa barn som skall erbjuda

das tillträde till geografiska platser som andra redan har tillgång till. Att den sociala inkluderingen som följer på förflyttning i det sociala rummet dessutom är förhållen de barn som formulerar mål och arbetar hårt för att nå dessa är något annat som gör denna idé diskutabel.

För det andra, att möjliggöra social inkludering genom skapandet av en kollektiv identitet kan även te sig problematiskt. Även om erbjudandet om identifikation som El Sistema-elev kan generera individuella upplevelser av tillhörighet kan en alltför snäv identifikationsplattform också verka exkluderande. Det kan inte tas för givet att alla barn på ett självklart sätt identifierar sig med västerländsk konstmusik eller med aktiviteter relaterade till den musikgenren. Den kollektiva identiteten kan vidare ses som motsägelsefull utifrån hur kulturella olikheter pekats ut som relevanta. Men att skapa utrymme för kulturella olikheter kan samtidigt innebära möjligheter att skapa pluralism, liksom sammansatta eller hybrida identiteter.³¹ Man kan här fråga sig i vilken utsträckning som betoning av likhet och/eller olikhet skapar förutsättningar eller eventuellt hindrar arbetet med att verka för social inkludering och bryta segregationsmönster är typiskt för vår samtid.

Avslutningsvis finns skäl att framhålla att vi i vårt kapitel pekat på fler hinder än möjligheter för social inkludering genom El Sistemas verksamhet. På vilket sätt som den tillhandahåller individuell och social utveckling är dock en fråga som behöver studeras närmare i mer praktisknära delstudier där barnens perspektiv ges större utrymme än vad vår undersökning – hittills – gjort.

NOTER

1. *Likvärdig utbildning i svensk grundskola? En kvantitativ analys av likvärdighet över tid*, Stockholm: Skolverket, 2012; *Nationella utvärderingen i musik, bild och slöjd*, Stockholm: Skolverket, 2015.
2. Nihad Bunar och Jenny Kallstenius, *Valfrihet, integration och segregation i Stockholms grundskolor*, Stockholm: Utbildningsförvaltningen, 2007; Dennis Beach och Ove Sernhede, "On Creativity and Resi-

- stance in Nordic Youth Culture on the Margins”, *Young People and Marginalisation: Young People from Immigrant Families in Scandinavia*, Gestur Gudmundsson, Dennis Beach och Viggo Vestel (red.), London: Tufnell Press, 2013.
3. Diana Marie Hollinger, *Instrument of Social Reform: A Case Study of the Venezuelan System of Youth Orchestras*, Arizona: Arizona State University, 2006.
 4. Julie Allan, ”Inclusive Education and the Arts”, *Cambridge Journal of Education*, 44:4, (2014), s. 511–523.
 5. Sarah Atkinson och Tim Rubidge, ”Managing the Spatialities of Arts-based Practices with School Children: An Inter-disciplinary Exploration of Engagement, Movement and Well-being”, *Arts & Health*, 5:1 (2013), s. 39–50.
 6. Anne Bamford, *”The Wow Factor: Global Research Compendium on the Impact of the Arts in Education”*, New York: Waxmann, 2006.
 7. Even Ruud, ”Musikk, identitet og kulturell anerkjennelse”, *Kunskapens konst: Vänbok till Börje Stålhammar*, Eva Georgii-Hemming (red.), Örebro: Örebro universitet, 2007; Mark Tarrant, Adrian. C. North och David J. Hargreaves, ”Youth Identity and Music”, *Musical Identities*, Raymond A. MacDonald, David J. Hargreaves och Dorothy Miell (red.), New York: Oxford University Press, 2002; David J. Hargreaves, Dorothy Miell och Raymond A. R. MacDonald, ”What are Musical Identities and Why are They Important?” *Musical Identities*, MacDonald, Miell och Hargreaves (red.); Andrea Creech, P. Gonzales-Moreno, L. Lorenzo och G. Waitman, *El Sistema-Inspired Programs: A Literature Review of Research Evaluation and Critical Debates*, San Diego: Sistema Global, 2013; Andrea Creech, ”Learning a Musical Instrument: The Case of Parental Support”, *Music Education Research*, 12:1 (2010); Roger Mantie. ”Getting Unstuck: The One World Youth Arts Project, the Music Education Paradigm and Youth without Advantage. *Music Education Research*, 10:4 (2008), s. 473–483.
 8. Estelle Jorgensen, ”Concerning Justice and Music Education”, *Music Education Research*, 9:2 (2007), s. 169–189.; Ylva Hofvander Trulsson, ”Musical Upbringing in the Eyes of Immigrant Parents”, *Finnish Journal of Music Education*, 3:1 (2010), s. 25–38.
 9. June Boyce-Tillman, ”Music and the Dignity of Difference”, *Philosophy of Music Education Review*, 20:1 (2012), s. 25–44; Lise Vaugeois, ”Social Justice and Music Education: Claiming the Space of Music

- Education as a Site of Postcolonial Contestation”, *Action, Criticism, and Theory for Music Education*, 6:4 (2007), s. 163–200.
10. Creech, m fl. *El Sistema-Inspired Programs*.
 11. Geoffrey Baker, *El Sistema: Orchestrating Venezuela’s Youth*, New York: Oxford University Press, 2014.
 12. Monica Lindgren och Åsa Bergman, ”El Sistema som överskridande verksamheter – konstruktion av ett musikpedagogiskt forskningsprojekt”, *Texter om konstarter och lärande*. Tarja Karlsson-Häikiö, Monica Lindgren och Marlène Johansson (red.), Göteborg: Art Monitor, 2014; Åsa Bergman och Monica Lindgren, ”Social Change Through Babumba and Beethoven: Musical Educational Ideals of El Sistema”, *Svensk tidskrift för musikkforskning – Swedish Journal of Music Research*, 96:2 (2014), s. 43–58.; Monica Lindgren, Åsa Bergman och Eva Sæther, The construction of social inclusion through music education: Two Swedish ethnographic studies of the El Sistema programme, in press i *Nordic Research in Music Education Yearbook* vol 17(4); Åsa Bergman, Monica Lindgren och Eva Sæther, ”Struggling for Integration. Universalist and separatist discourses within El Sistema Sweden”, kommande i *Music Education Research*.
 13. Charlotte Aull Davies, *Reflexive Ethnography: A Guide to Researching Selves and Others*. London: Routledge, 2008.
 14. Bergman och Lindgren, ”Social Change Through Babumba and Beethoven”.
 15. Se under rubriken *Stiftelsen El Sistema Sverige* (botten av sidan), 2014, www.elsistema.se (160610).
 16. Eva Öhrström, ”Stockholms Arbetareinstituts folkkonserter och deras betydelse för konsertlivet”, *Musiken, folket och bildningen: Glimtar ur folkbildningens historia*, Eva Öhrström (red.), Linköping: Mimer, 1997.
 17. Carl Dahlhaus, *Nineteenth-Century Music*, Los Angeles: University of California Press, 1989.
 18. Thomas Ziehe, *Øer af intensitet i et hav af rutine: Nye tekster om ungdom, skole og kultur*, Köpenhamn: Politisk Revy, 2004.
 19. Bergman och Lindgren, ”Social Change Through Babumba and Beethoven”.
 20. Hofvander Trulsson, ”Musical Upbringing in the Eyes of Immigrant Parents”.
 21. Monica Lindgren, Åsa Bergman och Eva Sæther, ”The construction

- of social inclusion through music education: Two Swedish ethnographic studies of the El Sistema programme”.
22. Hargreaves, Miell och MacDonald, ”What are Musical Identities and Why are They Important?”; Creech, ”Learning a Musical Instrument”; Mantie, ”Getting Unstuck”.
 23. Tomas S. Popkewitz, ”The Sociology of Knowledge and the Sociology and Political Theory in Education: Foucault and a Social Epistemology of School Practices”, *Foucault’s Challenge: Discourse, Knowledge and Power in Education*, Tomas S. Popkewitz och Marie Brennan (red.), New York: Teachers College Press, 1998.
 24. Monica Lindgren, Åsa Bergman och Eva Sæther, ”The construction of social inclusion through music education: Two Swedish ethnographic studies of the El Sistema programme”.
 25. Åsa Bergman, Monica Lindgren och Eva Sæther, ”Struggling for Integration. Universalist and separatist discourses within El Sistema Sweden”.
 26. Bruno Nettl, *The Study of Ethnomusicology: Twenty-nine Issues and Concepts*, Chicago: University of Illinois Press. 1983; se också Bergman och Lindgren. ”Social Change Through Babumba and Beethoven”.
 27. bell hooks, ”Eating the Other Desire and Resistance”, *Black Looks: Race and Representation*, Boston: South End Press, 1992.
 28. Stuart Hall, *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*, London: Sage, 1997.
 29. Jämför Charles Taylor, *Multiculturalism and the ”Politics of Recognition”*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1992.
 30. Taylor, *Multiculturalism and the ”Politics of Recognition”*.
 31. Homi Bhabha, *The Location of Culture*, London: Routledge, 1994/2004.

FILM OCH EXISTENTIELL HÄLSA

Tomas Axelson

VAD GÅR MITT liv ut på? Var är min plats i världen? Hur ska vi leva tillsammans med varandra? Hur känns det att leva? Detta är exempel på existentiella frågor som vi människor brottas med. När vi tolkar våra liv gör vi det med de gestaltande resurser som finns runt omkring oss i form av all mänsklig kultur i vid mening; språk, symboler, vanor, riter, litteratur, poesi, dans, musik, bildkonst, film, dataspel och lek. Många talar om bristen på ett gemensamt meningssystem för nutidsmänniskan. Religionsfilosofen och livsåskådningsforskaren Carl Reinhold Bråkenhielm beskriver en tilltagande värdefragmentisering där nutidsmänniskan får allt mindre stöd i ett gemensamt övergripande meningssystem.¹ Hur ska man då uppfatta talet om fragmentiserade och individualiserade meningssystem? Är det så att människan blir berövad möjligheten till en övergripande tolkningsram för förståelsen av sitt liv? Många menar det. Individualiseringsprocesserna i vårt samhälle bidrar till en ökad börda av existentiell ångest, något som bland annat religionspsykologen Antoon Geels diskuterar. Geels beskriver hur en fragmentiserad värld leder till symbolförlust, rotlöshet och meningslöshet och hävdar att detta inneburit en existentiell yrsel och en ”kollaps [...] för människans möjligheter att förstå sig själv och sin plats i samhället”.² Religionspsykologerna Cecilia Melder och Valerie DeMa-

rinis drar liksom Geels relativt långtgående slutsatser och menar att vissa grupper saknar en fungerande existentiell världsbild och därmed språk för att uttrycka existentiella frågor.³

Slutsatser av det här slaget håller jag bara delvis med om. Människor lider i vissa avseenden av en symbolförlust, det vill säga en avsaknad av ord och språk för en existentiell livstolkning. Många är frikopplade från kulturella och sociala traditioner och förankringar i därtill hörande idésystem. Men i ett annat avseende blir bilden missvisande och täcker inte in människors förmåga att konstruera mening på annat sätt. Tidigare har forskare talat om det skrivna ordets betydelsefulla potential och skönlitteraturens förmåga att utgöra en livstolkande kulturell arena.⁴ I likhet med den brittiske religionssociologen Gordon Lynch menar jag att bruket av fiktionsfilm idag kan ha den funktion som litteratur hade under tidigare epoker. ”It may be useful to think of the role of film in contemporary culture as potentially being analogous to the role of the novel for the eighteenth-century cult of sensibility”.⁵ Allt fler forskare visar empiriskt hur människor i olika åldrar, via berättelser i film, är omgivna av ett existentiellt tilltal och har tillgång till ett existentiellt mättat språk som de också använder och gör bruk av på ett oväntat dimensionsrikt sätt.

Detta kapitel kommer att ge exempel på två olika forskningsprojekt om hur filmupplevelser kan bidra till och samspela med övergripande tolkningsramar för förståelsen av livet. I det ena exemplet presenterar jag en analys av hur populärkulturella fiktionsberättelser kan bidra till en reflexiv och pågående transformation av människors självförståelse.⁶ Jag lyfter här fram en ung filmtittare, Filip 22 år, som får berätta om sin starka upplevelse av filmen *Apocalypse Now* (Francis Ford Coppola 1979) som han använder som självterapi eller, som han kallar det själv, sin personliga medicin. Han representerar en av många röster i det filmforskningsprojekt som handlar om fiktionsberättelser och filmberättelsers förmåga att beröra unga människor på djupet. I det andra forskningsexemplet diskuterar jag reaktionen hos några kvinnor i en sorgprocess som fick se en kontemplativ kortfilm,

men vars effekt på dem blev mycket överraskande för mig och oss andra i projektet. Den kontemplativa filmen *Natt* (2014) skapade förvirring hos deltagarna och lyckades inte knyta an till intervjupersonernas livstolkning, mer än i någon mån. Tvärtom skapade filmupplevelsen frustration och irritation, vilket jag försöker förstå och tolka varför det blev så.

FORSKNING OM PUBLIKENS RELATION TILL FIKTIONSFILM

I mer än ett decennium har jag forskat om filmpublikens upplevelser av film. I min avhandling från 2008, *Film och mening: En receptionsstudie om spelfilm, filmpublik och existentiella frågor*, kunde jag se hur upplevelser av fiktionsfilm utgjorde en resurs för människors självförståelse och tolkning av sin plats i världen. Det treåriga forskningsprojekt som därefter sjuöptes 2011, ”Filmengagemang och självets utopiska reflexivitet”, resulterade i en bok 2014 med titeln *Förtätade filmögonblick: Den rörliga bildens förmåga att beröra*. I denna empiriska receptionsstudie framträder två aspekter av fiktionsbruk som jag slogs av. Dels data som speglar en hög nivå av repetitivt filmtittande, det vill säga unga människor ser samma film om och om igen. Dels såg jag tecken på att sociala filmvanor tycks ersättas av mer individualiserade och privata sätt att konsumera fiktion. Ny statistik visar att mellan en femtedel och en fjärdedel av unga vuxna mellan 20 och 35 år en genomsnittlig dag ser en film.⁷ I min enkätundersökning med uppföljande grupp- och individintervjuer kunde dessa siffror synliggöras på ett intressant sätt. Många unga vuxna ägnar sig åt att se *samma* film inte bara fem eller tio gånger utan i mitt material finns många personer som ser sina älskingsfilmer 25, 30, 40 och långt över 50 gånger.⁸ Detta empiriska resultat omdirigerade delvis min forskningsnyfikenhet i riktning mot att försöka kartlägga vilka behov detta intensiva fiktionsbruk kan tänkas stå för hos filmpubliken.

I projektet analyserade jag insamlade data från 309 unga vuxna, studerande vid en svensk högskola. Drygt 90 procent av de svarande var i åldern mellan 20 och 35. Några enstaka personer var i åldrarna uppåt 50 år. Ca 58 procent var kvinnor och 42 procent var män. Enkäten fungerade som ett urvalsinstrument för att fånga upp personer som gav uttryck för ett filmengagemang genom att de uppgav att de sett om vissa viktiga filmer i sitt liv. I nedanstående tabell återger jag det samlade översiktliga resultatet av de genomförda djupintervjuerna med tio särskilt intressanta filmbrukare ur det större enkätaterialet på 309 personer. Jag kontaktade personer som uppgivit att de sett en och samma film upprepade gånger och mitt syfte var att få dem att berätta varför de återvänt till just denna film. Till intervjuerna ombads mina respondenter att från sin valda film nämna en eller två scener som gjorde honom eller henne extra berörd. Sittande framför min dator såg vi på dessa scener ur filmen tillsammans och min respondent berättade utförligt vilka tankar och känslor som filmsekvenserna gav upphov till. Var och en förklarade också i vilken livssituation och vilket sammanhang filmen kom att bli viktig för dem. I sammanställningen av intervjuresultatet differentierar jag mellan olika dimensioner som synliggörs hos intervjupersonerna och i tabellen nedan presenteras denna spännvidd av dominerande funktioner i de olika individuella intervjuerna. Tabellen är en sammanfattning av den kartläggning av på vilket sätt mina intervjupersoner gav uttryck för engagemang i en vald film och vilken karaktär detta engagemang hade, av mig identifierat som olika dimensioner av filmengagemang. För en mer detaljerad redogörelse hur dessa kategorier teoretiskt och empiriskt växte fram i bearbetningen av mina intervjudata, hänvisar jag till *Förtätade filmögonblick. Den rörliga bildens förmåga att beröra* (2014).

**BESKRIVNING AV FILM-
ENGAGEMANGETS KARAKTÄR****TEORETISK BENÄMNING**

1. Film ger tillfälle till gemenskap med andra (Turner, Graeme, 1999)	Social dimension
2. Film bidrar till ro och harmoni (Höijer, Birgitta och Werner Anita, 1998)	Meditativ dimension
3. Film skapar ram för vardagen (Lyden, John C., 2003)	Rituell dimension
4. Film skapar fysiska reaktioner (Grodal, Torben 2009)	Senso-motorisk dimension
5. Film formulerar konflikter (Wuss, Peter, 2009)	Probleminventerande dimension
6. Film formulerar drömmar (Johansson, Thomas, 2002)	Utopisk dimension
7. Film formulerar moraliska ideal (Zillman, Dolf, 2005)	Etisk dimension
8. Film formulerar samhällskritik (Elsaesser & Buckland, 2002)	Politisk dimension
9. Film ger insikter om varat (Johnston, Robert K., 2007)	Filosofisk-existentiell dimension
10. Film ger perspektiv på jaget (Vaage, Margrethe Bruun, 2009)	Självreflexiv dimension
11. Film ger förändrade medvetandetillstånd (Butler, L. och Palesh, O., 2004)	Hypnotisk dimension
12. Film ger berättelser om övergripande ordning. (Lynch, Gordon, 2007)	Symbolisk-nomisk dimension
13. Film ger audiovisuell njutning (Best, Susan, 2007)	Estetisk dimension
14. Film ger inblick i filmhantverket (Monaco, James, 2000)	Produktionsdimension

Tabell 1. Översikt av olika typer av filmengagemang efter djupintervjuer med individer djupt berörda av särskilda filmer med urval av nyckelscener som skapat förtätade film-ögonblick.

Två dimensioner står ut som dominerande och återkommer i flera av intervjuerna, nämligen uttryck för att film ger perspektiv på det egna jaget, en *självreflexiv* dimension. I samma omfattning förekommer uttryck för att film ger en lustupplevelse och en audiovisuell njutning, en *estetisk* dimension. I något mindre omfattning återfinns följande dimensioner närvarande i ett antal intervjuer; film formulerar moraliska principer, en *etisk* dimension, film formulerar drömmar om livet, en *utopisk* dimension, film bidrar till ro och harmoni, en *meditativ* dimension samt att film ger förändrade medvetandestillstånd, en *hypnotisk* dimension. I några få intervjuer gavs exempel på en *rituell*, en *filosofisk-existentiell* samt en *symbolisk-nomisk* dimension i filmbruket. Dominerande och identifierbara i endast enstaka fall var följande; en *produktions-*, *problem-lösande-*, *politisk*, *sensomotorisk* samt en *social* dimension.

För att ge en inblick i denna resultatöversikt vill jag presentera den mest komplexa intervjun i denna fallstudie, med Filip, 22 år, som använder sin valda film *Apocalypse Now* som något han kallar för sin personliga medicin och genom den bearbetar han en problematisk fråga han brottats med i sitt liv.

APOCALYPSE NOW OCH FILIP 22 ÅR

Mitt under brinnande Vietnamkrig ligger kapten Willard apatisk och bakfull och tittar på fläkten i taket på ett hotellrum när två amerikanska soldater knackar på och högkvarteret ger honom ett hemligt uppdrag. Han ska ta sig upp för floden och in i förbjudet territorium på andra sidan gränsen till Kambodja. Där härskar sedan en tid en amerikansk överste Kurtz som har upprättat ett skräckvälde där alla moraliska gränser passerats i fullt utblommad mänsklig galenskap. Uppdraget är att ta sig fram till överste Kurtz och eliminera honom. Krigets vietnamesiska vardag krockar med den amerikanska arméns nyckfulla våldsamt som utmanar Willard. Hans uppdrag krockar också med idén om moral och vilka instinkter och krafter som kan bemäktiga sig människan när allt är i fritt fall.

Filip kom i kontakt med *Apocalypse Now* som 14-åring när han gick på högskolan kring 2004 och förväntade sig en häftig krigsfilm om Vietnamkriget. Redan första gången han såg den upptäckte han att *Apocalypse Now* inte var någon vanlig krigsfilm utan att den åstadkom något helt annat än att bara förmedla ”Wow, häftigt dom skjuter!”⁹ Här mötte han en film som gjorde ett enormt intryck på honom: ”Det var nästan en religiös upplevelse första gången jag såg den. Det liksom visade mig vad en film kan vara”. På min fråga vad det var filmen lyckades visa honom svarar han sökande: ”Ja, jag kände ... jag vet inte ... det var som om världen inte var så enkel längre”.

Samtalet kommer att fokusera på Filips upplevelse av människors nyckfulla normer och plötsliga kast i grupp beteenden när en situation byter skepnad. Under sin gymnasieperiod något år senare var han ny i sin klass och blev inte insläppt i gemenskapen och var ganska utsatt. Det var framför allt under dessa år som Filip såg filmen om och om igen som någon slags bearbetningsprocess av sin situation.

Situationen i klassrummet var hela tiden flytande och filmen fångar in denna paradox mellan lugnet på ytan och våldet som visar under ytan. De scener som Filip valt ut till vårt samtal berör på olika sätt den här erfarenheten hos honom. Intervjun med Filip präglas av en utförlig växling mellan filmens och Filips tankar och jämförelser med erfarenheterna från de nyckfulla och ombytliga koderna i klassrummet, från normal vänlighet till mobbande elakhet och sedan tillbaka till den normala ytan igen.

Willard är i filmens inledning den karaktär som Filip kan identifiera sig med. En person som står lågt i position.

Jag tror just den militära rangordningen att man blir kommanderad att man ska göra just det där. Man är dömd till sin lott. Och det relaterar till mig ... att jag kände att ”Du är väl ingenting värd”. Du är liksom dömd att göra ett arbete som du inte ... liksom fastna någonstans där jag inte vill vara. Och det är där jag ligger i den sociala rangordningen.

Willard har i filmen ett givet uppdrag som håller honom uppe men han söker också sitt verkliga livsuppdrag, vad det är han egentligen ska åstadkomma i livet. Detta känner Filip igen hos sig själv. Filip hade inget riktigt fotfäste under den här perioden för 4–5 år sedan. Willards karaktär fångar känslan för Filip på ett mycket generellt plan. Den andra karaktären är överste Kurtz som Willard söker upp för att döda. Kurtz har en viljekraft som Filip attraheras av, att han skapar något utanför ramarna. Filip är fullt medveten om att Kurtz moral är helt förkastlig, men ser personlighetsegenskaper som då hjälpte Filip att bearbeta sin situation om än bara för stunden: ”Det är beslutsamheten. Att han vet att det han gör är rätt och att han inte har någonting att ångra”.

Den första scenen som Filip har valt skildrar den amerikanska patrullbåten ingripande mot en grupp vietnameser, som alla dödas. Vi följer patrullbåten som åker uppför en flod och möter en liten båt med vietnameser ombord som fraktar grönsaker. Filip konstaterar att amerikanerna egentligen inte hade behövt stanna och undersöka båten och dess passagerare. Kaptenen fattar dock beslutet att genomsöka djonken. Språkförbistringen gör att ett missförstånd uppstår och man blir oense om en kvinna som sitter och vaktar på en korg. Hon flyttar inte på sig och en ung svart soldat tappar besinningen och släpper lös sin automateld och skjuter vilt mot allt och alla på båten. De andra soldaterna förlorar också kontrollen och börjar skjuta och snart är de flesta vietnameser döda. En kvinna är svårt skadad och blöder ymnigt, men vid liv. Henne försöker man då att lyfta ombord på patrullbåten för att överlämna henne till andra vietnameser längre uppåt floden.

Kapten Willard deltar inte i skottlösningen och har tittat på under kaoset. Han kliver fram och tar sin pistol och skjuter kallblodigt ihjäl den sårade kvinnan. Filip pekar på Willards märkliga kyla och hans obevekliga beslutsamhet: ”Bara den här brutaliteten. Jag tycker det är intressant i den här scenen att Willard redan visste vart det skulle barka hän”. Soldaterna i scenen växlar mellan att följa den militära uppförandekoden och besiningslös brutalitet. Filip pekar på denna paradox i sekvensen,

”det här dubbla att besättningen skjuter dom här människorna i båten men dom ska ändå rädda [kvinnan]”. Filip resonerar vidare om hur denna moral på ytan när som helst krackelerar.

Filip känner från sin gymnasietid alltför väl igen godtyckligheten när moraliska principer överges på ett ögonblick som i mobbningen i klassen och där situationen växlade från en ytlig normalitet där vänlighet och en trevlig korrekt attityd när som helst kunde övergå i det motsatta.

Dom andra skötte sig inför lärarna, inför auktoriteten, om man säger så. Det var ju väldigt konstigt för att man kunde umgås vanligt. Och sen kunde det smälla till i grupp så där. Och sen så var det helt normalt igen. Det förväntades att skulle umgås normalt liksom så här ... fina snälla på nåt sätt.

Filip resonerar om vilka starka känslor de här situationerna väckte hos honom när han och inte bara han, utan också andra, drabbades av gruppens plötsliga kast från normalitet till brutalitet.

Han berör skulden dessa situationer skapade hos honom utifrån vanmakten att inte ha kraften att försvara sig själv. Men Filip lyfter också fram en obehaglig tillvänjning av det onormala och en acceptans att nöja sig med några små smulor av normalitet och gemenskap. Situationen var i verkligheten olöslig för Filip och löste sig inte förrän han bytte umgängeskrets. Men erfarenheten av mobbningen som riktades mot honom och andra grundlade en kall vrede hos honom som aldrig kom till utlopp: ”Det var väldigt många gånger man ville ha ett automatgevär och bara ...”.

Filip resonerar om likheterna mellan scenen han berörs av vid patrullbåten i *Apocalypse Now* och skolverkligheten: ”Det är så godtyckligt. I ena stunden kan det vara säkert och andra gånger kan det vara ... livsfara”. Så är det för vietnameserna i djonken. Först är det säkert för dem: ”Och sen smäller det till. Sen blir det normalt igen”.

Intervjun rör sig försiktigt över minerad mark och Filip tänker innan han svarar. Han är medveten om att han berör kom-

plexa sociala och moraliska processer som han funderat mycket på genom åren.

Den allra mest betydelsefulla scenen i filmen för Filip är mycket oväntad för mig. Det är den långa monologen som överste Kurtz i Marlon Brandos gestalt levererar under några minuter mot slutet av filmen. Tillsammans ser vi Kurtz reflektera över en situation där hans mannar har vaccinerat en grupp barn men där fiendens elitstyrkor kommer till byn strax efteråt och hugger av alla barnens vaccinerade armar.

Kurtz kastas från förtvivlan över dådet till dess han i ett förklarar ögonblick inser styrkan, viljekraften, genialiteten hos den som förmår genomföra dessa handlingar med en överlägset ren och tränad disciplin: ”Jag tycker det där är den bästa scenen i hela filmen faktiskt. För där ser man liksom den här galenskapen i Kurtz, men även det här hur han resonerar kring det han tror är rätt”.

Filip pekar på att det finns en logik i galenskapen i det han säger om att det är inga monster utan vanliga människor som är kapabla till detta dåd. Det är den insikten som får Kurtz att få storhetsvansinne och själv gå över gränsen till galenskap. Filip fördjupar sitt resonemang om människans föreställning om en existerande moral: ”Vi är inte mer än djur. Vi tror att vi har moral. Vi tror att vi har dom rätta insikterna, men det är inte alltid så. Det är aldrig så, skulle man kunna säga”. Filip menar att moralen som människor konstruerar inte har någon fast punkt förankrad i något substantiellt: ”Den enda sanning som finns är att det inte finns någon sanning. Det finns inget rätt eller fel”.

Liksom ett övermänniskoideal sätter sig Kurtz över alla mänskliga principer. Filip kom så småningom att läsa Nietzsche och gjorde omedelbart parallellen mellan filmen och ett som han uppfattade nietscheanskt inspirerat övermänniskoideal: ”När jag läste Nietzsche så tänkte jag ... 'Jaha, Apocalypse Now, the Book' liksom”. Filip ser övermänniskan gestaltad i Kurtz, en individ som går över den moraliska gränsen. Filip är djupt fascinerad av överste Kurtz galenskap. Samtidigt betonar Filip att han inte själv därmed omfattar denna moralsyn. Han ser också vissa

paralleller till kapten Willard som han känner står närmare honom själv som karaktär. Willard har också ett drag av övermänniskoideal som med beslutsamhet skapar någon form av självbestämmande. Efter att själv ha dödat överste Kurtz måste han välja väg: ”För mig när Willard har dödat, står han ju själv inför ett val om han ska bli någon sorts efterföljare. Sen väljer han att inte göra det. Jag ser det i alla fall så att han åker bort med båten”.

Men Willard har uppfyllt övermänniskoidealet, enligt Filip. Han har inte bara utfört den order som militärsystemet bad honom att uppfylla som en soldats plikt, utan han gör det av egen vilja. Han har kapat banden till sig själv och samtidigt bygger han upp sig igen. Trots att tankarna är viktiga för honom har han dock inte föreslagit *Apocalypse Now* för den filmklubb han och hans vänner har bildat. Filip illustrerar därmed en tendens som jag lägger märke till; vissa filmupplevelser skyddas från insyn från andra och förblir privata.

Filmen *Apocalypse Now* har Filip sett bortåt 35 gånger. Filip beskriver hur filmupplevelsen förändras över tid från att från början ha varit starkt emotionellt och genom åren ha utvecklats: ”Primärt väldigt känslomässigt . . . sen har det liksom blivit mer tankemässigt, mer reflekterande”. Varje gång han ser den så ser han någonting nytt. Men också hur filmen skapar något av ett förändrat sinestillstånd hos honom när han ser den om igen: ”Eftersom jag känner den så väl så kan jag liksom hamna in i någon sorts tempo, kan jag säga . . . så att världen försvinner”. Kanske är det förklaringen till att han föredrar att se den ensam. Han kan försjunka i den på ett annat sätt när han ser den på egen hand. Bara två-tre gånger har han sett *Apocalypse Now* tillsammans med andra.

DEN MÖRKLAGDA SALONGEN – VI PROJICERAR VÅRT INRE PÅ VITA DUKEN

Filip beskrev sitt första möte med *Apocalypse Now* som en ”religiös upplevelse”. Filmen gjorde således ett extra-ordinärt intryck på Filip och absorberade honom på ett omfattande sätt. Min slut-

sats utifrån detta och flera av hans andra uttryck pekar på att filmen ledde in honom i ett särskilt tillstånd. ”När jag har sett den själv ... det är nästan som en sorts meditativ upplevelse”. Hans förtrogenhet med filmens berättelse gör att han tycks kunna hitta detta vilsamma sinnestillstånd som är både åtråvärt och behagligt. Det finns psykiatriker och forskare inom beteendevetenskap som diskuterat filmens förmåga att skapa förändringar i medvetandet hos en person försjunken i en film. Filmteoretikerna Robert Stam, Robert Burgoyne and Sandy Flitterman-Lewis pekar på att visningssituationen – åtminstone traditionellt sett i en biografis mörklägda salong – kan underlätta detta:

Den mörklägda salongen, den stora belysta duken, placeringen av filmprojektorn bakom åskådarna kombinerat med tekniska hjälpmedel som kamera och ljus och filmens förmåga att skapa en verklighetsillusion, adderat med åskådarens mer eller mindre medvetna projektionsprocesser, utgör sammantaget biografens särskilda kapacitet att frammana ett ”drömtillstånd” hos filmpubliken.¹⁰

Psykologerna Lisa Butler och Oxana Palesh menar att skickliga filmskapare kan skapa komplexa karaktärer som tillåter filmtittaren att engagera sig med sin egen historia av laddade minnen. Tittaren projicerar sin egen livshistoria på filmens karaktärer. Filips upplevelse av *Apocalypse Now* skulle kunna förstås utifrån en psykologisk process som Butler och Palesh kallar *dissociativ*.¹¹ Film möjliggör ett frivilligt engagemang i dissociativa upplevelser där undanträngda minnen och känslkomplex kan få komma till ytan inom ramen för en trygg och i grunden positiv filmupplevelse och som kan försätta tittaren i ett hypnosliknande tillstånd på ett icke-patologiskt sätt, som en del av människans spontana och naturligt tillgängliga psykologiska förmågor.¹²

Genom det känslomässiga tillstånd som filmen *Apocalypse Now* försänker Filip i, får han möjlighet att bekanta sig med känslkomplex som är viktiga för honom. I analysen av samtalet med

Filip menar jag att man kan se hur de båda scenerna som han valt ut hänger ihop med det sätt på vilket han upplevde att vara utsatt för mobbning och de reaktioner detta väckte hos honom. Följer jag denna tankegång har erfarenheterna av mobbning skapat ett känslomässigt komplex som påverkat Filip på ett kraftfullt och negativt sätt. Detta vidrör också Filip i intervjun. Han pekar på hur denna situation hotade hans trygghet i livet. När som helst kunde en situation växla från normal till livsfara. Han beskriver också med egna ord hur dessa erfarenheter skapade ett mindervärdeskomplex liksom en skuld känsla inför att han inte lyckades sätta stopp för det här.

Erfarenheten av mobbningen skapade en uppdämd vrede hos honom som aldrig kom till utlopp mer än i en tanke. Teorin om dissociation stipulerar att vi som människor har dissociativa delar av vår personlighet som vi oftast har under kontroll. Men den energi som är knuten till dessa sidopersonligheter kan frigöras när kontrollen uppluckras något, vilket kan ske när vi som människor går in i förändrade mentala tillstånd.

Butler och Palesh menar att detta är något människan hela tiden på olika sätt spontant söker i vardagen. De kallar dessa tillstånd för *förändrade medvetandestillstånd*, ”altered states of consciousness”, tillstånd som människan rör sig inom även till vardags såsom vid dagdrömmar, meditation, kreativt skapande eller när man blir uppslukad av en bok och glömmer tid och rum:¹³

Det slår oss att upplevelser av (*icke-patologiska*) dissociativa aktiviteter som dessa *tycks representera en hörnsten i människans vardagserfarenheter* – så vanliga och så näraliggande att dessas roll i våra liv inte fullt ut har uppmärksammats eller empiriskt undersökts på rätt sätt.¹⁴

Film har enligt dem en unik förmåga att inbjuda tittaren till detta.

Dissociativa erfarenheter kan vara svåra att klä i ord men filmens uttrycksformer kan gestalta dessa inre tillstånd genom en kreativ användning av bildklipp, visuella associationer, kommenterande eller kontrasterande ljudeffekter, icke-kronologiskt be-

rättande med omkastad tidsföljd, dialog och voice-over, med mera. När detta fungerar dynamiskt skapas en bro mellan filmen som konstnärlig artefakt i det yttre och filmåskådarens egna subjektiva erfarenheter och minnen i det inre, underlättat av filmberättelsens förmåga att skapa ett alternativt universum att befinna sig i.

Undertryckta känslor och inre komplex kan då komma i rörelse. Om jag tillämpar detta resonemang på Filips filmupplevelse kan hans uppdämda vrede kring minnet av mobbningen och de skuldkänslor han talar om utgöra ett känslomässigt komplex som han inte får utlopp för i sin vanliga vardag. Detta komplex tolkar jag som aktualiserat i de två filmscener han valt som de som berört honom allra mest i *Apocalypse Now*. För det första som det plötsliga utbrottet av aggressioner vid den första båtscenen då en av soldaterna tappar kontrollen och besinningslöst skjuter omkring sig. För det andra som en filosofisk utgjutelse om brutalitet och människans inneboende kapacitet för gränslös grymhet i den andra scenen. De två scenerna hänger tematiskt ihop kring aggressioner och våld och berör den moraliska gränsen för när det är legitimt att använda våld.

Min tolkning är således att filmen *Apocalypse Now* berör Filip på ett mångbottnat sätt. För det första finns en uttalad tankemässig reflektion. För det andra finns ett starkt känslomässigt engagemang i filmen. Den känslomässiga dimension skulle med Butler och Palesh teoretiska perspektiv förstås som att filmen erbjuder Filip möjligheten att artikulera traumatiska erfarenheter. Min spekulation är också att Filip i det känslomässiga engagemanget också upplever dissociativa 'jag-tillstånd' (ego-state) genom vilka bortträngda och starka känslor finner ett möjligt utlopp genom att dessa projiceras på filmen och kanske allra mest framträdande i de två valda scenerna.¹⁵

Det jag med Butler och Palesh vill betona är att denna möjlighet att uppleva förändrade medvetandetillstånd av det här slaget är en av människans spontana förmågor som en del av ett *salutogen*, alltså "hälsofrämjande", beteende. Steget till att dessa fenomen då och då spontant uppträder inom ramen för en filmupple-

velse är inte långt. Med hjälp av inre kreativitet, visualiseringar och engagemang i filmberättelser kan fiktionsupplevelser på det sättet bidra till salutogena bearbetningar av komplexa psykologiska processer. Precis så som Filip uttryckte sig spontant om filmen under intervjun när han förklarade vad som var så speciellt med *Apocalypse Now*: ”Jag använde den som nån sorts medicin”.

Denna förmåga till förändrade jag-tillstånd är troligen en verksam mänsklig egenskap av universell karaktär som kan komma till användning inom religionernas värld över hela jorden i form av shamanistiska ritualer, karismatiska rörelsers känslomässiga intensitet, meditationstekniker, ande-resor et cetera.¹⁶ Butler och Palesh diskuterar likheter mellan förändrade medvetandetilstånd i samband med filmtittande med andra aktiviteter så som dagdrömmande, lekar i fantasins värld, meditation och hypnos, aktiviteter som alla inkluderar absorption.

Den argumentation jag för här vilar på den underförstådda premissen att jag diskuterar människan ur ett salutogent perspektiv där den friska människan spontant gör bruk av underhållning och fiktivt berättande och försjunker i en lek med tankar och känslor kopplat till sin livsförståelse, det som ibland kallas *positiv psykologi*.¹⁷ Utifrån ett salutogent perspektiv ser jag i mina filmundersökningar människor som hanterar komplexa livsfrågor, moraliska dilemman och kritiska visioner om andra sätt att leva på med hjälp av fiktion som resurs för utveckling av sig själva och sin blick på världen. Helhetsintrycket från mina fallstudier är att fiktionsfilm erbjuder förtätade filmögonblick som kan utgöra en för individen viktig konstruktiv resurs för transformation och utveckling av jaget och som spänner över ett stort fält av affekter, kognitioner och audiovisuell estetik. Det finns goda skäl att utifrån empiriska studier både i Sverige och internationellt dra slutsatsen att detta är en viktig resurs för dagens människor, inte minst unga, som via film och tv-serier inte bara låter sig underhållas, utan samtidigt reflekterar över sig själva och sin plats i samhället, liksom ställer sig kritiska och moraliska frågor om i vilken riktning världen rör sig, politiskt och ideologiskt.¹⁸

Om upplevelser av fiktionsfilm kan stimulera dessa dimensioner under de rätta omständigheterna är steget inte långt till att ställa ytterligare en fråga beträffande film som existentiell resurs. Skulle dessa spontana upplevelser utifrån fiktionsfilmer iscensättas mer medvetet och appellera till människor i olika existentiella tillstånd genom att exponera en väl vald film med en potential att korrespondera med människors djupare känslotillstånd i en given situation? Tanken är inte att beröra den komplexa frågan om propagandafilms historia och dess försök att kommunicera och manipulera människors känslor och tankar. Här är ärendet mera att se på film ur ett omvårdnadsperspektiv och undersöka filmberättandets existentiella potential med dess förmåga att med audiovisuella medel beröra människan både affektivt och kognitivt.

ERFARENHETER AV EN NATURFILM I SORGEGRUPPER

Filmregissören Marianne Strand, filmfotografen Malin Nicander och projektledare LaVonne Quinth ställde i sitt projekt "Film som medium för restorativa upplevelser" intressanta frågor om hur film skulle kunna vara en resurs i olika krissituationer. De hade en specifik idé om huruvida en naturfilm *Natt* (2014) på nio minuter med kontemplativ prägel skulle kunna utgöra en estetisk och upplevelsemättad impuls för bearbetning av olika faser i en livskrisprocess. Utifrån en vårdfilosofisk tanke om att konst- och kulturupplevelser kan spela en terapeutisk roll i olika mänskliga sammanhang ställdes frågan om denna konkreta film kunde fungera som en katalysator för upplevelser av djupare meningsfullhet. Frågan fick ett överraskande svar. De åtta medverkande kvinnorna mellan 30 och 60 år i sorgegrupperna reagerade starkt på den kontemplativa filmen *Natt* på ett sätt som påkallar eftertanke. Intrycket av kortfilmen var i huvudsak negativt med uttryck för otålighet och till och med irritation gentemot filmens tilltal. Nedan redogör jag för två förklaringar till denna reaktion.

Filmen inleds med en långsam panorering som följer en svagt belyst metalltråd i ett elstängsel som efter ca tre minuter avslutas med att bildsekvensen visar hur eltråden har ett fäste i en granitstolpe. Denna inledande åkning i extrem närbild beredde flera deltagare åtskilliga tolkningsbesvär och man var upptagen med att tolka och rent faktiskt identifiera vad det var man betraktade. Det inledande visuella motivet med en diagonal linje som löpte från bildens nedre vänstra kant snett uppåt till bildens övre högra kant fungerande inte som en poetisk öppen och vilsam ljuslinje att vila ögonen på utan skapade tolkningsfrustration, enligt flera av deltagarna.

Varför blev åskådarna så sysselsatta med vad filmbilderna föreställde? Enligt psykologen och filosofen Jerome Bruner skapar människan i grund och botten mening i tillvaron genom narrativ förståelse.¹⁹ Detta meningssökande är ständigt närvarande, också när vi ser film. Filmens bilder samspelar på ett kognitivt sätt med schematiska grundstrukturer i det mänskliga psyket som pionjären för det kognitiva filmteoretiska perspektivet, David Bordwell, utförligt skrivit fram.²⁰ De rörliga bildernas input samspelar med mentala kognitiva kartor. Mening skapas när matchning äger rum mellan det yttre visuella motivet och våra inre, schematiskt strukturerade och perceptuellt organiserade, kognitiva föreställningar om tillvaron. Uppstår inte matchning skapas en perceptuellt baserad frustration i det mänskliga psyket.

Den andra problematiken handlar om ett filmiskt intryck som deltagarna själva inte aktivt valt att relatera till i sina liv. De har visserligen frivilligt ställt upp på ett samtal om film, men det har inte själva valt *vilken* film. De kommer till en konstruerad situation och får ta del av en film med en starkt formulerad konstnärlig idé om en viss aspekt av människans djupare krisbearbetningsprocess. Denna potentiellt normativa idé riskerar dock att gå i otakt med deltagarnas egen sorgprocess i all sin unika variationsvidd. Deltagarna i grupperna befann sig i en process som pågått något halvår och några av kvinnorna uttryckte synpunkter som spontant berörde detta. Jag tolkar det uttryckliga mot-

ståndet mot filmen *Natt* från majoriteten av deltagarna som ett vakthållande och ett skyddande av de egna inre psykologiska processerna. I detta fall korresponderar inte filmens narrativ med de egna erfarenheterna i livet utanför den filmens värld.

Hos en person uppstod dock en matchning mellan filmens tilltal och hennes eget inre. Paula, 34 år, reflekterade över en del vackra bilder som i många stycken stämde med hennes sorgprocess: "Det var vackert och i det jag befinner mig så känner jag igen mig". Hon tyckte filmen då och då lyckades fånga sorgen och stillheten. Paula gav också uttryck för en önskan av att ha kunnat få se andra bilder i en film som skulle kunna ha skänkt tröst och vara stärkande, med andra valörer i känslan: "Varför inte en dag med åkrar, nåt ängsfält av nåt slag". Paula utvecklar ytterligare hur hon ser alternativa bilder framför sig, präglade av ljus: "Det får gärna vara soligt. Jag tänker mig en stillbild på en blomma, lite färg och liv. Och sen en sten som solen lyser på, som ger värme".

Paula förklarar hur hennes trygghet ser ut med ljus och värme och även om hon känner igen sig i sorgens mörker så behöver det inte vara mörkt hela tiden. Det kan vara dag och liv också som driver på: "Man vill ju framåt". Inspirerad av frågan om vilka slags bilder de skulle ha valt att ha med i en filmisk gestaltning kom flera av deltagarna med egna förslag. Malin, 42 år, nämnde bilder som kunde innehålla människor i olika åldrar och inte bara natur och mollmusik. Hon reflekterar om den isolering man kan hamna i genom sorgprocessen där man kan befinna sig i en bubbla långt från andra människor. Naturbilder kan vara vilsamma och kravlösa i och för sig men hon skulle också behöva bredden, bilder av människor i alla åldrar, barn och äldre. Det behöver inte vara soligt men gärna dagsljus, menar hon: "Och så inte mollmusik tänker jag. Gärna stråkar. Det finns ju lugn musik som är i dur, vilsam, lugn utan att vara stressande".

Josefin, 35 år, fyller på och broderar ut en bild hon ser framför sig. "Precis i gryningen, tänker jag mig. Där hade jag hittat vila tror jag. Om man tänker morgondis och dagg i gräset. Lite så här

... dagen startar ... moln som spricker upp”. Eva-Lena, 40 år, ser en sommar dag framför sig och utvecklar en ljus vision:

Jag tänker på vatten som slår emot en strand. Det tycker jag skapar lugn. Och det ska vara sommar ... en sommaräng med en massa blommor ... och man kan gå där ... eller *ligga* ner i gräset på sommarängen och titta upp på en blå himmel ... och så ska det vara musik i dur ... lugn musik ... fåglar.

Eva-Lena beskriver en vision av vilsamma naturscenerier som domineras av harmoni. Reaktionerna i filmsamtalet visar på en nyanserad variationsbredd liksom visionerna om olika slags bilder som skulle skänka tröst i var och ens unika situation.

SLUTSATSER OM FILM SOM EXISTENTIellt MÄTTAT TILLTAL

Allt fler empiriska fallstudier pekar på filmens förmåga att beröra människan på djupet som ett existentiellt mättat språk. Hur detta fungerar tycks omgärdas av vissa gynnsamma omständigheter som får konsekvenser för de många försök som görs för att lyfta in filmen som resurs både inom skolans värld liksom inom sjuk- och hälsovård. Film uppfattas med rätta som ett socialt medium som vi historiskt sett genom biografen och tv-mediet i första hand sett tillsammans med andra. I ett alltmer teknologiskt välutbyggt informationssamhälle som det svenska, tycks filmmediets sociala dimension långsamt kompletteras och kanske rent av ersättas av en tilltagande individualiserad och privat filmpraktik. Filmkonsumtion har ändrat karaktär. Tillgängligheten på film i vardagslivet via nätet gör filmtittandet alltmer domesticerat och inbäddat i vardagen, via dator, iPad eller smartphone.

Denna privata meningsskapande dimension tror jag att det är mycket viktigt att notera när man i vällovlig anda vill gripa sig an människors livssituation vare sig det handlar om elever eller

patienter. Det är inte alldeles lätt att ”tygla” filmmediets emotionella kraft på ett sätt som respekterar människors upplevelsekapacitet och detta tycker jag är synligt både i mitt exempel från fiktionsforskningsprojektet liksom den ambitiösa filmidén med kontemplativ film för sorgegrupper.

Vissa villkor tycks inrama den filmiska erfarenheten där utrymme ges för individens engagemang både kognitivt och affektivt och som innebär att den enskildes emotionella upplevelse i sin helhet får rum. Detta är synligt i exemplet Filip från fallstudien ovan. Film har en förmåga att fånga en känsla i enskilda scener som den enskilde metaforiskt överför till sitt eget liv som påminner om något och som aktiverar minnen från egna erfarenheter av liknande situationer. När det fungerar emotionellt tillfredsställande aktiveras ett nätverk av associationer och tidigare personliga erfarenheter skapar en personligt relevant, idiosynkratisk respons utifrån filmen, där känslor och tankar skapar en upplevelsemässig helhet som väcker djup genklang hos filmtittaren som matchar den egna livssituationen. Det uppstår en emotionellt engagerad rörelse mellan den audiovisuella gestaltningen – intra-text – till det egna verkliga livet utanför filmen – extra-text. När detta äger rum på ett tillfredsställande sätt och med ett positivt engagemang aktiverat kan man tala om en rörelse mellan film och individens eget liv. Filmen blir en psykologisk resurs som ger en möjlighet att bli *transporterad* in i det berättande narrativet, för en möjlig bearbetning av egna livsprocesser, där en *transformation* också kan äga rum. Som filmforskare ser jag exempel på att detta är en ganska ömtålig och oförutsägbar process där människor mer eller mindre aktivt och medvetet relaterar till olika slags filmer för en metaforisk och symbolisk bearbetning av livet, ofta utifrån filmer man råkar se i sin vardag. Plötsligt kan en scen med en viss känsla – ”a narrative feeling” – fånga något personligt viktigt.

Min slutsats av erfarenheten med samtalsgrupperna är att det för flertalet fall inte kan konstrueras fram genom en i förväg uttänkt avsikt med ett specifikt tilltal i en avsedd riktning. Därtill är den kulturella uttrycksformen film alltför dimensionsrik och dess

respons hos publiken alltför oförutsägbar. Hur tilltalet till publiken landar är en komplicerad materia, och ingen inom filmindustrin har tillgång till den gyllene formel som i en given historisk tidpunkt förmår att fånga in en nyckfull publik. Inte ens de mest penningstinna filmproduktionssystemen i världen lyckas nämnvärt bra med detta trots påkostade förhandsvisningar med provpublik.

Att filmen som konstform har terapeutiska effekter i människors liv är ur ett empiriskt forskningsperspektiv alltmer uppenbart, men förståelsen för *hur* filmer har denna effekt kräver en till vissa delar ännu outvecklad begreppsapparat. Djup respons uppstår. Vid vissa ögonblick och under särskilda omständigheter kan en yttre representation i filmisk form korrespondera med en inre representation som hos den enskilde väcker en psykologisk respons genom en komplex mental process som resulterar i *förtätade filmögonblick* där den enskilde i samspel med filmen skapar existentiellt mättad mening på djupet. Det är detta film i sina bästa stunder erbjuder, nämligen en representationsform för affekter och kognitioner, känslor och tankar, som med estetiska medel förmår artikulera en existentiellt mättad *utblick* på världen som hos vissa i filmpubliken får en existentiellt mättat *respons*.

Utmaningen inför framtiden är att förstå det alltmer framträdande audiovisuella meningsskapandet i vår samtid. Det gäller för samhällsinstitutioner som skolan och vården, liksom för kyrkan som med växande intensitet relaterar till film som konstform att fördjupa kunskaperna i denna speciella kommunikationsform. En utmaning ligger också i människans metaforiska lekfullhet som är alltför oförutsägbar och kreativ för att kunna uppskatta *vilka slags* filmer som kan fylla en önskad terapeutisk funktion för bearbetning av människors mera komplexa existentiella tillstånd. Dialogen med filmen är en ännu inte fullt ut utnyttjad skattkista, en reservoar för reflektion och kontemplation, tillgänglig för många och kan i sina bästa stunder beröra vår tids komplexa konflikter med en gestaltning som når fram till människans allra svåraste brottningar med livet. Vad går mitt liv ut på?

Var är min plats i världen? Hur ska vi leva tillsammans med varandra i världen? Hur känns det att leva? Film kan i gynnsamma stunder erbjuda komplex mening och formar ett subjektivt, existentiellt, filosofiskt, estetiskt och emotionellt tilltal, tillgängligt på ett lustfyllt sätt mitt i människors vardag.

NOTER

1. Carl Reinhold Bråkenhielm, "Vad gör vi med framtidspessimismen – och vad gör framtidspessimismen med oss?", *Apocalypse now: fakta, ideologi och domedagsscenarior i klimatförändringarnas kölvatten*, Bodil Liljefors Persson och Johanna Gustafsson Lundberg (red.), Lomma: FLR, 2007.
2. Antoon Geels och Owe Wikström, *Den religiösa människan: En introduktion till religionspsykologin*, Stockholm: Natur & kultur, 2006, s. 388.
3. Cecilia Melder, *Vilsenhetens epidemiologi: En religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa*, Uppsala: Uppsala universitet, diss, 2011; Valerie DeMarinis, "Själavård, existentiell hälsa och existentiell epidemiologi i det postmoderna Sverige", *Mötet med den splittrade människan: Om själavård i postmodern tid*, Marie Anne Ekedahl och Björn Wiedel (red.), Stockholm: Verbum, 2004.
4. Owe Wikström, *De ofrånkomliga orden: Religionspsykologiska studier i modern svensk skönlitteratur*, Stockholm: Gummesson, 1982; Owe Wikström, *Aljosjas leende: Om gudsfrånvaro, mystik och skönlitteratur: Religionspsykologiska perspektiv*, Stockholm: Natur och kultur, 1997; Gordon Lynch, "Film and the Subjective Turn: How the Sociology of Religion Can Contribute to Theological Readings of Film", *Reframing Theology and Film: New focus for an Emerging Discipline*, Robert K. Johnston (red.), Grand Rapids, Michigan: Baker Academic, 2007; Torsten Pettersson, "Livet enligt författaren. Att studera livsåskådningar i skönlitteraturen", *Livet enligt människan: Om livsåskådningsforskning*, Carl-Reinhold Bråkenhielm, Maria Essunger och Katarina Westerlund (red.), Nora: Nya Doxa, 2013.
5. Lynch, "Film and the Subjective Turn", s. 119.
6. Tomas Axelsson, *Förtätade filmögonblick: den rörliga bildens förmåga att*

- beröra*, Stockholm: Liber, 2014; Se även Margrethe Bruun Vaage, "Self-Reflection: Beyond Conventional Fiction Film Engagement", *Nordicom Review*, 30:2 (2009), s. 159–178.
7. Ulrika Facht och Karin Hellingwerf (red.), *Mediebarometern 2012*, Göteborg: Nordicom, 2013.
 8. Axelson, *Förtätade filmögonblick*, 28 ff.
 9. Samtliga citat är hämtade från 31 sidors utskrift av intervjun med "Filip" 2012-12-06.
 10. I Lisa D. Butler och Oxana Palesh, "Spellbound: Dissociation in the Movies". *Journal of Trauma & Dissociation*, 5:2 (2004), s. 65.
 11. Butler och Palesh, "Spellbound: Dissociation in the Movies".
 12. Butler och Palesh, "Spellbound: Dissociation in the Movies", s. 66.
 13. Ibid.
 14. Butler och Palesh, "Spellbound: Dissociation in the Movies", s. 67.
 15. Joan H. Hageman och Claire Frederick, "Phenomenological and Evidence Based Research in Ego State Therapy", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56:1 (2013), s. 66–85.
 16. Hageman och Frederick, "Phenomenological and Evidence Based Research in Ego State Therapy".
 17. Stewart M. Hoover, *Religion in the Media Age*, Abingdon: Routledge, 2006, s. 41. Se också Aaron Antonovsky. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & kultur, 1991.
 18. Tomas Axelson, *Förtätade filmögonblick*; Mary Beth Oliver och Tilo Hartmann, "Exploring the Role of Meaningful Experiences in Users Appreciation of Good Movies", *Projections*, 4:2 (2010). Se också Tomas Axelson, "Filmengagemang, moraliskt patos och hjälte-tyrkan. Publikens respons på *Gladiator*", *Svärd, sandaler och skandaler: Antiken i film och i tv*, Isak Hammar och Ulf Zander (red.), Lund: Studentlitteratur, 2015.
 19. Jerome S. Bruner, *Acts of meaning*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1990.
 20. David Bordwell, *Making Meaning: Inference and Rhetoric in the Interpretation of Cinema*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1989, s. 136 ff.



MUSIKLYSSNING OCH HÄLSA

Lars Lilliestam

MÅNGA ÄR DE människor som upplevt att musik haft en stark inverkan på dem i olika situationer i livet. Musik har fått dem att bli glada och lyckliga och vilja dansa och röra sig, känna gemenskap med andra, fått dem att minnas saker, gjort dem eftertänksamma, gett tröst i svåra situationer, gjort att de kunnat avreagera sig, skänkt avkoppling när de varit stressade. Kort sagt: musik har fått människor att må bättre och gett dem mental styrka.

Redan de gamla grekerna, liksom människor i andra antika kulturer, upplevde att musik var en kraft som påverkade dem och hade föreställningar om hur musiken, människan och kosmos hängde samman. Den moderna vetenskapen må se på deras idéer med viss skepsis och vi är idag inte helt säkra på hur antikens idéer ska förstås, men det är viktigt att inse att tänkandet om musikens makt är mycket gammalt.

Inom den moderna västerländska och naturvetenskapligt baserade medicinen har effekter som inte varit direkt fysiskt påvisbara och mätbara till stor del skjutits åt sidan. Att man inte uppmärksammat eller varit skeptisk mot tankar om samband mellan exempelvis musik och hälsa är ur detta perspektiv till viss del förståeligt. Även inom den humanistiskt orienterade musikvetenskapen har idealistiska tankar om musikens ”andlighet” liksom om dess ”autonomi” – alltså fristående från samhälleliga

förhållanden, historisk situation, tekniska och ekonomiska förutsättningar – tett sig främmande för många forskare.

Ingenting kan vara helt autonomt, utan ingår på ett eller annat sätt i sociala och kulturella sammanhang. Musik är skapad, avlyssnad och använd av människor i en viss situation, vid en viss tid, på en viss plats, under vissa förutsättningar.

Under senare årtionden har dock frågor om musikens verkan och betydelse fått alltmer uppmärksamhet i forskningen, och till följd av det har också ett intresse för sambanden mellan musik och hälsa utvecklats. Mängder av vetenskapliga studier och flera forskningscentra och forskningsnätverk har vuxit fram främst i USA, Storbritannien och Tyskland, men även i våra nordiska grannländer.

Synen på vad musik är och kan vara och dess roll som mänskligt uttrycksmedel har vidgats. En viktig orsak är den tekniska utvecklingen. Digitaliseringen med bland annat mobila lyssningsapparater (iPods, mobiler, bilstereo, datorer, strömmande digitala musiktjänster) gör det möjligt att lyssna på nästan vilken musik som helst nästan när och var som helst. Med stor sannolikhet lyssnar människor idag på musik i en större utsträckning än någonsin förut och delvis på nya sätt – musiken har fått en annan och kanske större roll i människors liv än tidigare.

Det här kapitlet ger en kortfattad överblick av forskning kring musiklyssning och hälsa med betoning på så kallad existentiell hälsa. Framställningen inleds med en diskussion av några olika sätt att se på grundbegreppen musik och hälsa, vilken följs av en forskningsöversikt, liksom ett resonemang om forskningsmetoder, samt ett stycke om klinisk och vardaglig musikterapi. Därefter presenteras fyra konkreta exempel på hur musik och hälsa kan hänga ihop och några sammanfattande slutsatser. Det kan påpekas att jag i texten använder flera citat från mitt pågående forskningsprojekt *Musiklyssning, meningsskapande och hälsa*.¹

SYNSÄTT PÅ BEGREPPEN MUSIK OCH HÄLSA

Artikelns titel innehåller två begrepp, musik och hälsa, som man kanske i förstone tänker sig inte behöver definieras. Men båda är mångtydiga, och vardagliga definitioner ter sig ofta vaga och oproblematiserade.

Musik

Snart sagt alla musikhistoriska och musikfilosofiska studier innehåller någon form av definition av musik. Det finns många sätt att se på vad musik är. För enkelhetens skull använder jag här min egen definition från boken *Musikliv*. Musik är:

icke-verbala av människan organiserade ljud som hon på olika sätt använder socialt och tillskriver betydelser.²

Musik är alltså inte bara något som låter. Den är ett tecken, en symbol, betyder något, kommunicerar. Musik är något som görs, en aktivitet. På senare år har uttrycket ”musika” (på engelska ”musicking” eller ”to music”) allt mer kommit i svang. Jag definierar ”musikande” som:

alla aktiviteter där musik ingår, exempelvis lyssna, spela, skapa musik, dansa, prata eller berätta om musik, läsa om musik, samlas på musik, att ”ha musik på hjärnan” och sjunga eller dra sig till minnes musik tyst inom sig.³

Fokus ligger här på bruket av musik, dess effekter och på hur musiken kommunicerar – inte i första hand på verken, låtarna, musikererna och upphovsmännen. Musik har blivit ett verb, inte ett substantiv. Det är inte bara den klingande musiken som är viktig utan vad man gör med den och vad som sker runtomkring musiken. Man skulle kunna sammanfatta perspektivet med grundfrågan ”vad gör människor med musik – och musik med människor”?

Detta tvär-och mångvetenskapliga synsätt är på många sätt i grunden musiketnologiskt, men det har under framförallt de senaste 20 åren allt oftare använts även i relation till vår egen kultur.⁴ Det är alltså varken musiksociologi, musikpsykologi, musiketnologi eller musikvetenskap – utan någonting mitt emellan dessa discipliner. Ännu finns inget etablerat namn på detta gränsöverskridande synsätt, men på engelska talar man ibland om "cultural musicology" eller "the cultural study of music".⁵ Kanske kan detta översättas till till "kulturinriktad musikvetenskap"?

Några viktiga drag inom denna forskning är att musiken studeras i ett socialt, kulturellt och personligt sammanhang. Musikens mening uppstår i ett komplext samspel mellan *musiken* och *människorna* som är aktiva kring musiken i en viss *situation*. Musiken ses som ett redskap och inte som ett stimulus som "påverkar". De som använder musiken bidrar till att mening uppstår, de blir medskapare. Ibland kallas ett sådant perspektiv "konstruktivistiskt". Alla sorters musik och musikaliska sammanhang kan och måste studeras för att man ska få en god bild av musik som ett mänskligt fenomen.

Hälsa

Inte heller hälsa är något enkelt begrepp. Det finns olika typer eller aspekter av hälsa, exempelvis fysisk hälsa, psykisk eller mental hälsa, existentiell hälsa och folkhälsa.

En klassisk definition av hälsa lanserades 1946 av Världshälsoorganisationen (WHO) som lyder: "hälsa innebär inte bara frånvaro av sjukdom och handikapp utan ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande".⁶ Den har dock ofta kritiserats, framför allt därför att den är så kategorisk och kanske rentav utopisk. Kan det verkligen finnas människor som är "fullständigt" friska enligt denna definition? Är det så enkelt att man är antingen frisk eller sjuk, har god hälsa eller dålig?

Inom modern medicin och hälsovetenskap har det vuxit fram

mera kontextuella och sammansatta synsätt. Den norske musikkforskaren och musikerterapeuten Even Ruud skriver: "att vara vid 'god hälsa' handlar mer om en subjektiv upplevelse av god livskvalitet än om frånvaro av sjukdom".⁷ Man kan alltså mycket väl ha en diagnos men ändå uppleva att man "mår bra" och kan hantera och leva med sin åkomma. Nyckelordet blir upplevd livskvalitet. Inom medicinsk utbildning används ibland beteckningen "hälsokorset" för att lite mer problematiserande beskriva vad hälsa är.⁸

"Hur vi definierar, värderar och skapar hälsa är i hög grad invävt i kultur", menar idéhistorikern Karin Johannisson.⁹ Musiksociologen Tia DeNora uttrycker det som att "sjukdom, oavsett om det handlar om depression, hjärtsjukdom eller en banal förkylning, är multidimensionell, tidsbunden och öppen".¹⁰

Denna vidgade syn på hälsa har också lett till att många forskare idag använder vad som nästan blivit en fast konstruktion, ordparet "hälsa och välbefinnande".¹¹

Existentiell hälsa och "kasam"

Ibland används även begreppet *existentiell hälsa* ("existential health" eller "spiritual health"). I WHO:s definition av detta begrepp ingår åtta komponenter: andlig kontakt, mening och syfte med livet, upplevelse och förundran över tillvaron, helhet, andlig styrka, harmoni och inre frid, hoppfullhet och optimism samt en personlig tro.¹²

Det låter som att detta har med traditionell religion att göra, men så är inte nödvändigtvis fallet, vilket tydligt framgår när man tar del av WHO:s uttolkning av begreppet.¹³ Det handlar om att känna meningsfullhet och sammanhang i tillvaron, att uppleva harmoni och mental styrka. Detta *kan* man uppnå med hjälp av bland annat organiserad religion, men det är inte alls nödvändigt. Många människor skapar idag sina egna livsåskådningar och privatreligioner med inslag av tankegods från olika trosriktningar.¹⁴ En mera neutral beskrivning är att det handlar om att byg-

ga ”meningsskapande system” kring världen och tillvaron i stort. Musik är för många ett effektivt redskap för att göra detta.¹⁵

En parallell till existentiell hälsa är den israeliske sociologen Aaron Antonovskys begrepp ”sense of coherence” – på svenska ibland förkortat till *kasam*, känsla av sammanhang – som innefattar tre komponenter nämligen att världen är begriplig och förutsägbar, upplevs som hanterbar och meningsfull. Antonovsky undersökte vad det var som gjorde att vissa människor inte bara överlevde Förintelsen utan också kunde gå vidare i livet och hantera sina fruktansvärda minnen och upplevelser. Hans svar var att de trots allt upplevde en känsla av sammanhang och meningsfullhet i tillvaron.¹⁶ Antonovsky har också myntat begreppet *salutogenes*, som handlar om hur sjukdomar och ohälsa kan förebyggas och fokuserar på det som får människor att må bra och förbli friska snarare än på att bota någon form av redan befintlig ohälsa.

Kopplingen till musik blir uppenbar i ett kärnfullt citat av Even Ruud:

musikk kan oppfylle behov for utvidet hilse, eller økt livskvalitet, fordi den revitaliserer våre følelser, musikken styrker vår kompetanse til handle, den skaper relasjoner til andre mennesker, og den gir mening og sammenheng i tilværelsen.¹⁷

Om vi lyssnar på musik eller musicerar har detta en direkt fysisk och mental inverkan på organismen. Hjärt- och andningsfrekvens, blodtryck och utsöndringar av hormoner och endorfiner förändras och leder till avslappning, spänning eller ökar vakenhetsgraden (”arousal”). Vi märker detta genom kroppsliga reaktioner som att vi stampar takten, måste röra på oss och kanske vill dansa, får ståpåls eller gåshud, fryser eller ryser, gråter, får hjärtklappning eller andnöd.¹⁸ Musiken utlöser också personliga känslor, minnen, associationer, upplevelser av gemenskap. Dessa är varken mätbara eller kvantifierbara men kan uttryckas och beskrivas genom verbala berättelser, även om sinnliga upplevelser, emotioner och associationer ofta är svåra att beskriva i ord.

Litteraturen om musik och emotioner växer också den oerhört fort, i synnerhet inom musikpsykologin, och den är i många fall nära kopplad till forskning om musik och hälsa.¹⁹ Musikande av olika slag utlöser komplicerade mentala processer som vi faktiskt än så länge förstår relativt litet av.²⁰

Men det är just genom dessa mentala och fysiska processer som musiken genererar som musiken kan påverka hälsa och välbefinnande och även fungera salutogent. Det har också visat sig att musik kan ha en smärtlindrande effekt, exempelvis efter en operation. Det blir mer och mer uppenbart hur nära det mentala och det fysiska hänger samman vid vård, läkning, terapi och rehabilitering. Det är därför kulturella och estetiska aktiviteter kan bidra med något i dessa sammanhang.

Musik botar förvisso inte sjukdomar men kan förbättra förutsättningarna för en bra behandling och i förlängningen leda till ett snabbare tillfrisknande eller att man mår bättre.

ETT SNABBT VÄXANDE FORSKNINGSFÄLT

Forskningen om musik och hälsa bör till stor del förstås just i relation till det ökade intresset för musikens användning och verkan. Här följer en mycket kortfattad översikt av forskning om nutida musikbruk och av forskning som mera specifikt behandlar musik och hälsa.

Tia DeNoras inflytelserika bok *Music in Everyday Life* utkom 2000. Den byggde på djupintervjuer med 50-talet kvinnor i USA och Storbritannien om deras musikanvändning. DeNora följde upp studien med *Music asylums* 2013 som mer vinklades mot musik och hälsa. Uttrycket "music in everyday life" har, precis som ordparet "health and wellbeing", nästan blivit ett slagord och förekommer ofta i titlar på artiklar och böcker.²¹ "Vardag" är, kanske medvetet, vagt definierat, men ska tolkas som en markering mot synsättet att musik så ofta setts som autonom, som något transcendent, något som emanerar från en icke-materiell värld eller som

något ”särskilt”, avskild från vardagen, ”konst”. Musikpsykologen John Sloboda slår huvudet på spiken när han hävdar att:

Generellt verkar ”musik i vardagslivet” (”music in everyday life”) vara ett emblem för ett anti-elitistiskt synsätt, som strävar efter att utforska hela vidden av olika sätt som människor använder musik i sina liv, hellre än att man utgår från givna föreställningar om hur människor ”borde” använda musik.²²

Några andra viktiga studier inom forskningsfältet är till exempel Even Ruuds *Musikk og identitet*, den svenska musikpsykologen Alf Gabrielssons *Starka musikupplevelser*, antropologen Ruth Finnegan *The Hidden Musicians*, sociologen Michael Bulls studier av mobilt musiklyssnande, *Sounding Out the City* och *Sound Moves: Ipod Culture and Urban Experience* samt neurologen Daniel Levitins studie av musikens funktion utifrån neurologiska och kulturteoretiska perspektiv, *This is Your Brain on Music*.²³ Nämnas kan också till exempel undersökningar av hur fans till olika artister betar sig och studier av ungdomars musikande.²⁴ Svenska översikter av denna forskning finns i min *Musikliv* och i *Musiken och jag*, som jag skrivit tillsammans med Thomas Bossius.²⁵ Alla dessa nämnda studier, med undantag för Levitin, är kvalitativa och bygger på intervjuer där människors utsagor har tolkats och strukturerats på olika sätt med hjälp av gängse kvalitativa och etnologiska metoder.

Den första boken i Norden som använde uttrycket musik och hälsa var troligen en konferensrapport från 1986 med titeln *Music and Health*.²⁶ De första studierna på svenska om musik och hälsa kom i början av 2000-talet.²⁷ Innan dess växte det under 1970-talet fram en svensk och nordisk litteratur om musikerapi.

”Bibeln” när det gäller forskningen om musik och hälsa är den massiva antologin *Music, Health and Wellbeing* från 2012 med 34 artiklar från internationellt renommerade forskare på sammanlagt 600 sidor.²⁸ Boken ger en mycket god bild av ämnets bredd.

Senter for musikk og helse vid Oslo Musikkhøgskole grundades 2008 och bedriver många olika verksamheter kring temat.

Åren 2011–2013 organiserade man det nordiska forskarnätverket MUCH, *Music Culture and Health*, och centret har också gett ut en serie skrifter och antologier, liksom en rad doktorsavhandlingar om musik och hälsa. Studiernas titlar avslöjar direkt vad de handlar om: *Life Stories: Lay Musical Practices Among Men and Women with Long-term Sickness Absence*, *A Technology of Well-being: A Qualitative Study on the use of MP3-players as a Medium for Musical Self-care*, *Den livsviktige musikken: en kvalitativ undersøkelse om musikk, ungdom og helse* och *Musikkopplevelse som muligheter for følesekunnskap*.²⁹

De uppräknade studierna är alla norska men många liknande studier har gjorts i flera länder. De flesta bygger på ett likartat teoretiskt och metodiskt fundament. Det är förvisso en styrka att man bygger kunskap på samma teoretiska grunder och att man gör flera studier som belyser likartade problem, men det kan också vara en svaghet som antyder ett smalt fokus, och det skulle möjligen ibland behövas fler röster med andra perspektiv, ingångar och ifrågasättanden.

Forskningsfältet musik och hälsa växer starkt och fort och i många riktningar. I grunden ligger ett humanistiskt perspektiv med inslag från discipliner som musikpsykologi, musiksociologi, musiketnologi och musikterapi. Kontakterna med medicinsk forskning är dock relativt sparsamma. Vi ser alltså forskningsriktningar som utvecklas sida vid sida men ofta tyvärr utan närmare kontakt med varandra.

HUR FORSKAR MAN?

Det existerar många vad vi kan kalla för ”mirakelhistorier” om musikens märkliga effekter och verkningar. De handlar ofta om hur människor på oväntade sätt blivit friska(re) eller utvecklat nya, mer eller mindre fantastiska, förmågor under inflytande av musik. Sådana historier är påfallande ofta kopplade till klassisk musik och tycks ingå i den ideologiska kampen om vad som ska anses vara bra och dålig musik.³⁰ De vetenskapliga bevisen är

dock ofta svaga eller icke existerande, och exemplen bygger gärna på så kallad anekdotisk evidens och underbyggs varken av vetenskaplig forskning eller beprövad praxis.

När det gäller det vetenskapliga studiet av musikens inverkan på och betydelse för människan arbetar olika discipliner med olika metoder baserade på olika perspektiv på musik. Som musikvetare kan man ibland irriteras över en okunskap och omedvetenhet i synen på musik hos en del forskare från andra discipliner som man inte skulle våga visa upp när det gäller ens egna vetenskapliga praxis. Det kan gälla exempelvis genrebegrepp, som behandlas lättvindigt fast de är mycket komplicerade, eller att man har en naiv, idealistisk och begränsad syn på musik.

Hur kan man då forska om eventuella samband mellan musik och hälsa? De viktigaste metoderna är kvalitativa intervjuer resulterande i verbala beskrivningar av musikupplevelser och hur människor säger sig påverkas av musik, samt fysiska mätningar av vad som händer i kroppen eller hjärnan när man musicerar eller lyssnar. Vilken metod man väljer beror givetvis på vilken fråga man ställer.

Vid *kvalitativa intervjuer* kan en informant förvisso ljuga eller frisera sina svar, men risken är ganska liten vid en välgjord intervju. Däremot kan utsagorna bestå av berättelser som medvetet eller omedvetet fått en fast form som lever sitt eget liv och upprepas som en del av ens biografi och identitet. Ett annat problem kan givetvis vara att det är svårt att minnas. Men genom att systematiskt ställa samman, kategorisera, granska och analysera intervjusvar kan man upptäcka och blottlägga samband, likheter och skillnader bland berättelserna.

Fysiska mätningar kan avslöja att något händer i organismen men inte *vad* som sker på ett mentalt plan. De indikerar exempelvis biokemiska förändringar men säger ingenting om *vilka* personliga upplevelser, minnen, associationer och känslor som aktiveras – och dessa är helt centrala när det gäller musik och hälsa.

Det är önskvärt att undersökningar görs i verkliga miljöer under så naturliga förhållanden som möjligt, inte i ett laboratorium

under konstlade omständigheter, även om detta kan vara svårt att genomföra i praktiken.

En slutsats blir att det vore bra om man, om det är möjligt och beroende på frågeställningen, kunde använda kombinationer av metoder, exempelvis kvalitativa och kvantitativa eller berättelser tillsammans med olika typer av mätdata. Tyvärr tenderar forskare att göra sina studier enbart utifrån sina egna disciplinära traditioner och metoder utan kontakt med andra ämnesperspektiv.

Ibland målas det upp motsättningar mellan kvalitativa och kvantitativa metoder, men min uppfattning är att de borde kunna komplettera varandra eftersom de kan ge svar på olika typer av frågor. Det skulle vara intressant att kombinera intervjuer med mätningar gjorda i vardagen eller vid en konsert med hjälp av tröjor av så kallade smarta textilier, alltså textilier med inbyggda sensorer för olika fysiska och kroppsliga reaktioner. Svårigheterna ligger främst i att förstå varandras sätt att resonera, perspektiv och begrepp och att våga släppa in forskare med andra perspektiv i sin egen verksamhet.

En svårighet är också att forskare i många studier är vaga och oprecisa vad gäller musiken. I värsta fall studerar man verkan av ”musik” i allmänhet. Men det är verkligen viktigt för effekten *vilken* musik man lyssnar på, och det räcker inte alltid att säga att det är en viss genre eller artist. Det som ger effekt kan vara en viss specifik låt, kanske till och med ett avsnitt i en låt eller små detaljer som sättet man sjunger en viss textrad eller till och med ett ord. Det är bland annat detta som mitt forskningsprojekt *Musiklyssning, meningsskapande och hälsa* avser att undersöka.

KLINISK MUSIKTERAPI – VARDAGLIG SJÄLVTERAPI – MUSIK OCH HÄLSA

Relationen mellan begreppen musikterapi och musik och hälsa är något oklar. Till viss del framstår musik och hälsa som ett bredare begrepp och verkar ibland ha ersatt begreppet musikterapi,

så att musikterapi blivit en del av musik och hälsa. Det tycks som om begreppen just nu rör sig runt varandra. Det är därför lämpligt att skilja mellan klinisk musikterapi och vardaglig självterapi med hjälp av musik.

Klinisk musikterapi har en lång tradition, men i sin moderna form växte den fram efter andra världskriget både som en terapeutisk praktik och en forskningsdisciplin i framförallt USA, England och Tyskland. Musik används här i kliniskt syfte för att behandla olika patologiska tillstånd. Det kan handla om att träna upp kroppslig motorik eller förmågan till kontakt och kommunikation, behandla stress och trauman eller att använda musik i psykoterapeutiska syften.³¹

Målet är ofta inte att bota utan att, som Even Ruud understryker, att ”ge människor nya handlingsmöjligheter” eller att ”hjälpa människor med att främja vitala mål i livet”.³²

En *vardaglig självterapi* innebär att människor mer eller mindre medvetet använder musik i vardagen för att påverka sitt humör och sinnestillstånd. Ofta sker detta spontant, och utan att man tänker på att det kan ses som terapi. Man omger sig av musik för att det känns bra, för att man vill sjunga med, för att musiken sätter tempot för ens träning, för att avskärma sig från jobbiga miljöer, för att ge bakgrund för vardagssysslor eller studier. Ibland kanske man också tar till musik för att bearbeta problem, för att skingra tankarna, ta del av andras erfarenheter, söka bekräftelse eller tröst.

Man kan lyssna på många olika sätt, med stor uppmärksamhet på musikens struktur och innehåll eller ha musik som en ljudande tapet. Det är vanligt att man använder begrepp som att lyssna ”aktivt” och ”passivt” eller att lyssna ”strukturellt” eller ”emotionellt”. Ofta tänker vi att vi har musik i bakgrunden medan vi gör något annat. Men musikforskaren Åsa Bergman har lanserat tanken att vi lyssnar *parallellt* med någon annan syssla. Vilket som är i bakgrunden och förgrunden kan variera. Det kanske i vissa situationer är rimligare att se det som att vi ”bakgrundsdiskar” medan vi lyssnar på musik. Problemet är att vad som anses vara goda och dåliga sätt att lyssna är så kringvärvt av gamla vär-

derande föreställningar som är svåra att frigöra sig ifrån, och som mera bygger på föreställningar än på empiriska undersökningar. Musiklyssning är i själva verket en mycket varierande, sammanfatt och komplex aktivitet.³³

Låt oss så gå över till att betrakta exempel på resultat inom forskning om musik och hälsa.

FYRA EXEMPEL

Det är genom att verka på organismen fysiskt och psykiskt liksom en förmåga att representera och symbolisera saker utanför sig själv som musik påverkar människors psykiska status, välbefinnande och existentiella hälsa.

Det är viktigt att komma ihåg att det är både musik och text som har inverkan här. I vår logocentriska kultur lyfter vi ofta fram texten, eftersom den är semantisk och framstår som lättare att analysera, men glömmar bort den klingande musikens betydelse för ”budskapet” i ett stycke musik: melodin, harmoniken, kompet, rytmen och svänget (”grooven”), sångsättet och röstens karaktär. En text som sjungs är något helt annat än samma text som läses, vare sig detta sker tyst eller högt. Samma sång och text sjungen av två olika artister kan också betyda helt olika saker.

Jag vill här ge några konkreta exempel och väljer, på grund av att ämnet är så oerhört stort, att fokusera på fyra teman: identitet, tröst och trauman – musik vid svåra stunder, hantera stress och ilska – ”gå in i sin bubbla”, samt musik och religion.

Identitet

En individs förhållande till musik förändras under livsbanan. Med stor sannolikhet är musik allra viktigast i ungdomen, mellan låt oss säga 15–25 års ålder. Detta är de formativa åren, adolescensen, då man socialiseras in i sin kultur, blir vuxen och bygger

sina politiska uppfattningar och sin livsåskådning. Många studier har påvisat hur viktig musik är i denna process, och hur den smak man då utvecklar gärna följer med genom livet. Låtar, album, artister, konserter, festivalbesök blir till milstolpar, frusna ögonblick, uttryck både för en personlig historia och för en generation. Kort sagt: man bygger en identitet.

Identitet definieras i *Nationalencyklopedin* som ”självbild, medvetenhet om sig själv som en unik individ”. En människas identitet, att veta vem man är, var man kommer ifrån och var man känner sig hemma, är central för hennes välbefinnande och trygghet. En person som vet vem hen är blir trygg i sig själv och med största sannolikhet väl rustad att hantera livets problem och svårigheter.

De faktorer som formar identiteten är exempelvis var och när man är född och uppväxt, om man är kvinna eller man, vilka ens föräldrar är och deras samhällsklass eller etnicitet. Detta förtäljer den klassiska statistikbaserade musiksociologin, och dess resultat är förvisso grundläggande, men det finns många andra faktorer som deltar i detta komplicerade spel, vilka främst kan påvisas genom intervjuer och analyser av enskilda individers livsbanor.³⁴

Vändpunkter eller omorienteringar i livet – att börja och sluta skolan, börja arbeta, skaffa en utbildning, gifta sig, få barn, flytta, bli pensionär – leder ofta till att åtminstone delar av ens intressen och till exempel musiksmak och musikintresse kan förändras och anpassas till nya omständigheter.

Musik är i själva verket ett av de viktigaste redskapen för att skapa och upprätthålla en identitet.³⁵ Att gilla en viss musik, att vara fan till någon speciell artist eller stil placerar en människa i både tid och rum, och bidrar till gemenskap och solidaritet med likasinnade – och, för den delen, avstånd till de som uppfattas som annorlunda.³⁶

Musikaliska milstolpar är för det mesta knutna till speciella händelser, kanske en konsert eller till låtar och album. Främst brukar vi då tänka på hitlåtar från topplistorna eller bästsäljan-

de album som associerar till en tid eller plats, men minst lika viktiga, fast ofta bortglömda, i ett identitetsskapande kan vara sånger mamma eller mormor sjöng, visor man lärt sig i skolan, filmmusik, musiken till dataspel, signaturer till radio- och tv-program.

Att skapa musik tillsammans i någon form av ensemble kan också betyda mycket för gemenskap och identitet. Even Ruud skriver:

Tänk på vad det betyder för en grupp människor att träffas år efter år för att sjunga i kör – inte för att vinna den regionala körtävlingen, utan för att befästa vänskap, söka tillhörighet i lokalkulturen och koppla av från vardag och jobb genom en meningsfull aktivitet. Vi vet hur sådana grupper kan bilda ett slags kulturellt ekosystem i lokalsamhället, ett mönster av sociala relationer, traditioner och tillhörigheter som ger mening åt den enskilde.³⁷

Sådana ”kulturella ekosystem” kan vara en församling, kyrkokören, ett band, ett politiskt parti, en idrottsförening eller någon annan sammanslutning. Musicerande i ett band, en orkester eller kör används också som redskap inom musikerterapi och friskvård.

Tröst och trauman – musik i svåra stunder

Ett av Bruce Springsteens fans berättar:

Det där är en sång (”Thunder Road”, min anm.) som ger mening åt mitt liv. Den låten är blodet som rinner i mina ådror. Den ger mig hopp när allt mitt hopp är borta. Jag minns när jag fick reda på att min morfar hade dött, när jag var nio. Det var första gången jag upplevde död i min familj. Det enda sättet jag kunde handskas med det var att låsa in mig på rummet, släcka lamporna, krypa ner i sängen, köra ner huvudet i kudden och spela ”Thunder Road” så högt att jag dränkte min gråt. Det var perfekt medicin

eftersom klagandet och kvidandet från munspelet genljöd med mitt eget klagande och kvidande, och det mjuka pianot förde mig som en varm kram in i en annan värld, Bruces tillflykt, skapad bara för mig.³⁸

Liknande berättelser som denna återkommer på otaliga ställen i litteraturen.³⁹ Musik är ett effektivt hjälpmedel för att bearbeta och ta sig igenom livets svåra stunder och trauman för såväl en enskild individ som en grupp eller ett samhälle. Man ”gräver ner sig” i sin sorg och vältrar sig i den för att efteråt torka tårarna och möta världen igen. Att sjunga ur sig sorgen när någon närstående avlidit eller vid en begravning är ett exempel.⁴⁰ Att sörja en förlorad kärlek med hjälp av sånger är ett annat. Det är ingen slump att musik är en så central del av många av livets ceremonier och högtider.

Efter attentaten i Oslo och på Utøya den 22 juli 2011 användes musik vid offentliga ceremonier och minneshögtider – och säkert också i privata sammanhang. Musiken blev ett medel för att bearbeta både den kollektiva och individuella sorgen, och såväl gamla, i Norge välkända och folkligt förankrade sånger, som ”Mit lille land”, ”Till ungdommen” och ”Barn av regnbuen”, som nykomponerade musikstycken och sånger kom till användning. Vid den stora minnesceremonin i Oslo några dagar efter dådet sjöng Laleh sin ”Some Die Young”, som nu plötsligt fick en ny innebörd. Både låtar som sjöngs av en artist på en scen och traditionella sånger som man sjöng tillsammans fungerade alltså i detta sammanhang.⁴¹

En viktig poäng är att den musik som fungerar terapeutiskt oftast är musik som man redan är bekant med och tycker om och som är en del av ens musikaliska universum eller musikaliska habitus (se nedan).

Det finns en stark uppfattning i vår kultur att musik är något positivt och att den ska vara glad. ”Musik ska byggas utav glädje”, heter det i visan. Och det ligger givetvis mycket i detta, men det är inte hela sanningen. Faktum är att musik kan användas

även i destruktiva syften, exempelvis för indoktrinering, för att peppa upp soldater in för en strid eller för att plåga och tortera krigsfångar.⁴²

Många människor söker sig till musik som passar deras sinnessstillstånd just i ögonblicket och följaktligen stundom även till melankolisk eller sorgsen musik. Melankoli och vemod är också en del av livet, och det behöver inte alls vara negativt. Tvärtom. Musikforskaren Toril Vist understryker:

Musikkopplevelsen forsterker gleden og gjør smerten lettere å holde ut, for eksempel ved at den gjør sorgen dypere på en god måte – den ”forskjønner” sorgen.⁴³

Det finns även ett engelskt uttryck som fångar detta: ”sweet melancholia”.

Hantera stress och ilska – ”gå in i sin bubbla”

Musik används ofta som humörregulator och för att påverka ens sinnessstillstånd i olika riktningar, för att varva upp eller ner, peppa upp sig och slappna av. Marie Strand Skånland i Norge och Michael Bull i England har båda ingående undersökt hur människor lyssnar på musik i sina mp3-spelare i just dessa syften.⁴⁴ Man går in i sin ”ljudande bubbla” och skärmar av sig från omvärlden, flyr undan och koncentrerar sig på sitt eget. Lyssnandet blir privat, ingen annan hör vad man spelar. Samtidigt kan man med hörlurarna markera för omvärlden att man inte vill bli störd eller att man själv inte utgör något hot. Strand Skånland beskriver och analyserar även hur det mobila lyssnandet bidrar till ”coping”, alltså förmågan att kunna hantera stressiga situationer.⁴⁵

En kvinnlig informant i min egen pågående undersökning av musiklyssning, Christina, beskriver hur hon under en period när hon var inblandad i konflikter på sin arbetsplats kunde hantera stressen och avreagera sig genom att lyssna på Kent när hon körde till och från arbetet:

Under en period så lyssnade jag på Kents *Vapen och ammunition* som gav mig väldigt mycket energi, och det hängde väldigt mycket ihop med bilkörning. [...] Det som hände när jag lyssnade på deras musik, och särskilt vissa låtar, det var att det gav mig energi i kroppen och jag kunde kanalisera någon slags ilska. Men det gav också positiv energi [...] och det var vissa låtar som det var väldigt mycket ilska i. [...] Det gav mig energi att överhuvudtaget gå till jobbet under den perioden när det var som jobbigast. [...] Jag blev förbannad, jävlar, dom ska inte få sätta sig på en. Som dom har gjort med andra personer. Många som råkat illa ut. Nej, jag ska resa mig, och det där hjälpte Kent till med.⁴⁶

På frågan vad det var i musiken som gav denna kraft svarade hon att det var ”deras sound och deras sätt att göra musik, men det kunde också vara någon text”.

Informanten Ellen beskriver också hur hon när hon kör bil aktivt bearbetar problem med hjälp av att lyssna på musik. Hon väljer låtar genom att zappa sig fram i sina spellistor med hjälp av mobilen.

klick klick klick, och så hittar jag en låt som passar precis den sinnestämningen jag är i just då eller den sinnestämning jag vill befinna mig i. Jag kan ju trigga igång hur jag vill må utifrån de låtar jag lyssnar på ganska mycket. Så vill jag ha en och en halv timme och böla i bilen då gör jag det. Då letar jag upp dom låtarna. Och så kan man hulkgråta en stund och så har man fått ur sig det liksom.⁴⁷

Både Christina och Ellen berättar hur de både kunde lyssna intensivt på musiken och leva sig in i den – text och musik – och fysiskt leva ut sina känslor genom att sjunga med, skrika och vråla, gestikulera. Intressant är att båda lyssnar på musik när de kör bil och att de blir starkt påverkade. Detta kan förstås även ha trafiksäkerhetsmässiga aspekter. Christina erkänner att hon ibland kör för fort när hon går igång på en bra låt. Samtidigt pekar detta

på bilens betydelse i vår kultur som inte bara ett transportmedel utan som en privat fristad där man kan bete sig hur man vill och till exempel leva ut sina känslor utan att skämmas och utan att andra ser – ofta med hjälp av musik.

Tia DeNora reflekterar över denna sorts musikbruk och menar att det finns två typer av strategier, ”removals” (att ”flytta bort”, ”ta undan”) och ”refurnishing” (”ommöblering”). I den första flyr man det som irriterar och är besvärligt utan att man egentligen försöker eller kanske kan åtgärda det, i det andra försöker man aktivt göra något åt det man störs av för att ”rucka på världen för att göra den vänligare och bättre gynna ett välmående”.⁴⁸ En ”removal” kan erbjuda det skydd man behöver i stunden, men i längden räcker det inte – förr eller senare måste man tillbaka till verkligheten med alla problem och störande element och konfrontera dem och göra något åt dem.⁴⁹

Musik som religion

Ett vanligt påstående i många undersökningar är ”jag skulle inte kunna leva utan musik” eller någon variant av detta. Vad detta egentligen betyder är lite diffust, men det pekar givetvis på att människor känner att musik är något väldigt viktigt i deras liv.⁵⁰

”Music is my religion” är ett yttrande som tillskrivs bland andra Jimi Hendrix, och om man googlar på denna fras får man många träffar. Men detta är också ett uttryck vars mening är oklar. Vad menar man egentligen med detta? Det är alldeles uppenbart att många upplever en form av ”andlighet”, mystik eller transcendens i musik som man berörs starkt av.⁵¹

Musikjournalisten Eric Schüldt har reflekterat över sitt möte med estländaren Arvo Pärts musik:

Inga terapisaamtal kan mäta sig med den ordlösa insikten om vem man på djupet är. Plötsligt är något fundamentalt förklarat, utan att man egentligen vet hur det gått till. För mig hände det när jag i tjuugoårsåldern hörde Arvo Pärts korta pianostycke ”Für Alina”.

Orden räckte inte till då. Men visst var det ett möte med det heliga, en känsla av att någonstans på själens botten vilar något som är evigt. Jag kunde hursomhelst inte värja mig. Den där musiken var jag. Dess grundton var min grundton. Som den lät, så såg jag ut inuti.⁵²

Informanten Hans-Erik i min undersökning säger:

Jag tror att musiken är min religion, eftersom jag inte har någon annan, eftersom jag inte har någon gudstro och något annat djupare sammanhang i mitt liv. Ja, förutom familj och så vidare. [...] Nu säger jag inte att det är så, utan jag testar en hypotes genom att prata om den. Men musiken är så viktig i mitt liv, och den bidrar till mitt välbefinnande. Till att göra mig helare och förhoppningsvis till en bättre människa. Men jag kan ju inte garantera att det är så.⁵³

Men vid en andra intervju tog han tillbaka sitt yttrande för att han tyckte att det var en "klyscha" och för "pretentiöst". Men likväl:

När behovet av musik uppstod så blev det ju som att äta och dricka och sova. Man måste tillföra den musikaliska näringen för att leva ett så fullödigt liv som möjligt. [...] Den är så viktig för mig att jag förmodligen skulle förtvina om jag skulle tvingas att leva ett längre tag utan att höra någon form av musik.⁵⁴

Hela den här diskussionen bör ses i ljuset av hur religionsforskare, som Thomas Luckman, Owe Wikström och David Thurfjell, beskriver hur religionen fått en ny roll i det postmoderna samhället, och hur vi gått från stora trossystem till små, från stora till små heligheter och hur människor idag, som tidigare nämnts, skapar sina egna privatreligioner, där exempelvis naturen, havet, kosmos och upplevelser av konst och musik ses som manifestationer av något högre och större än en själv, kanske "gud".⁵⁵ Sverige må ses som sekulariserat därför att organiserad religion, som

Svenska kyrkan, inte har samma auktoritet som tidigare. Det betyder dock inte att människors andliga intressen och behov nödvändigtvis är mindre, men de kan ta sig andra uttryck. Måhända ska det stora musikintresset i våra dagar ses just som ett sökande efter detta.

NÅGRA KONKLUSIONER

Musik är inte bara något som ljuder. Den är ett redskap. Den gör något med oss. Den har inverkan på vår hälsa och vårt välbefinnande. Musik påverkar den mänskliga organismen både fysiskt och psykiskt, men dess främsta betydelse när det gäller hälsa och välmående är sannolikt att den är symbolisk, att den betyder något, representerar något både kulturellt och för en enskild individ.

Musik har dock ingen mekanisk inverkan, den är inget stimulus som alltid utlöser samma respons. En viss musik leder inte till att vi självklart blir glada, kreativa, arbetar bättre eller blir avslappnade, som reklam för olika typer av funktionell musik ibland så gärna vill påstå. Vi kan lika gärna bli förbannade eller irriterade, tvärtom mot vad som avsetts, för att vi tycker illa om musiken.

Ett och samma musikstycke har alltså inte någon fast betydelse utan musikens mening kan variera från individ till individ, från tid till tid, från kontext till kontext, från kultur till kultur.

Begreppet habitus, som fått sin moderna betydelse av sociologen Pierre Bourdieu, betecknar generellt vanor, kunskaper, handlingsmönster och förmågor som en individ lärt in och förvärvat och som formats under hens uppväxt och egentligen genom hela livet. Det kan finnas olika typer av habitus, även en musikalisk sådan. En ”musikalisk habitus” består alltså av musikaliska vanor och förmågor som en människa har, som att hen lärt sig att tycka bra eller illa om olika sorters musik, att uppfatta och utföra vissa musikaliska mönster, att kunna sjunga eller spela ett instrument. Man lär sig avläsa och förstå, använda och uttrycka sig med hjälp

av de musikaliska mönster som är vanliga i ens kultur, ungefär som man lär sig ett språk.⁵⁶

Musik kan utlösa många olika reaktioner och användas och fungera på många sätt. Den kan vara en enkel förströelse eller ge stora konstnärliga och andliga upplevelser. Man kan bli glad och pigg av musik och man kan sörja till musik och finna tröst. Musik kan skapa identitet och placera in människan i ett sammanhang, tid och plats, fungera som ett uttryck för hennes livsåskådning och politik. Musik kan behandla såväl det vardagligt banala som de största existentiella frågorna som vi kan ställa och fungera som ett redskap för att diskutera och förhålla oss till dem.

Vi kan på goda grunder anta att musik verkligen har en effekt på hälsa och välbefinnande. Men vi behöver veta mycket mer om hur detta fungerar.

NOTER

1. Projektet *Musiklyssning, meningsskapande och hälsa* bygger på långa kvalitativa intervjuer med ett antal informanter. Efter att ha lyssnat på tre musikexempel valda av informanterna själva rör sig intervjuerna kring vad de tycker sig höra och uppfatta i musiken och vilken verkan de upplever att musiken har på deras välbefinnande. Projektet beräknas vara klart 2017.
2. Lars Lilliestam, *Musikliv. Vad människor gör med musik – och musik med människor*, Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2009, s. 24. Se vidare a.a., sidorna 19–33, för ett bredare resonemang kring olika definitioner av musik.
3. Begreppet myntades ursprungligen av den engelske musikforskaren Christopher Small 1998, men jag har bearbetat och vidgat dess innebörd något (se Lilliestam, *Musikliv*, s. 24).
4. Musiketnologi är en beteckning på studiet av andra musikkulturer än den västerländska.
5. Martin Clayton, Trevor Herbert och Richard Middleton, *The Cultural Study of Music: A Critical Introduction*, New York & London: Routledge, 2003.

6. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946.* WHO, 1946.
7. Even Ruud, *Varma ögonblick: Om musik, hälsa och livskvalitet*, Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2002, s. 37.
8. ”Hälsokorset” har en vertikal linje som går från ”ej sjuk” högst upp och ”sjuk” längst ner och en korsande horisontal linje som går från ”olust” eller ”må dåligt” till vänster till ”lust”, ”välbefinnande” och ”må bra” till höger. Teoretiskt kan olika hälsotillstånd och grader av sjukdom läggas in i detta mönster. Se Hälsopedagogen, *Vad är hälsa*, <http://www.halsopedagogen.se/?p=83> (160610).
9. Karin Johannisson, ”Kultur och hälsa: Två besvärliga begrepp”, *Kulturen och hälsan: Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd*, Gunnar Bjursell och Lotta Vahlne Wästerhäll (red.), Stockholm: Santérus, 2008, s.18.
10. Tia DeNora, *Music Asylums. Wellbeing Through Music in Everyday Life*, Farnham: Ashgate, 2015, s. 30: ”illness, whether depression, heart disease or the common cold, is multi-dimensional, temporal and open-ended”.
11. Raymond MacDonald, Gunter Kreuz och Laura Mitchell (red.), *Music, Health and Wellbeing*, Oxford: Oxford University Press, 2012.
12. WHOQOL SRPB Group, ”A Cross-cultural Study of Spirituality, Religion and Personal Beliefs as Components of Quality of Life”, *Social Science and Medicine*, 62:6 (2006), s. 1486–1497.; se även Cecilia Melder, *Vilsenhetens epidemiologi. En religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa*, Uppsala: Uppsala universitet, diss, 2011.
13. I WHO:s text presenteras de olika punkterna med korta förklaringar.
 1. *andlig kontakt*: kontakt med något större som hjälper en att uppleva trygghet och tillförsikt.
 2. *mening och syfte med livet*: att det finns ett speciellt syfte med att just jag lever.
 3. *upplevelse av förundran över tillvaron*: att man kan känna inspiration och tacksamhet inför sin omgivning, till exempel naturen, konst och musik.
 4. *helhet*: att tankar, känslor, handlingar, kropp, psyke och det andliga är en enhet.
 5. *andlig styrka*: att hitta sätt att komma igenom det som är svårt och känna glädje i livet.
 6. *harmoni och inre frid*: att vara tillfreds med sig själv och känna ett lugn.
 7. *hoppfullhet och optimism*: att ha en framtidstro även när livet är svårt.
 8. *en personlig tro*: (behöver ej vara av religiös art) som ger en styrka i vardagen och hjälper en att njuta av livet. Se WHO-

- QOL SRPB Group, "A Cross-cultural Study of Spirituality, Religion and Personal Beliefs as Components of Quality of Life".
14. En sammanfattning av denna forskning finns i Thomas Bossius och Lars Lilliestam, *Musiken och jag: Rapport från forskningsprojektet Musik i Människors Liv*, Göteborg: Bo Ejeby Förlag, 2011, s. 279–291; se även Owe Wikström, *Om heligheten och dess envisa väggran att försvinna*, Stockholm: Natur & kultur, 2003, och David Thurffjell, *Det gudlösa folket. De postkristna svenskarna och religionen*, Stockholm: Molin Sorgenfri förlag, 2015.
 15. Bossius och Lilliestam, *Musiken och jag*, s. 283.
 16. Anton Antonovsky, *Hälsans mysterium*, Stockholm: Natur & kultur, 2005.
 17. Even Ruud, *Lydlandskap: Om bruk og misbruk av musikk*, Oslo: Universitetsforlaget, 2005, s. 187.
 18. Töres Theorell, *Noter om musik och hälsa*, Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2009, Björn Vickhoff m fl. "Musical Piloerection", *Music and Medicine*, 4:2 (2012), s. 82–89.
 19. Litteraturen på detta fält är oerhört stor, men för en sammanfattning se Patrik N. Juslin och John A. Sloboda (red.), *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*, Oxford: Oxford University Press, 2010. Se även Alf Gabrielsson, *Starka musikupplevelser: Musik är mycket mer än bara musik*, Stockholm: Gidlunds, 2008.
 20. Psykologerna Patrik Juslin och Daniel Västfjäll, "Emotional Responses to Music: The Need to Consider Underlying Mechanisms", *Behavioral and Brain Sciences*, 31 (2010), gör en kritisk vidräkning av alltför enkla teorier och resonemang kring hur musik och emotioner hänger samman, och de föreslår en rad distinktioner mellan olika sorters reaktioner i kropp och hjärna som borde undersökas närmare.
 21. Ett paradexempel på detta är undertiteln DeNoras bok *Music Asylums: "wellbeing through music in everyday life"*.
 22. John A. Sloboda, "Music in Everyday Life: The Role of Emotions". *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*, Juslin och Sloboda (red.), s. 506: "In general, 'music in everyday life' seems to be an emblem for an anti-elitist approach, which wishes to explore the full range of ways in which people engage with music in their lives, rather than starting from some premise of how people 'should' engage with music."
 23. Ruud, *Musikk og identitet*; Gabrielsson, *Starka musikupplevelser*; Mi-

- chael Bull, *Sounding Out the City. Personal Stereos and the Management of Everyday Life*, Oxford: Berg, 2000; Michael Bull, *Sound Moves: iPod Culture and Urban Experience*, London: Routledge, 2007; Daniel J. Levitin, *This is Your Brain on Music. The Science of a Human Obsession*, London, 2006.
24. Till exempel Daniel Cavicchi, *Tramps Like Us: Music and Meaning Among Springsteen Fans*, New York: Oxford University Press, 1998; Åsa Bergman, *Växa upp med musik. Ungdomars musikanvändande i skolan och på fritiden*, Göteborg: Göteborgs universitet, diss, 2009 – för att bara nämna två.
 25. Lilliestam, *Musikliv* och Bossius och Lilliestam, *Musiken och jag*.
 26. Tryggve Aasgaard (red.), *Musikk og helse*, Oslo: Cappelen Akademiska Forlag, 2006.
 27. Ruud, *Varma ögonblick*, Theorell, *Noter om musik och hälsa*.
 28. Kreuz, MacDonald och Mitchell (red.), *Music, Health and Wellbeing*.
 29. Kari Batt-Rawden, "Life Stories: Lay Musical Practices Among Men and Women with Long-term Sickness Absence", *Musical Life Stories. Narratives on Health Musicking*, Lars Ole Bonde, Even Ruud, Marie Strand Skånland och Gro Trondalen (red.), Oslo: Norges Musikkhøgskole, NMH-publikasjoner, 2013:5; Marie Strand Skånland, *A Technology of Well-Being: A Qualitative Study on the Use of MP3-players as a Medium for Musical Self-Care*, Oslo: NMH-publications, diss, 2012:1; Hege Bjørnestøl Beckmann, "Music, Adolescents and Health: Narratives About How Young People Use Music as a Health Resource in Daily Life", *Musical Life Stories*, Bonde m.fl. (red.); Toril Vist, *Musikkopplevelse som muligheter for følelseskunnskap. En studie av musikkopplevelse som medierende redskap for følelseskunnskap, med vekt på emosjonell tilgjengelighet og forståelse*, Oslo: NMH-publikasjoner, diss, 2009:4.
 30. Lilliestam, *Musikliv*, s. 72 f.
 31. För en översikt av musikterapi som disciplin se till exempel Even Ruud, *Music Therapy. A Perspective from the Humanities*, New Braunfels: Barcelona Publishers, 2010.
 32. Ruud, *Varma ögonblick*, s. 58, 61.
 33. Lilliestam, *Musikliv*, 89–115; Bossius och Lilliestam, *Musiken och jag*, s. 106–176; Lars Lilliestam, "Att lyssna på musik: Från lyssnartypologier till intervjuer med verkliga människor", *Svensk Tidskrift för Musikforskning*, 94, 2012; Lars Lilliestam, "Music, the Life Tra-

- jectory and Existential Health”, *Musical Life Stories*, Bonde m.fl. (red.); Juslin och Västfjäll, ”Emotional Responses to Music”.
34. Bossius och Lilliestam, *Musiken och jag*, s.33–78; Lilliestam ”Music, the Life Trajectory and Existential Health”.
 35. Ruud, *Musikk og identitet*; Bossius och Lilliestam, *Musiken och jag*, s. 202–238; se en sammanfattning i Lilliestam, *Musikliv*, s.131–142.
 36. Cavicchi, *Tramps Like Us*; Eva Kjellander, *Jag och mitt fanskap: Vad musik kan betyda för människor*, Örebro: Örebro universitet, diss, 2013.
 37. Ruud, *Varma ögonblick*, s. 29.
 38. Cavicchi, *Tramps Like Us*, s.128f. Min översättning, citerad från Lilliestam, *Musikliv*, s. 143.
 39. Ruud, *Musikk og identitet*; Bonde m.fl. (red.), *Musical Life Stories*; Bossius och Lilliestam, *Musiken och jag*; Gabrielsson, *Starka musikupplevelser*; Cavicchi, *Tramps Like Is*. En sammanfattning återfinns i Lilliestam, *Musikliv*, s.130–152.
 40. Ruud ”Music, grief and life crisis”, *Musical Life Stories*, Bonde m.fl. (red.); Toril Vist och Lars Ole Bonde. ”Then Certain Songs Came’: Music Listening in the Grieving Process After Losing a Child”, *Musical Life Stories*, Bonde m.fl. (red.) – se även Vist *Musikkopplevelse som muligheter for følelseskunskap*, och Gabrielsson, *Starka musikopplevelser*, s. 191–237, 340–344.
 41. Se antologin *Musikk etter 22. Juli*, Jan Sverre Knudsen, Marie Skånland och Gro Trondalen (red.), Oslo: Norges Musikkhøgskole, NMH-publikasjoner, 2014;5, som innehåller ett flertal artiklar ur olika perspektiv om hur musik användes för att bearbeta traumat som Breiviks dåd gav upphov till.
 42. Lilliestam, *Musikliv*, s. 72–77.
 43. Vist, *Musikkopplevelse som muligheter for følelseskunskap*, s. 302.
 44. Strand Skånland, *A Technology of Well-Being*; Bull, *Sounding Out the City*; Bull *Sound Moves*.
 45. Den tyske sociologen Georg Simmel undersökte för över hundra år sedan människors strategier för att hantera stökiga stadsmiljöer där man kommer i nära fysisk kontakt och de personliga reviren hotas. Som Bull påpekar är det mobila lyssnandet ytterligare ett redskap i arsenalen för att göra detta – men det kunde ju Simmel inte ha en aning om. Georg Simmel, ”Storstäderna och det andliga livet”, *Hur är samhället möjligt och andra essäer*, Göteborg: Korpen, 1981; Bull, *Sounding Out the City*, s.136 ff.

46. Lilliestam, *Musiklyssning, meningsskapande och hälsa*, kommande.
47. Lilliestam, *Musiklyssning, meningsskapande och hälsa*.
48. DeNora, *Music Asylums*, s. 55: "modify the world so as to make it more hospital, more conducive to being well".
49. DeNora, *Music Asylums*, s. 49ff.
50. Jfr. Bossius och Lilliestam, *Musiken och jag*, s. 279–291.
51. Se exempelvis Gabrielsson, *Starka musikupplevelser*, s. 191–237.
52. Eric Schöldt, "Musiken var jag och jag ett slocknat ljus", *Expressen*, 11/9 2015. Se även Schöldts krönika i SVT1:s Kulturnyheterna 24/5 2015, som introducerades med orden "andlig musik, men inte bara för troende" – Eric Schöldt, *Kulturnyheterna 150524*, Sverige: SVT, 2015.
53. Lilliestam, *Musiklyssning, meningsskapande och hälsa*.
54. Lilliestam, *Musiklyssning, meningsskapande och hälsa*.
55. Bossius och Lilliestam, *Musiken och jag*, s. 279–291, Wikström *Om heligheten och dess envisa vägran att försvinna*, Thurfjell, *Det gudlösa folket*.
56. Bossius och Lilliestam, *Musiken och jag*, s. 75 f.

KÄLLFÖRTECKNING

1. MONOGRAFIER, ARTIKLAR OCH RAPPORTER

- Aasgaard, Tryggve (red.), *Musikk og helse*, Oslo: Cappelen Akademiska Forlag, 2006.
- Allan, Julie, "Inclusive Education and the Arts", *Cambridge Journal of Education*, 44:4, 2014, s. 511–523.
- Ambjörnsson, Ronny, *Den hemliga trädgården: Om trädgårdar i litteratur och verklighet*, Stockholm: Albert Bonniers Förlag, 2015.
- Andreasson, Jesper och Thomas Johansson, *The Global Gym: Gender, Health and Pedagogies*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014.
- Antonovsky, Aaron, *Hälsans mysterium*, Stockholm: Natur & Kultur, 1991.
- Antonovsky, Aaron, *Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- Antonovsky, Anton, *Hälsans mysterium*, Stockholm: Natur & Kultur, 2005.
- Asakawa, Kiyoshi, "Flow Experience and Autotelic Personality in Japanese College Students: How Do They Experience Challenges in Everyday Life?", *Journal of Happiness Studies*, 5 (2004), s. 123–154.
- Asakawa, Kiyoshi, "Flow Experience, Culture, and Well-being: How do Autotelic Japanese College Students Feel, Behave, and Think in Their Daily Lives?", *Journal of Happiness Studies*, 11 (2010), s. 205–223.
- Asplund, Johan, *Avhandlingens språkdräkt*, Göteborg: Korpen, 2002.
- Atkinson, Sarah och Tim Rubidge, "Managing the Spatialities of Arts-based Practices with School Children: An Inter-disciplinary

- Exploration of Engagement, Movement and Well-being”, *Arts & Health*, 5:1, 2013, s. 39–50.
- Axelson, Tomas, *Film och mening: En receptionsstudie om spelfilm, filmpublik och existentiella frågor*, Uppsala: Uppsala universitet, diss, 2008.
- Axelson, Tomas, *Förtätade filmögonblick: den rörliga bildens förmåga att beröra*, Stockholm: Liber, 2014.
- Axelson, Tomas, ”Filmengagemang, moraliskt patos och hjältedyrkan. Publikens respons på *Gladiator*.” *Svärd, sandaler och skandaler. Antiken på film och i tv*, Isak Hammar och Ulf Zander, Ulf (red.), Lund: Studentlitteratur, 2015.
- Axelson, Tomas, ”Vernacular Meaning Making: Examples of Narrative Impact in Fiction Film Questioning the ‘Banal’ Notion in Mediatization of Religion Theory”, *Nordicom Review*, Göteborg: Nordicom, kommande.
- Aull Davies, Charlotte, *Reflexive Ethnography: A Guide to Researching Selves and Others*, London: Routledge, 2008.
- Bagby, R. M., L.E Ayearst, R. A. Morariu, C. Watters och G.J. Taylor, ”The Internet Administration Version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale”, *Psychological. Assessment*, 26 (2014), s. 16–22.
- Baker, Geoffrey, *El Sistema: Orchestrating Venezuela’s Youth*, New York: Oxford University Press, 2014.
- Bálint, Michael, *The Doctor, the Patient and His Illness*, London: Pitman, 1957.
- Balogh, Erin P., Brian T. Miller och John R. Ball (red.), *Improving Diagnosis in Health Care*, Committee on Diagnostic Error in Health Care, Washington DC: National Academies Press, 2015.
- Bamford, Anne, *The Wow Factor: Global Research Compendium on the Impact of the Arts in Education*, New York: Waxmann, 2006.
- Batt-Rawden, Kari, ”Life Stories: Lay Musical Practices Among Men and Women with Long-term Sickness Absence”, *Musical Life Stories*, Bonde m.fl. (red.), 2013.
- Beach, Dennis och Ove Sernhede, ”On Creativity and Resistance in Nordic Youth Culture on the Margins”, *Young People and Marginalisation: Young People from Immigrant Families in Scandinavia*, Gestur Gudmundsson, Dennis Beach och Viggo Vestel (red.), London: Tufnell Press, 2013, s. 61–84.
- Bellis, Mark A., Tom Hennell, Clare Lushey, Karen Elizabeth Hughes, Karen Toque och John R. Ashton, ”Elvis to Eminem: Quantifying the Price of Fame through Early Mortality of European and North American Rock and Pop Stars”, *Journal of Epidemic Community Health*, 61:10 (2007), s. 896–901.

- von Below, Bernard, m.fl., "Medical Student's and Facilitator's Experiences of an Early Professional Contact Course", *BMC Medical Education*, 8:56 (2008).
- Berger, John och Jean Mohr, *A Fortunate Man*, London: Canongate, 2015.
- Bergman, Åsa, *Växa upp med musik. Ungdomars musikanvändande i skolan och på fritiden*, Göteborg: Göteborgs universitet, diss, 2009.
- Bergman, Åsa och Monica Lindgren, "Social Change Through Bumba and Beethoven: Musical Educational Ideals of El Sistema", *Svensk tidskrift för musikkforskning – Swedish Journal of Music Research*, 96:2 (2014), s. 43–58.
- Bergman, Åsa, Monica Lindgren och Eva Sæther, "El Sistema and the Idea of an Intercultural Meeting Place". Kommande.
- Bernhardsson, Katarina, "Medicinsk humaniora", i *Kultur och hälsa*, Ola Sigurdson (red.), Göteborg: Centrum för kultur och hälsa, 2014.
- Best, Susan, "Rethinking Visual Pleasure: Aesthetics and Affect", *Theory & Psychology*, 17 (2007), s. 505–514.
- Bhabha, Homi, *The Location of Culture* London: Routledge, 2004.
- Bishop, Benjamin P., "Nature Formental Health and Social Inclusion", *Disability Studies Quarterly*, 33:1 (2013).
- Björvall, Katarina, "De fattigas pedagog", *Pedagogiska Magasinet*, 3, 2015.
- Björklund, Glenn och Mikael Swarén, "Låt underlaget bestämma löpsteget", *Svensk idrottsforskning*, 23:4 (2014), s. 8–11.
- Bjørnestrøl Beckmann, Hege, "Music, Adolescents and Health: Narratives About How Young People Use Music as a Health Resource in Daily Life", *Musical Life Stories*, Bonde (red.), 2013.
- Biesta, Gert, *Bortom lärandet: demokratisk utbildning för en mänsklig framtid*. Lund: Studentlitteratur, 2006.
- Black, Joanna, "Model New Media/Video Programs in Arts Education: Case Study Research", *International Journal of Education and the Arts*, 15:6 (2014), s. 1-25.
- Blomdahl, Christina, Birgitta Gunnarsson, Suzanne Guregård och Anita Björklund, "A Realist Review of Art-as-Therapy for Clients With Depression. The Arts in Psychotherapy", 40:3 (2013), s. 322–330.
- Boal, Augusto, *För en frigörande teater*, Stockholm: Gidlunds, 1978
- Boal, Augusto, *The Rainbow of Desire, The Boal method of Theatre and Therapy*, New York, Routledge, 1995.
- Boal, Augusto, *Games for actors and non-actors*, London: Routledge, 2002.
- Bojner Horwitz, Eva, Anna-Karin Lennartsson, Töres Theorell och Fred-

- rik Ullén, "Engagement in Dance is Associated with Emotional Competence in Interplay with Others", *Frontiers in Psychology*, 6 (2015).
- Bolton, Gavin, *Drama för lärande och insikt. Om dramapedagogik i teori och praktik. Texter i urval av Anita Grünbaum*, Göteborg: Daidalos, 2008.
- Bonde, Lars Ole, Even Ruud, Marie Skånland Strand och Gro Trondalen (red.), *Musical Life Stories. Narratives on Health Musicking*, Oslo: NMH-publikasjoner, 2013:5.
- Boorse, Christopher, "Health as a Theoretical Concept", *Philosophy of Science*, 44:4, 1977, s. 542-573.
- Bordwell, David, *Making Meaning: Inference and Rhetoric in the Interpretation of Cinema*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1989.
- Bossius, Thomas och Lars Lilliestam, *Musiken och jag: Rapport från forskningsprojektet Musik i Människors Liv*, Göteborg: Bo Ejeby Förlag, 2011.
- Boyce-Tillman, June, "Music and the Dignity of Difference", *Philosophy of Music Education Review*, 20:1, 2012, s. 25-44.
- Bruner, Jerome S., *Acts of meaning*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1990.
- Brytting, Thomas, *Etiken i butiken*, Stockholm: Liber, 2014.
- Bråkenhielm, Carl Reinhold, "Vad gör vi med framtidspessimismen – och vad gör framtidspessimismen med oss?", *Apocalypse now: fakta, ideologi och domedagsscenarior i klimatförändringarnas kölvatten*, Bodil Liljefors Persson och Johanna Gustafsson Lundberg (red.), Lomma: FLR, 2007.
- Buber, Martin, *Jag och Du*, Ludvika, Dualis förlag, 2013.
- Bull, Michael, *Sounding Out the City. Personal Stereos and the Management of Everyday Life*, Oxford: Berg, 2000.
- Bull, Michael, *Sound Moves: iPod Culture and Urban Experience*, London: Routledge, 2007.
- Bunar, Nihad och Jenny Kallstenius, *Valfrihet, integration och segregation i Stockholms grundskolor*, Stockholm: Utbildningsförvaltningen, 2007.
- Burns, Tom, *Our Necessary Shadow: The Nature and Meaning of Psychiatry*, London: Penguin Books, 2013.
- Burton, Robert, *The Anatomy of Melancholy*, [http://www.gutenberg.org/ebooks/10800_\(150919\)](http://www.gutenberg.org/ebooks/10800_(150919)).
- Butković Ana, Fredrik Ullén, Miriam A. Mosing, "Personality and Related Traits as Predictors of Music Practice: Underlying Environmental and Genetic Influences", *Personality and Individual Differences*, 74 (2015), s. 133-138.
- Butler Lisa D. och Oxana Palesh, "Spellbound: Dissociation in the Movies", *Journal of Trauma & Dissociation*, 5:2, 2004, s. 61-87.

- Byréus, Katrin, *Du har huvudrollen i ditt liv. Om forumspel som pedagogisk metod för frigörelse och förändring*, Stockholm: Liber, 2010.
- Byréus, Katrin, *Kreativa metoder för grupputveckling och handledning*, Stockholm: Liber, 2012.
- Bååthe, Fredrik, Gunnar Ahlberg Jr, Annica Lagström, Lars Edgren och Kerstin Nilsson, "Physician experiences of patient-centered and teambased ward rounding – an interview based case-study", *Journal of Hospital Administration*, 3:6 (2014), s. 127-142.
- Bååthe, Fredrik, *Physicians' Engagement, Qualitative Studies Exploring Physicians' Experiences of Engaging in Improving Clinical Services and Processes*, Göteborg: Sahlgrenska akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa (diss.), 2015.
- Camus, Albert, *Pesten*. Stockholm: Aldus/Bonniers, 1975.
- Carlberg, Axel, *Patientens bästa. En kritisk introduktion till läkaretiken*, Lund: Nordic Academic Press, 2009.
- Carlsson, Ulla, och Ulrika Facht (red.), *Mediebarometern 2014*, Göteborg: Nordicom, 2015.
- Carper, Barbara A., "Fundamental patterns of knowing in nursing", *Advances in Nursing Science*, 1:1 (1978), s. 13-23.
- Castle, Nicholas G., "Relocation of the Elderly", *Medical Care and Research Review*, 58:3 (2001), s. 291-333.
- Cavicchi, Daniel, *Tramps Like Us: Music and Meaning Among Springsteen Fans*, New York: Oxford University Press, 1998.
- Charon, Rita, *Narrative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Clarke, Adele E., Laura Mamo, Jennifer, Ruth Fosket, Jennifer R. Fishman och Janet K. Shim (red.), *Biomedicalization: Technoscience, Health and Illness in the U.S.*, Durham: Duke University Press, 2010.
- Clatworthy, Jane, Joe Hinds och Paul M. Camic, "Gardening as a Mental Health Intervention: A Review". *Mental Health Review Journal*, 18:4, 2013, s. 214-225.
- Clayton, Martin, Trevor Herbert och Richard Middleton, *The Cultural Study of Music: A Critical Introduction*, New York & London: Routledge, 2003.
- Clift S., Hancox G., Morrison I, Hess B, Kreutz G. och Stewart D., "Findings from a Cross-National Survey on Choral Singing, Well-being and Health", Canterbury: Canterbury Christ Church University, 2008, <http://www.canterbury.ac.uk/centres/sidney-de-haan-research/> (100203).
- Coats, Carla, "Thinking Through the Photographic Encounter: Enga-

- ging With the Camera as a Nomadic Weapon, *International Journal of Education and the Arts*, 15:9 (2014), s. 1-23.
- Cohen Gene, "New Theories and Research Findings on the Positive Influence of Music and Art on Health with Ageing", *Arts & Health*, 1 (2009), s. 48-63.
- Conrad, Peter, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions*, London: Johns Hopkins University Press, 2007.
- Creech, Andrea, "Learning a Musical Instrument: The Case of Parental Support", *Music Education Research*, 12:1, 2010, s. 13-32.
- Creech, Andrea, P. Gonzales-Moreno, L. Lorenzo och G. Waitman, *El Sistema-Inspired Programs: A Literature Review of Research Evaluation and Critical Debates*, San Diego: Sistema Global, 2013.
- Csikszentmihalyi, Mihaly och Isabella Seleva Csikszentmihalyi (red.), *Optimal Experience: Psychological Studies of Flow in Consciousness*, Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
- Csikszentmihalyi, Mihaly, *Creativity: Flow and the Psychology of Discovery and Invention*, New York: Harper Perennial, 1997.
- Csikszentmihalyi, Mihaly, *Flow: Den optimala upplevelsens psykologi*, Stockholm: Natur & Kultur, 2006.
- Cullberg, Johan, *Kris och utveckling*, Stockholm: Natur & Kultur, 2006.
- Dahlhaus, Carl, *Nineteenth-Century Music*, Los Angeles: University of California Press, 1989.
- Day, Kristen, Daisy Carreon och Cheryl Stump, "The Therapeutic Design of Environments for People With Dementia: A Review of the Empirical Research", *The Gerontologist*, 40:4 (2000), s. 397-416.
- De Lyon, Alexander T. C. och Christopher J Cushion. "The Acquisition and Development of Fitness Trainers Professional Knowledge" *Journal of Strength and Conditioning Research*, 27:5 (2013), s. 1407-1422.
- Lisen Dellenborg, "Etnografiskt drama i vårdmiljö – tolkning av ett forumspel", *Människan i vården*, Skott, Dellenborg, Nässén och Lepp, 2013.
- Delvecchio Good, Mary-Jo, Paul E. Brodwin, Byron J. Good och Arthur Kleinman (red.), *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, Berkeley: University of California Press, 2004.
- DeMarinis, Valerie, "Själavård, existentiell hälsa och existentiell epidemiologi i det postmoderna Sverige", *Mötet med den splittrade människan: Om själavård i postmodern tid*, Marie Anne Ekedahl och Björn Wiedel (red.), Stockholm: Verbum, 2004.
- DeNora, Tia, *Music in Everyday Life*, Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

- DeNora, Tia, *Music Asylums. Wellbeing Through Music in Everyday Life*, Farnham, Surrey: Ashgate, 2015.
- Diette, Gregory B., Noah Lechtzin, Edward Haponik, Alice Devrotes och Haya R. Rubin, "Distraction Therapy with Nature Sights and Sounds Reduces Pain During Flexible Bronchoscopy", *Chest*, 123:3 (2003), s. 941-948.
- Donaghue, Ngaire och Maddison Allen, "'People Don't Care as Much About Their Health as They Do About Their Looks': Personal Trainers as Intermediaries Between Aesthetic and Health-based Discourses of Exercise Participation and Weight Management", *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14:1 (2015), s. 42-56.
- Drahota, Amy, Derek Ward, Heather Mackenzie, Rebecca Stores, Bernie Higgins, Diane Gal och Taraneh P. Dean, "Sensory environment on health-related outcomes of hospital patients", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3:3 (2012).
- Drakos, Georg, *Berättelsen i sjukdomens värld. Att leva med hiv/aids som anhörig i Sverige och Grekland*, Stockholm/Stehag: Symposium, 2005.
- Drakos, Georg, "Dialogens konkreta former vid läkarbesök på vårdcentral", *Dialogen som idé och praktik*, Boel Englund och Birgitta Sandström (red.), Stockholm: Carlssons, 2012.
- Drakos, Georg, *Konsten att förändra sin egen subjektivitet. Rapport från följeforskning*, Stockholm: Narrativ Etnografi, 2015.
- Drakos, Georg, *Kultur på recept. Tre sammanvävda processer*, Stockholm: Narrativ Etnografi, 2015.
- Dworkin, Shari L. och Faye Linda Wachs, *Body Panic: Gender, Health, and the Selling of Fitness*, New York: New York University Press, 2009.
- Edvardsson, J. David, Per-Olof Sandman och Birgit Holriz Rasmussen, "Sensing an Atmosphere of Ease: A Tentative Theory of Supportive Care Settings", *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19:4 (2005), s. 344-353.
- Ekblom, Björn och Johnny Nilsson, *Aktivt liv: vetenskap och praktik*, Stockholm: SISU idrottsböcker, 2000.
- Ekman, Inger (red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*, Göteborg: Bokförlaget Liber, 2014.
- Eulau, Louise, "Estetikens nycklar till våra inre rum", *Vårdmiljöns betydelse*, Wijk (red), 2014.
- Elsaesser, Thomas och Malte Hagener, *Film Theory: An Introduction Through the Senses*, New York: Routledge, 2010.
- Erichsen Andersson, Anette, *Patient Safety in the Operating Room. Focus*

- on *Infection Control and Prevention*, Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet, 2013.
- Eriksson, Helene, László Harmat, Töres Theorell och Fredrik Ullén, "Similar but different: Interviewing monozygotic twins discordant for musical practice", *Musicae Scientiae*, kommande.
- Eriksson, Katie, *Hälsans idé*, Stockholm : Almqvist & Wiksell, 1989.
- Eriksson, Katie, *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1995.
- Eriksson, Katie, *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 2001.
- Eriksson, Katie, "Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som disciplin", *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, Wiklund Gustin och Bergbom (red.), 2012.
- Facht, Ulrika, *MedieSverige mini*, Göteborg: Nordicom, 2012.
- Facht, Ulrika, och Karin Hellingwerf (red.), *Mediebarometern 2012*, Göteborg: Nordicom, 2013.
- Fagius, Jan, *Hemisfärernas musik: om musikhanteringen i hjärnan*, Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2002.
- Falk, Hanna, Helle Wijk, Lars-Olof Persson och Kristin Falk, "A Sense of Home in Residential Care", *Scandinavian Journal of Caring Science*, 27:4 (2013), s. 999-1009.
- Filan, Susan L., och Robert H. Llewellyn-Jones, "Animal-Assisted Therapy for Dementia: A Review of the Literature" *International Psychogeriatrics*, 18:4 (2006), s. 597-611.
- Fleng Sandal, Louise, Jonas Bloch Thorlund, Roger S Ulrich, Paul A Dieppe och Ewa M Roos, "Exploring the effect of space and place on response to exercise therapy for knee and hip pain—a protocol for a double-blind randomized controlled clinical trial: the CONEX trial", *BMJ Open*, 5:3 (2015).
- Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, Paris: Presses Universitaires de France, 1963.
- Frandsen, Anne Kathrine, Michael Mullins, Camilla Ryhl, Mette Blicher Folmer, Lars Brorson Fich, Turid Borgestrand Øien och Nils Lykke Sørensen, *Helende arkitektur*, Aalborg: Institut for Arkitektur og Medieteknologi, 2009.
- Frank, Arthur, *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, Chicago: The University of Chicago Press, 1997.
- Freire, Paolo, *Pedagogik för förtryckta. 8. uppl.*, Stockholm: Gummesson, 1976.
- Freire, Paolo, *Pedagogy of the Oppressed*, New York: Continuum, 2000.
- Frenk, Julia och Lincoln Cheng et al, "Health professionals for a new

- century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world”, *The Lancet*, 376:9756 (2012), s. 1923–1958.
- From, Lena och Stefan Lundin (red.), *Arkitektur som medicin: arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatri*, Göteborg: Stiftelsen för Arkitekturforskning ARQ, 2009.
- Förenta nationernas ekonomiska och sociala råd, 1997/19: ”Equalization of opportunities for people with disabilities”, <http://www.un.org/documents/ecosoc/res/1997/eres1997-19.htm> (160606).
- Gabrielsson, Alf, *Starka musikupplevelser: Musik är mycket mer än bara musik*, Stockholm: Gidlunds, 2008.
- Gadamer, Hans-Georg, *Sanning och metod i urval*, Göteborg: Daidalos, 1997.
- Gadamer, Hans-Georg, *Den gåtfulla hälsan: Essäer och föredrag*. Ludvika: Dualis förlag, 2003.
- Gavin, James, ”Personal Trainers’ Perceptions of Role Responsibilities, Conflicts and Boundaries”, *Ethics and Behavior*. 6:1, 1996, s. 55–70.
- Gawande, Atul, *Being Mortal: Illness, Medicine and What Matters in the End*, London: Profile Books, 2014.
- Geels, Antoon och Owe Wikström, *Den religiösa människan: En introduktion till religionspsykologin*, Stockholm: Natur & Kultur, 2006.
- George, Molly, ”Interactions in Expert Service Work”, *Journal of Contemporary Ethnography*, 37:1, 2008, s. 108–131.
- Gilmour, Jean A., ”Hybrid Space: Constituting the Hospital as a Home Space for Patients”, *Nursing Inquiry*, 13:1 (2005), s. 16–22.
- Good, Byron J., *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Good, Byron J., ”A Body in Pain – The Making of a World of Chronic Pain”, *Pain as Human Experience*, Delvecchio Good m.fl., 2004.
- Grahn, Patrik och Ulrika K. Stigsdotter, ”The Relation Between Perceived Sensory Dimensions of Urban Green Space and Stress Restoration”, *Landscape and Urban Planning*, 94:3-4 (2010), s. 264–275.
- Grape, Christina, Maria Sandgren, Lars-Olof Hansson, Mats Ericson och Töres Theorell, ”Does Singing Promote Well-Being? An Empirical Study of Professional and Amateur Singers during a Singing Lesson”, *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 38:1 (2003), s. 65–74.
- Grape, Christina, Töres Theorell, Britt-Maj Wikström och Rolf Ekman. ”Choir Singing and Fibrinogen, VEGF, Cholecystokinin and Motilin in IBS Patients”. *Medical Hypotheses* 72:2 (2009), s. 223–225.
- Grape, Christina, Britt-Maj Wikström, Dan Hasson, Rolf Ekman och

- Töres Theorell. "Saliva Testosterone Increases in Choir Singer Beginners", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79:3 (2010), s. 196–198.
- Grape Viding, Christina, Walter Osika, Töres Theorell, Jan Kowalski, Johan Hallqvist och Eva Bojner Horwitz, "The Culture Palette': A Randomized Intervention Study for Women with Burnout Symptoms in Sweden", *British Journal of Medical Practitioners*, 8:2 (2015).
- Grodal, Torben Kragh (2009), *Embodied Visions: Evolution, Emotion, Culture, and Film*. Oxford: Oxford University Press.
- Grünbaum, Anita och Margret Lepp, *DRACON I SKOLAN: Drama, konflikthantering och medling*. Lund: Studentlitteratur, 2005.
- Gunell, Terry och Owe Ronström, "Folklore och Performance Studies – en introduktion", *Folkloristikens aktuella utmaningar. Vänbok till Ulf Palménfelt*, Owe Ronström, Georg Drakos och Jonas Engman (red.), Visby: Gotland University Press, 2013.
- Gustafsson, Lars. *En biodlares död*. Stockholm: Norstedts, 1978.
- Haak, Maria, Agneta Malmgren Fänge, Susanne Iwarsson och Synneve Dahlin-Ivanoff, "Home as a Signification of Independence and Autonomy – Experiences Among Very Old Swedish People", *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14:1 (2007), s. 16–24.
- Hageman, Joan H. och Claire Frederick, "Phenomenological and Evidence Based Research in Ego State Therapy", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56:1 (2013) s. 66–85.
- Hall, Stuart, *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*, London: Sage, 1997. Hargreaves, David. J., Dorothy Miell och Raymond A. R. MacDonald, "What are Musical Identities and Why are They Important?", *Musical Identities*, , Miell och Hargreaves (red.), 2002.
- Helsing, Lennart, *Summa Summarum*, Stockholm: Rabén & Sjögren, 1956.
- Hollinger, Diana Marie, *Instrument of Social Reform: A Case Study of the Venezuelan System of Youth Orchestras*, Arizona: Arizona State University, 2006.
- Holmes, Bjarne M., "In Search of My 'One-and-Only': Romance-Related Media and Beliefs in Romantic Relationship Destiny", *The Electronic Journal of Communication*, 17:3&4 (2007).
- hooks, bell, "Eating the Other Desire and Resistance", *Black Looks: Race and Representation*. Boston: South End Press, 1992.
- Hoover, Stewart M., *Religion in the Media Age*, Abingdon: Routledge, 2006,

- Hofvander Trulsson, Ylva. "Musical Up Bringing in the Eys of Immigrant Parents", *Finnish Journal of Music Education*, 3:1, 2010, s. 25–38.
- Hydén, Lars-Charter, "Kroppens berättelser", *Kropp, livslopp och åldrande. Några samhällsvetenskapliga perspektiv*, Eva Jeppsson Grassman och Lars-Charter Hydén (red.), Lund: Studentlitteratur, 2005.
- Hydén, Lars-Charter och Jens Brockmeier (red.), *Health, Illness and Culture. Broken Narratives*, New York: Routledge, 2008.
- Hyvärinen, Matti, Lars-Charter Hydén, Marja Saarenheimo och Maria Tamboukou (red.), *Beyond narrative coherence*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2010.
- Höglund, Anna, "Mobilen tar plats i skolan", *Gefle Dagblad*, 2013-04-19, <http://www.gd.se/gastrikland/gavle/mobilen-tar-plats-i-skolan> (160605).
- Höijer, Birgitta och Anita Werner (red.), *Cultural Cognition: New Perspectives in Audience Theory*, Göteborg: Nordicom, 1998.
- Jackson, Susan A., Jay C. Kimiecik, Stephen K. Ford och Herbert W. Marsh, "Psychological Correlates of Flow in Sport", *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20 (1998), s. 358–378.
- Jackson, Susan A., Pat R. Thomas, Herbert W. Marsh och Christopher J. Smethurst, "Relationships Between Flow, Self-concept, Psychological Skills, and Performance", *Journal of Applied Sport Psychology*, 13 (2001), s. 129–153.
- Jespersen, Astrid och Torben Elgaard Jensens, "Tidens materialisering: Alment praktiserende lægers håndtering af tid", *Materialiseringer: Nye perspektiver på materialitet og kulturanalyse*, Tine Damsholt, Dorte Gert Simonsen och Camilla Mordhorst (red.), Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2009.
- Johannisson, Karin, *Den mörka kontinenten: Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*, Stockholm: Norstedt, 1994.
- Johannisson, Karin, *Tecken – Läkaren och konsten att läsa kroppar*, Stockholm: Nordstedt förlag, 2004.
- Johannisson, Karin, "Kultur och hälsa: Två besvärliga begrepp", *Kulturen och hälsan: Essäer om sambandet mellan kulturens yttringar och hälsans tillstånd*, Gunnar Bjursell och Lotta Vahlne Wästerhäll (red.), Stockholm: Santérus, 2008.
- Johannisson, Karin, "Kliniken: medicinens praktik", *Medicinen blir till vetenskap*, Karin Johannisson, Ingmar Nilsson och Roger Qvarsell (red.), Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2010.
- Johansson, Thomas, *Bilder av självet: Vardagslivets förändring i det senmoderna samhället*, Stockholm: Natur & Kultur, 2002.

- Jorgensen, Estelle, "Concerning Justice and Music Education", *Music Education Research*, 9:2 (2007), s. 169–189.
- Juslin, Patrik och Daniel Västfjäll, "Emotional Responses to Music: The Need to Consider Underlying Mechanisms", *Behavioral and Brain Sciences*, 31 (2010).
- Juslin, Patrik N. och John A. Sloboda, John A. (red.). *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
- Kahneman, Daniel, *Tänka, snabbt och långsamt*, översättning: Pär Svensson, Stockholm: Volante, 2012.
- Kaivola-Bregenhøj, Annikki, Barbro Klein och Ulf Palménfelt, Ulf (red.), *Narrating, Doing, Experiencing. Nordic Folkloristic Perspectives*, Helsingfors: Finska Litteratursällskapet (Studia Fennica Folkloristica), 2006.
- Kaplan, Rachel, och Stephen Kaplan, *The Experience of Nature: A Psychological Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- Kardemark, Wilhelm, *När livet tar rätt form: Om människosyn i svenska hälsovetenskapliga skrifter 1910-13 och 2009*, Göteborg: Göteborgs universitet, diss, 2013.
- Kardemark, Wilhelm och Ola Sigurdson. *Medicinsk humaniora vid Humanistiska fakulteten, Göteborgs universitet: En rapport*. Göteborg: Göteborgs universitet, 2014.
- Kilefors, Henrik, "Inga krav ställs på personliga tränare", *Sydsvenskan*, 2014-09-28.
- Kitwood, Tom, *Dementia Reconsidered – The Person Comes First*, Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 1997
- Kjellander, Eva, *Jag och mitt fanskap: Vad musik kan betyda för människor*, Örebro: Örebro universitet, diss, 2013.
- Kleinman, Arthur, "Pain and resistance: The delegitimation and re-legitimation of local worlds", *Pain as Human Experience*, Delvecchio Good m.fl. (red.), 2004.
- Knudsen, Jan Sverre, Marie Skånland och Gro Trondalen (red.), *Musikk etter 22 juli*, Oslo: NMH-publikasjoner, 2014:5.
- Kolb, David A., *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliff: Prentice-Hall, 1984.
- Konst i landstinget, på egen hand*, Stockholm: Kulturförvaltningen, Stockholms Läns Landsting, 2004.
- Korneliusson, Madeleine, "Bakgrund: Instagramupploppen", *Metro* 2013-06-25, <http://www.metro.se/goteborg/bakgrund-instagram-upploppen/EVHmeulvDmbY4er25L6/> (160605).

- Kreutz, Gunter, "Does Singing Facilitate Social Bonding?", *Music and Medicine*, 6 (2014), s. 51-60.
- Kruusval, Henrik, "Magiskt möte för Sadri" (2014-11-05), <http://www.svt.se/nyheter/regionalt/halland/svartedalsskolan-fortrollande-besok-idag> (160605).
- Larsson, Maria och Johan Willander, "Luktsinnet i vårdmiljön " *Goda miljöer och aktiviteter för äldre*, Wijk (red.), 2004.
- Lawton, Mortimer Powell, "Competence, Environmental Press, and the Adaptation of Older People", *Aging and the Environment. Theoretical Approaches*, Mortimer Powell Lawton, Paul G. Windley och Thomas O. Byerts (red.). Springer Publishing Company, London, 1982.
- Leder, Drew, *The Absent Body*, Chicago: Chicago University Press, 1990.
- Lennartsson, Anna-Karin, Eva Bojner Horwitz, Töres Theorell och Fredrik Ullén. "Creative Artistic Achievement (in Writing, Music, Dance, Theatre, and Visual Arts) is Associated with Emotional Competence", manuskript.
- Lepp, Margret, *Pedagogiskt drama med fokus på personlig utveckling och yrkesmässig växt: En studie inom sjuksköterske- och vårdlärarutbildningen*, Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1998.
- Lepp, Margret och CeCelia R. Zorn, "Life Circle: Creating Safe Space for Educational Empowerment", *Journal of Nursing Education*, 41:9 (2002), s. 383-385.
- Lepp, Margret, "Skapande och kreativitet", *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*, Febe Friberg och Joakim Öhlen (red.), Lund: Studentlitteratur, 2014.
- Lepp, Margret, "Drama som levandegör och fördjupar kunskaper om vårdande", *Reflektion i lärande och vård – en utmaning för sjuksköterskan*, Mia Berglund och Margaretha Ekebergh (red.), Lund: Studentlitteratur, 2015.
- Lerner, Henrik, "Virchow", *Filosofi och Medicin*, Nordenfelt (red.), 2012.
- Levesque, Annabel, Han Z. Li och Jasrit S. Pahal, "Factors Related to Patients' Adherence to Medication and Lifestyle Change Recommendations", *International Journal of Psychological Studies*, 4:2 (2012), s. 42-55.
- Levitin, Daniel J., *This is Your Brain on Music. The Science of a Human Obsession*, London, 2006.
- Likvärdig utbildning i svensk grundskola? En kvantitativ analys av likvärdighet över tid*, Stockholm: Skolverket, 2012.
- Lilliestam, Lars, *Musikliv. Vad människor gör med musik – och musik med människor*, Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2009.
- Lilliestam, Lars, "Att lyssna på musik: Från lyssnartypologier till inter-

- vjuer med verkliga människor”, *Svensk Tidskrift för Musikforskning*, 94, 2012.
- Lilliestam, Lars, ”Music, the Life Trajectory and Existential Health”. *Musical Life Stories*, Bonde m.fl. (red), 2013.
- Lilliestam, Lars, ”Research on Music Listening: From Typologies to Interviews with Real People”, *Volume*, 10:1, 2013.
- Lilliestam, Lars, *Musiklyssning, meningsskapande och hälsa*, kommande.
- Lindahl, Berit, *The Meeting Between People and Technology: Interpretations of Narratives of ICU Nurses and People Using Ventilators in Their Own Homes*, Umeå: Umeå Universitet, diss., 2005.
- Linde, Ulf, *Efter hand*, Stockholm: Bonniers, 1985.
- Lindgren, Monica och Åsa Bergman, ”El Sistema som överskridande verksamheter – konstruktion av ett musikpedagogiskt forskningsprojekt”, *Texter om konstarter och lärande*. Tarja Karlsson-Häikiö, Monica Lindgren och Marlène Johansson (red.). Göteborg: Art Monitor, 2014.
- Lindgren, Monica, Åsa Bergman och Eva Sæther, ”Examining Social Inclusion Through Music Education: Two Swedish Ethnographic Studies of the El Sistema Programme”, kommande.
- Lindström, Lars, ”Studio Thinking: A Review Essay”, *International Journal of Education and the Arts*, 10:9 (2009).
- Lindwall, Lillemor, ”Kroppen”, *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, Wiklund Gustin och Bergbom (red.), 2012.
- Lo-Johansson, Ivar, *Puberteten*, Stockholm: Bonniers, 1978.
- Lyden, John, *Film as Religion: Myths, Morals, Rituals*, New York: New York University Press, 2003.
- Lynch, Gordon, ”Film and the Subjective Turn: How the Sociology of Religion Can Contribute to Theological Readings of Film”, *Reframing Theology and Film: New focus for an Emerging Discipline*. Robert K. Johnston (red.), Grand Rapids: Baker Academic, 2007.
- ”Låga utbildningskrav för personliga tränare”, *Sveriges Radio*, 2013-06-21.
- Lögstrup, K. E., *Det etiska kravet*, Göteborg: Daidalos, 1992.
- Lövtrup, Mikael, ”Ronden – ritual som börjar ifrågasättas”, *Läkartidningen*, 24/2014, s. 111.
- Macdonald, Raymond, David J. Hargreaves och D. Miell (red.), *Musical Identities*, New York: Oxford University Press, 2002.
- MacDonald, Raymond, Gunter Kreuz och Laura Mitchell (red.). *Music, Health and Wellbeing*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Magnå, Joakim, ”Efter mobilförbudet: ’Några fick panik’”, *Göteborgsposten*, 2015-10-21, <http://www.gp.se/nyheter/goteborg/1.2870904-efter-mobilforbudet-nagra-fick-panik-> (160605).

- Malek, Moh, David Nalbone, Dale Berger och Jared Coburn, "Importance of Health Science Education for Personal Fitness Trainers", *Journal of Strength and Conditioning Research*, 16:1, 2002, s. 19–24.
- Malm, Margareta, "Själen", *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, Wiklund Gustin och Bergbom (red.), 2012.
- Mantie, Roger, "Getting Unstuck: The One World Youth Arts Project, the Music Education Paradigm and Youth without Advantage", *Music Education Research*, 10:4 (2008), s. 473–483.
- Marmot, Michael, *Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*, Stockholm: Natur & Kultur, 2006.
- McClaran, Steven R., "The Effectiveness of Personal Training on Changing Attitudes Towards Physical Activity", *Journal of Sports Science and Medicine*, 2:1 (2003), s. 10–14.
- McCloskey, Rose, "Caring for Patients With Dementia in an Acute Care Environment", *Geriatric Nursing*, 25:3 (2004), s. 139–144.
- McCormack, Brendan, "Person-Centredness in Gerontological Nursing: An Overview of the Literature", *Journal of Clinical Nursing* 13:3a (2004), s. 31–38.
- Meakin, Richard, "Medical Humanities in Undergraduate Medical Education – Moving On", *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*, 28:1 (2002), s. 32.
- Melder, Cecilia, *Vilsenhetens epidemiologi: En religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa*, Uppsala: Uppsala universitet, diss, 2011.
- Melton, Deana, Teresa Dail, Jeffrey Katula och Karen Mustian, "The Current State of Personal Training: Managers' Perspectives", *Journal of Strength and Conditioning Research*, 24:11 (2010), s. 3173–3179.
- Melton, Deana, Teresa Dail, Jeffrey Katula och Karen Mustian. "Women's Perspectives on Personal Trainers: A Qualitative Study", *The Sports Journal*, <http://thesportjournal.org/article/womens-perspectives-of-personal-trainers-a-qualitative-study/> (160101).
- Mitchell, Richard och Frank Popham, "Effect of Exposure to Natural Environment on Health Inequalities: An Observational Population Study", *The Lancet*, 372:9650 (2008), s. 1655–1660.
- Monaco, James, *How to Read a Film: The World of Movies, Media and Multimedia: Language, History, Theory*, New York: Oxford University Press, 2000.
- Moreno, Jakob Levy, *Psychodrama. First Volume*, New York: Beacon House, 1977.
- Morris, David B., "About Suffering: Voice, Genre, and Moral Community", *Social Suffering*, Arthur Kleinman, Veena Das och Margaret Lock (red.), Berkeley: University of California Press, 1997.

- Mårtensson, Lena och Gunnel Hensing, "Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet", *Läkartidningen*, 51-52:108 (2011), 2718-2720.
- Mårtensson, Lena och Gunnel Hensing, "Health Literacy – A Heterogeneous Phenomenon: A Literature Review", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6:1 (2012), s. 151-160.
- Nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demens, Stockholm: Socialstyrelsen, 2010.
- Nationella utvärderingen i musik, bild och slöjd, Stockholm: Skolverket, 2015.
- Nettl, Bruno, *The Study of Ethnomusicology: Twenty-Nine Issues and Concepts*, Chicago: University of Illinois Press, 1983.
- Nightingale, Florence, *Anteckningar om sjukvård ... ur vårt tidsperspektiv*, Skellefteå: Artemis, 1989.
- Nightingale, Florence, *Notes on nursing*, New York: D. Appleton and Company, 1992.
- Noll, Peter, *Den utmätta tiden*. Stockholm: Brombergs, 1985.
- Nordenfelt, Lennart, *On the Nature of Health: An Action Theoretical Approach*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995.
- Nordenfelt, Lennart, *Health, Science and Ordinary Language*, Amsterdam: Radopi B. V., 2001.
- Nordenfelt, Lennart, "Understanding the Concept of Health", *Strategies for Health: An Anthology*, Per Nilsen (red.). Linköping: Linköpings universitet, 2007.
- Nordenfelt, Lennart, "Fleck och den polska skolan", *Filosofi och Medicin*, Nordenfelt (red.), 2012.
- Nordenfelt, Lennart (red.), *Filosofi och Medicin – Från Platon till Foucault*, Stockholm: Bokförlaget Thales, 2012.
- Normann, Hans Kertil, Kenneth Asplund, A. Norberg, "Attitudes of Registered Nurses Towards Patients With Severe Dementia", *Journal of Clinical Nursing*, 8:4 (1999), s. 353-359.
- O'Donovan, Gary m.fl., "The ABC of Physical Activity for Health: A consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences", *Journal of Sports Sciences*, 28:6 (2010), s. 573-591.
- O'Hare, James A., "Anatomy of the ward round", *European Journal of Internal Medicine*, 19:5 (2008), s. 309-313.
- Oliver, Mary Beth och Tilo Hartmann, "Exploring the Role of Meaningful Experiences in Users Appreciation of Good Movies", *Projections*, 4:2 (2010), s. 128-150.
- Orwell, George, 1984, Stockholm: Bonniers, 1980.
- Ottosson, Jan-Otto, *SBU-rapport. Patient-läkarrelationen, läkekonst på vetenskaplig grund*, Stockholm: Natur och Kultur, 1999.

- Palén, Tove, *Instagramupploppen i Göteborg*, 2015, <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/563349?programid=2519> (160605).
- Paluska, Scott A., "An Overview of Hip Injuries in Running", *Sports Medicine*, 35:11 (2005), s. 991-1014.
- Paasilinna, Arto, *Kollektivt självmord*, Stockholm: Brombergs, 1997.
- Petosa, Rick Lingyak och Holtz, Brian, "Flow for Exercise Adherence: Testing an Intrinsic Model of Health Behavior", *American Journal of Health Education*, 44:5 (2013), s. 273-277.
- Petersson, Christer, *Allmänmedicinens vardag – mitt i det mänskliga*, Lund: Studentlitteratur, 2009.
- Pettersson, Torsten, "Livet enligt författaren. Att studera livsåskådningar i skönlitteraturen", *Livet enligt människan: Om livsåskådningsforskning*, Carl-Reinhold Bråkenhielm, Maria Essunger och Katarina Westerlund (red.), Nora: Nya Doxa, 2013.
- Popkewitz, Tomas S., "The Sociology of Knowledge and the Sociology and Political Theory in Education: Foucault and a Social Epistemology of School Practices", *Foucault's Challenge: Discourse, Knowledge and Power in Education*, Thomas S. Popkewitz och Marie Brennan (red.), New York: Teachers College Press, 1998.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946*, WHO, 1946.
- Rancière, Jacques, *Den okunnige läraren: fem lektioner om intellektuell frigörelse*, Göteborg: Glänta, 2011.
- Ragneskog, Hans, "Goda och dåliga ljudmiljöer", *Goda miljöer och aktiviteter för äldre*, Wijk (red.), 2004.
- Rapp, Birgitta, "Med öppna sinnen för hälsans skull", 2010, http://grkom.se/download/18.276a42981270147ed3580006702/Birgitta_Rapp.pdf (160313).
- Rashid, Mahbub, "A Decade of Adult Intensive Care Unit Design – A Study of the Physical Design Features of the Best-Practise Examples", *Critical Care Nursing Quarterly*, 29:4 (2006), s. 282-311.
- Ratamess, Nicolas A., Avery D. Faigenbaum, Jay R. Hoffman och Jie Kang, "Self-Selected Resistance Training Intensity in Healthy Women: The Influence of a Personal Trainer", *Journal of Strength and Conditioning Research*, 22:1 (2008), s. 103-111.
- Ricoeur, Paul, *Homo capax: texter av Paul Ricoeur om etik och filosofisk antropologi*. Göteborg: Daidalos, 2011.
- Rapport från pilotprojektet Kultur på recept*, Malmö: Region Skåne, 2011.
- Rudebeck, Carl Edvard, *Kropp och ord i en allmänläkares rum*, Lund: Studentlitteratur, 2011.

- Ruud, Even, *Varma ögonblick: Om musik, hälsa och livskvalitet*, Göteborg: Bo Ejeby förlag, 2002.
- Ruud, Even, *Lydlandskap: Om bruk og misbruk av musikk*, Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
- Ruud, Even, "Musikk, identitet og kulturell anerkjennelse", *Kunskapens konst: Vänbok till Börje Stålhammar*, Eva Georgii-Hemming (red.). Örebro: Örebro universitet, 2007.
- Ruud, Even, *Music Therapy. A Perspective from the Humanities*, New Braunfels: Barcelona Publishers, 2010.
- Ruud, Even, "Music, grief and life crisis", Bonde m.fl. (red.), 2013.
- Ruud, Even, *Musikk og identitet*, Oslo: Universitetsforlaget, 2014.
- Ryan, Marie-Laure (red.), *Narrative across media*, Lincoln: University of Nebraska Press, 2004.
- Rydstad, Margareta, Monika Löfgren och Georg Drakos, *Kultur på recept vid långvarig smärta*, Stockholm: Kulturförvaltningen Stockholms läns landsting, 2015, tillgänglig: http://kultur.sll.se/sites/kultur/files/kultur-pa-recept-med-bilagao5_o.pdf (160108).
- Sahlin, Eva, *To Stress the Importance of Nature. Nature-based Therapy for the Rehabilitation and Prevention of Stress-related Disorders*, Acta Universitatis Agriculturae Suecia, 2014:98.
- Santamäki Fisher, Regina, "Att samla in och använda livsberättelser – teorier och metoder", *Personcentrerad omvårdnad*, David Edvardsson (red.), Studentlitteratur, Lund, 2010.
- Schüldt, Eric, *Kulturnyheter* 150524, Sverige: SVT, 2015.
- Schüldt, Eric, "Musiken var jag och jag ett slocknat ljus", *Expressen*, 2015-09-11.
- Schulz, Richard, och Gail Brenner, "Relocation of the Aged: A Review and Theoretical Analysis", *Journal of Gerontology*, 32:3 (1977), s. 323-333.
- Schön, Donald, *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, London: Maurice Temple Smith, 1983.
- Selye, Hans, *The stress of life. Revised paperback ed.*, New York: McGraw-Hill, 1978.
- Shor, Ira, *Empowering Education: Critical Teaching for Social Change*. London & Chicago: The University of Chicago Press, 1992.
- Sigurdson, Ola, "Sjukdomens kropp – Narrativitet, kroppslighet och relationalitet i medicinsk praktik och omvårdnad", *Kritisk Forum for Praktisk Teologi*, 31 (2011), s. 6-22.
- Sigurdson, Ola, "Introduktion till kultur och hälsa", *Kultur och hälsa*, Sigurdson (red.), 2014.

- Simmel, Georg, ”Storstäderna och det andliga livet”, *Hur är samhället möjligt och andra essäer*, Göteborg: Korpen, 1981.
- Simonsson-Sarnecki, Margareta, Lars-Gunnar Lundh, Bertil Torestad, R. Michael Bagby, Graeme J. Taylor och James D. A. Parker, ”A Swedish Translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: Cross-validation of the Factor Structure”, *Scandinavian Journal of Psychology*, 41 (2000), s. 25–30.
- Singh Hardeep och Mark L. Graber, ”Improving Diagnosis in Health Care – The Next Imperative for Patient Safety”, *New England Journal of Medicine*, 373 (2015), s.2493–2495.
- Sisti, Dominic A., Andrea G. Segal och Ezekiel J. Emanuel. ”Improving Long-term Psychiatric Care: Bring Back the Asylum”. *JAMA*, 313:3, 2015, s. 243–244.
- Skott, Carola, Lisen Dellenborg, Kristina Nässén och Margret Lepp, *Människan i vården – etnografi, vård och drama*. Stockholm: Carlsson, 2013.
- Sloboda, John A, ”Music in Everyday Life: The Role of Emotions”, *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*, Patrik N. Juslin och John A. Sloboda (red.), Oxford: Oxford University Press, 2010.
- Slutrapport. Processutvärdering av Kultur på recept 2.0. Skånemodellen i Helsingborg*, Stockholm: Oxford Research, 2014.
- Smith Maguire, Jennifer, *Fit for Consumption: Sociology and Business of Fitness*, Routledge: New York, 2008.
- Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer*, Stockholm: Socialstyrelsen. 2011.
- Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes*, Stockholm: Socialstyrelsen. 2011.
- Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke*, Stockholm: Socialstyrelsen. 2011.
- Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt*, Stockholm: Socialstyrelsen. 2011.
- Son, K. C., S.J. Um, S. Y. Kim, och J. E. Song, ”Effect of Horticultural Therapy on the Changes of Self-esteem and Sociality of Individuals with Chronic Schizophrenia”, *Acta Horticulturae*, 639 (2004), s. 185–191.
- Sonnevi, Göran, *Dikter 1959–73*, Stockholm: Bonniers, 1974.
- Sontag, Susan, *Att se andras lidande*, Stockholm: Brombergs Bokförlag, 2003.
- SOU 2000:91, *Hälsa på lika villkor – nationella målen för folkhälsan*, Stockholm: Regeringskansliet, 2000.

- Stacey, Dawn, Michael Hopkins, Kristi B. Adamo, Risa Shorr och Denis Prud'homme, "Knowledge Translation to Fitness Trainers: A Systematic Review", *Implementation Science*, 5:28 (2010).
- Sternberg, Esther M., *Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being*, London: Harvard University Press, 2010.
- Sternudd, Mia-Marie F., *Dramapedagogik som demokratisk fostran? Fyra dramapedagogiska perspektiv – dramapedagogik i fyra läroplaner*, Uppsala: Acta Universitatis Uppsaliensis, 2000.
- Stiegler, Bernard, "Ur Filmens tid", *Skriftserien Kairos, Konst och film. D. 2, Texter efter 1970*, 2004, s.157-177.
- Skånland, Marie Strand, *A Technology of Well-being: A Qualitative Study on the Use of MP3-players as a Medium for Musical Self-Care*, Oslo: NMH-publications, diss, 2012:1.
- Svenaesus, Fredrik, *Sjukdomens mening – det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*, Stockholm: Natur och Kultur, 2003.
- Svenaesus, Fredrik, *Homo patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*, Hägersten: Tankekraft, 2013.
- Svenaesus, Fredrik, "Vi har förlorat känslan för lidandet", *Svenska Dagbladet*, 2015-10-20.
- Svensk sjuksköterskeförening, *Personcentrerad vård*, Stockholm, 2010, <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publicationer/SSF-om/Personcentrerad-varld/> (160313).
- Söderback, Ingrid, Marianne Söderström och Elisabeth Schäländer, "Horticultural Therapy: The 'Healing' Garden and Gardening in Rehabilitation Measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden", *Pediatric Rehabilitation*, 7:4, 2004, s. 245-260.
- Tarrant, Mark, Adrian. C. North och David J. Hargreaves, "Youth Identity and Music", *Musical Identities*, MacDonald, Hargreaves och Miell (red.), 2002.
- Taylor, Charles, *Multiculturalism and the "Politics of Recognition"*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1992.
- Theorell, Töres, *Noter om musik och hälsa*, Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2009.
- Theorell, Töres, Anna-Karin Lennartsson, Miriam A. Mosing och Fredrik Ullén, "Musical activity and emotional competence – a twin study", *Frontiers in Psychology*, 5 (2014).
- Thorsen Gonzalez, Marianne, Terry Hartig, Grete Grindal Patil, Egil Wilhelm Martinsen och Marit Kirkevold, "A Prospective Study of Existential Issues in Therapeutic Horticulture for Clinical Depression", *Issues in Mental Health Nursing*, 32:1 (2011), s. 73-81.

- Thurfjell, David, *Det gudlösa folket. De postkristna svenskarna och religionen*, Stockholm: Molin Sorgenfri förlag, 2015.
- Todd, Sharon, *Att lära av den andre: Levinas, psykoanalys och etiska möjligheter i undervisning och utbildning*, Lund: Studentlitteratur, 2008.
- Turner, Graeme, *Film as Social Practice*, London: Routledge, 1999.
- Ulhas Macneil, Paul, "The Arts and Medicine: A Challenging Relationship", *Medical Humanities*, 37;2 (2011), s. 85–90.
- Ullén, Fredrik, Örjan de Manzano, Rita Almeida, Patrik K. E. Magnusson, Nancy L. Pedersen, Jeanne Nakamura, Mihaly Csikszentmihalyi och Guy Madison, "Proneness for Psychological Flow in Everyday Life: Associations with Personality and Intelligence", *Personality and Individual Differences*, 52 (2012), s. 167–172.
- Ulrich, Roger S., "View Through a Window May Influence Recovery from Surgery", *Science*, 224:4647, 1984, s. 420–421.
- Ulrich, Roger, Craig Zimring, Xuemei Zhu, Jennifer DuBose, Hyn-Bo Seo, Young-Seon Choi, Xiaobo Quan och Anjali Joseph, *A Review of the Research Literature on Evidence-Based Design*, Concord: The Center for Health Design, 2008.
- Ulrich, Roger, "Effects of Viewing Art on Health Outcomes", *Putting Patients First. Best Practices in Patient-Centred Care. 2nd ed.*, Susan B. Framp-ton, Patrick A. Charmel, (red.), San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
- Ulrich, Roger, *Evidensbas för vårdens arkitekter 1.0. Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön*, Göteborg: Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers, 2012.
- Vaage, Margrethe Bruun, "Self-Reflection: Beyond Conventional Fiction Film Engagement", *Nordicom Review*, 30:2 (2009), s. 159–178.
- Vaugeois, Lise, "Social Justice and Music Education: Claiming the Space of Music Education as a Site of Postcolonial Contestation", *Action, Criticism, and Theory for Music Education*, 6:4 (2007), s. 163–200.
- Vickhoff, Björn m fl., "Musical Piloerection", *Music and Medicine*, 4:2, 2012, s. 82–89.
- Vist, Toril, *Musikkopplevelse som muligheter for følelseskunskap. En studie av musikkopplevelse som medierende redskap for følelseskunskap, med vekt på emosjonell tilgjengelighet og forståelse*, Oslo: NMH-publikasjoner, diss, 2009:4.
- Vist, Toril och Lars Ole Bonde, "Then Certain Songs Came": Music Listening in the Grieving Process After Losing a Child', *Musical Life Stories*, Bonde m.fl. (red.), 2013.
- Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och tio andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund 2014 International Health Policy Survey*, Stockholm: Myndigheten för vårdanalys, 2014.

- Wahlqvist, Mats, m.fl., "Instrumental Strategy: A Stage in Student's Consultation Skills Training?", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23:3 (2005), s. 164-170.
- Warburton, Darren E. R., Crystal Whitney Nicol och Shannon S.D. Bredin, "Health Benefits of Physical Activity: The Evidence", *Canadian Medical Association Journal*, 174:6, 2006, s. 801-809.
- Weber, Heidemarie, M. Stockli, Matthias Nubling och Wolf A. Langewitz, "Communication during ward rounds in Internal Medicine, An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS", *Patient Education and Counseling*, 67 (2007), s. 343-348.
- Westlund, Peter, *Boningar för äldre*, Fokus-Rapport 2007:1, Kalmar: Regionförbundet Kalmar län, 2007.
- WHOQOL SRPB Group, "A Cross-cultural Study of Spirituality, Religion and Personal Beliefs as Components of Quality of Life", *Social Science and Medicine*, 62:6 (2006), s. 1486-1497.
- Wijk, Helle, *Goda miljöer och aktiviteter för äldre*, Lund: Studentlitteratur, 2004.
- Wijk, Helle, "Personcentrerad utformning av vårdmiljön", *Vårdmiljöns betydelse*, Wijk (red.), 2014.
- Wijk, Helle (red.), *Vårdmiljöns betydelse*, Lund: Studentlitteratur, 2014.
- Wiklund Gustin, Lena och Ingegerd Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, Lund: Studentlitteratur, 2012.
- Wikström, Britt-Maj, *Estetik och omvårdnad* (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur, 2003.
- Wikström, Britt-Maj, Emma Westerlund och Jaana Erkilä, "The Healthcare Environment – The Importance of Aesthetic Surroundings: Health Professionals' Experiences From a Surgical Ward in Finland", *Open Journal of Nursing*, 2:3 (2012), s. 188-195.
- Wikström, Owe, *De ofrånkomliga orden: Religionspsykologiska studier i modern svensk skönlitteratur*, Stockholm: Gummesson, 1982.
- Wikström, Owe, *Aljosjas leende: Om gudsfrånvaro, mystik och skönlitteratur: Religionspsykologiska perspektiv*, Stockholm: Natur och kultur, 1997.
- Wikström, Owe, *Om heligheten och dess envisa vägran att försvinna*, Stockholm: Natur & Kultur, 2003.
- Wilson, Edward O., *Biophilia: The Human Bond with Other Species*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1984.
- Winner, Ellen, och Lois Hetland, "Art for Our Sake: School Art Classes Matter More Than Ever – But Not for the Reasons You Think", *Arts Education Policy Review*, 109:5 (2008), s. 29-32.
- Winnicott, D. W., *Lek och verklighet*, Stockholm: Natur & Kultur, 1981.

- Word Health Report: Report of the Director-General*, Genève: World Health Organization,, 2000.
- von Wright, Georg Henrik, *Myten om framsteg*, Stockholm: Albert Bonniers Förlag, 1993.
- Wuss, Peter, *Cinematic Narration and Its Psychological Impact: Functions of Cognition, Emotion and Play*, Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars, 2009.
- Young, Katharine, *Presence in the Flesh: The Body in Medicine*, Cambridge: Harvard University Press, 1997.
- Zeiler, Kristin, ”A Phenomenological Analysis of Bodily Self-awareness in the Experience of of Pain and Pleasure: Dys-appearance and Eu-appearance”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13:4 (2010), s. 333–342.
- Ziehe, Thomas, *Øer af intensitet i et hav af rutine: Nye tekster om ungdom, skole og kultur*, Köpenhamn: Politisk Revy, 2004.
- Zillman, Dolf, ”Cinematic Creation of Emotion”. *Moving Image Theory: Ecological Considerations*, Joseph D. Anderson och Barbara Fisher Anderson (red.), Carbondale: Southern Illinois University Press, 2005.
- Öhrström, Eva, ”Stockholms Arbetareinstituts folkkonserter och deras betydelse för konsertlivet”, *Musiken, folket och bildningen: Glimtar ur folkbildningens historia*. Öhrström, Eva (red.), Linköping: Mimer, 1997.
- Öppna jämförelser och utvärdering 2010: *Psykiatrisk vård – ett steg på vägen*, Socialstyrelsen. 2010. Öppna jämförelser 2014 – Jämlik vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom, Socialstyrelsen. 2014.

2. WEBRESURSER

- Centrum för vårdens arkitektur, *Centrum för vårdens arkitektur*, <http://docplayer.se/1679025-Cva-centrum-for-vardens-arkitektur-centre-for-healthcare-architecture.html> (160606).
- El Sistema, *Stiftelsen El Sistema Sverige*, 2014, www.elsistema.se (160610)
- Folkhälsomyndigheten, *1. Delaktighet och inflytande i samhället*, 2016, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/delaktighet-och-inflytande-i-samhallet/> (160130).
- Göteborgs stad, Generationsmöten, *Generationsmöten*, <http://goteborg.se/wps/portal?uri=gbglnk%3aGBG.Enh.Projekt.GMC> (160605).

- Hälsopedagogen, *Vad är hälsa*, <http://www.halsopedagogen.se/?p=83> (160610).
- Narrativ etnografi, *Narrativ etnografi*, <http://www.narrativ-etnografi.se/> (160201) Narrativ vård och omsorg, *Vår modell*, <https://narrativomvardnad.wordpress.com/varmodell/> (160107). Region Skåne, *Kultur på recept*, <http://www.skane.se/Halsa-och-varld/Halsa/Kultur-for-halsa/Kultur-pa-recept/> (151205).
- Region Skåne, *Kultur på recept 2.0 – Skånemodellen*, 2013-10-08, <https://www.youtube.com/watch?v=cKexXGWezzE> (151206).
- Sahlgrenska akademins vårdmiljöforskargrupper, *Vårdmiljöer*, 2015-04-29, <http://caresci.gu.se/forskning/profilomrade/varldmiljoer> (160606).
- Svenska Institutet för Standardisering, *Kvalitet i särskilt boende och hemtjänst*, <http://www.sis.se/h%C3%A4lsa-och-sjukv%C3%A5rd/sis-tk-572-2012-2015> (160606).

3. LAGAR

- BFS 2011:10, *Boverkets konstruktionsregler*, Stockholm: Boverket.
- SFS 1982:763, *Hälsa- och sjukvårdslag*, Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821, *Patientlag*, Stockholm: Socialdepartementet.

FÖRFATTARPresentation

TOMAS AXELSON är lektor i religionsvetenskap med medieinriktning vid Högskolan Dalarna och docent i religionssociologi vid Uppsala universitet. Axelson driver forskningsprojektet ”Filmengagemang och självetvets utopiska reflexivitet” finansierat av Vetenskapsrådet och har gett ut antologin *Film och religion: Livstolkning på vita duken* (2005) tillsammans med Ola Sigurdson samt även *Förtätade filmögonblick: Den rörliga bildens förmåga att beröra* (2014). Axelson är initiativtagare till Existentiell filmfestival i Falun.

ÅSA BERGMAN är fil. dr i musikkvetenskap och universitetslektor vid Göteborgs universitet. Hon disputerade 2009 med avhandlingen *Växa upp med musik. Ungdomars musikanvändande i skolan och på fritiden*. Bergman medverkar i en forskningsstudie kring kör- och orkesterskolan El Sistema och hennes forskning är inriktad mot att undersöka villkor för barns och ungas musicerande, liksom deras möjlighet att utveckla kunskaper och färdigheter.

GEORG DRAKOS är docent i etnologi och har i sin forskning intresserat sig för berättande som en social, kulturell och kroppslig handling. Ett exempel är boken *Berättelsen i sjukdomens värld: Att leva med hiv/aids i Sverige och Grekland* (2005). Drakos driver flera projekt som syftar till att skapa ömsesidiga utbytesprocesser mellan yrkespraktik, konstnärligt och vetenskapligt arbete. Drakos är involverad i olika utbildnings-

insatser och har utvecklat kurser och läroböcker och är medförfattare till boken *Diagnos och identitet* (2011).

VALDEMAR ERLING är överläkare vid Kungälv's sjukhus och studierektor för AT-läkarna på sjukhuset. Han har varit drivande i arbetet med att införa ett nytt rondsysteem – Andra rondens – och för detta tilldelades han 2015 Svenska Läkaresällskapets etikpris, Hippokratespriset. Erling är aktiv sångare och låtskrivare i gruppen Valdemar och driver skivbolaget Zebra Art Records.

PETER FRÖST är konstnärlig professor vid Chalmers Arkitektur och föreståndare för Centrum för vårdens arkitektur. Han är engagerad i grund- och forskarutbildning inom vårdbyggnadsområdet och ansvarar för en masterskurs med fokus på vårdbyggnad. Fröst är medförfattare till rapporterna *Den goda vårdavdelningen* (2011) och *Evidensbaserade konceptprogram: Högteknologiska vårdmiljöer för intensivvård och operation*. (2013).

WILHELM KARDEMARK är universitetslektor i religionsvetenskap vid Göteborgs universitet. Hans forskning fokuserar på hur föreställningarna kring kropp och hälsa har förändrats över tid. Hur vi gått från att betrakta människors hälsa som en nationell egendom till att se hälsa som ett helt individuellt projekt. Vid sidan om sin forskning arbetar Kardemark med personlig träning.

BJÖRN LANDSTRÖM är specialist i allmänmedicin och verkställande direktör för Skaraborgsinstitutet för forskning och utveckling. Han driver ett forskningsprojekt som handlar om allmänläkarnas kompetens. I sin avhandling *The good enough GP* (2012) undersöker han den allmänmedicinska kompetensen som den uttrycker sig i det kliniska mötet. Landström arbetar också med professionell utveckling på Läkarprogrammet, samt ger föreläsningar om allmänmedicinens kärna.

MARGRET LEPP är auktoriserad dramapedagog och professor i vårdvetenskap med ämnesansvar för vårdpedagogik vid Göteborgs universitet. Hennes forskning är inriktad på lärande, dramapedagogik, internationalisering och konflikthantering och hon var först i Sverige att lägga

fram en avhandling om drama som vårdpedagogiskt verktyg. Lepp är medförfattare till boken *Dracon i skolan* (2005) som handlar om drama, konflikthantering och medling.

LARS LILLIESTAM är professor i musikvetenskap vid Göteborgs universitet. I sin forskning har han intresserat sig för hur människor tänker, talar och skriver om musik. Bland hans publikationer kan nämnas *Musikliv: vad människor gör med musik – och musik med människor* (2006/2009), *Musiken och jag: rapport från forskningsprojektet Musik i Människors Liv* (tillsammans med Thomas Bossius, 2011) och *Rock på svenska: från Little Gerhard till Laleh* (2013).

MONICA LINDGREN är professor i musikpedagogik vid Högskolan för scen och musik. Hon är utbildad musiklärare med lång undervisnings- erfarenhet. Lindgren arbetar med forskningsprojektet El Sistema – villkor för musikaliskt lärande och identitet i en interkulturell kontext. Hon har också varit verksam i flera större forsknings- och utvärderingsprojekt, samtliga med fokus på pedagogiska frågor i relation till skola och utbildning, barn och unga, identitet, kultur och estetik.

STEFAN LUNDIN är arkitekt och har i huvudsak arbetat med olika vårdprojekt med särskilt fokus på psykiatri och rättspsykiatri. Parallellt med sitt arbete som arkitekt forskar han om läkande arkitektur – hur den fysiska miljön kan påverka hälsa, återhämtning och välbefinnande. Lundin är redaktör för boken *Arkitektur som medicin – arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatri* (2009).

HENRIK SJÖVALL är överläkare i internmedicin och professor vid Göteborgs universitet och är styrgruppsordförande i Centrum för kultur och hälsa. Han har ett stort engagemang i migrationsfrågor och är ansvarig för kompletteringsutbildning för läkare med utländsk examen med fokus på professionell utveckling och kulturfrågor. Sjövall har också medverkat i Alltinget, ett folkbildningsprogram i radio.

LINDA STERNÖ är lektor vid Akademin Valand inom ämnet film och är verksam som filmare och filmpedagog. Hon en av initiativtagarna till kursen "Kameran som verktyg för lärande" och är klusterledare för

forskningsprojektet "Archives, Art and Activism" vid Göteborgs universitet. Sternö är projektledare för projektet "Barnfilmskolan" som hedrades med Gullspiran vid Guldbaggegalan 2016.

TÖRES THEORELL är läkare och specialist i invärtesmedicin. Theorell har i sin forskning studerat sambanden mellan kulturaktiviteter och hälsa. I boken *Noter om musik och hälsa* (2009) sammanfattar Töres sin forskning om musik och hälsa. Han har varit professor vid Karolinska Institutet och verksam vid institutet för psykosocial medicin (IPM), numera Stressforskningsinstitutet.

JARL TORGERSON är läkare och specialist i invärtesmedicin och medicinsk rådgivare i frågor om medicinsk kvalitet. Hans forskningsintresse handlar om evolutionsmedicin, konst och litteratur. Torgerson är läroboksförfattare och har skrivit böckerna *Fetma – från gen- till samhällspåverkan* (2007) och *Strandfynd i Bohuslän essäer* (2012). I den senare skriver han om sina strövtåg i naturen. Han är också verksam som kulturskribent med inriktning mot medicin och evolutionsbiologi.

HELLE WIJK är docent i vårdvetenskap och universitetslektor vid Göteborgs Universitet. Hennes forskning är inriktad på vårdmiljöns betydelse för hälsa med särskilt fokus på den fysiska miljön. Wijk är redaktör för boken *Vårdmiljöns betydelse* (2014) som fokuserar på vårdmiljön som en central del i vårdandet och behandlingen. Wijk är knuten till Centrum för Vårdens arkitektur (CVA) på Chalmers och är styrelseledamot i Forum för Vårdbyggnad.

FREDRIK ULLÉN är professor i kognitiv neurovetenskap vid Karolinska institutet. Han har i sin forskning intresserat sig för hur musikalisk träning stimulerar hjärnans utveckling och leder ett forskningsprojekt som studerar kreativitet, inlärning och flow. Ullén är aktiv konsertpianist och har genom sina framträdanden runt om i världen erhållit internationella utmärkelser. Ullén är ledamot i Kungliga Musikaliska Akademin.

PERSONREGISTER

- Alestig, Kjell 157
Allan, Julie 232, 244
Allen, Maddison 68, 71, 87-89
Ambjörnsson, Ronny 133, 147
Andersson, Dan 175
Andreasson, Jesper 67-69, 72, 83, 87
Antonovsky, Anton 140, 141, 269, 276, 294
Areskog-Wijma, Barbro 182
Asplund, Johan 186, 190
- Bálint, Michael 187, 190
van Beethoven, Ludwig 237
Berger, John 183, 184, 190
Bergman, Åsa 282, 283, 295
Bernhardsson, Katarina 22, 45
Biesta, Gert 217, 228
Black, Joanna 212, 227
Blomquist, Clarence 181, 182
Boal, Augusto 195, 204
Boorse, Christopher 74, 88
Bossius, Thomas 278, 294-297
Bourdieu, Pierre 291
Brando, Marlon 256
Bruner, Jerome 263, 269
Brytting, Tomas 73, 88
Bråkenhielm, Carl Reinhold 247, 268
- Buber, Martin 164, 174
Bull, Michael 278, 287, 294-296
Burgoyne, Robert 258
Burton, Robert 133, 134, 147
Butler, Lisa 251, 258-261, 269
Byréus, Katrin 195, 204, 205
Bååthe, Fredrik 161, 173, 174
- Camus, Albert 178, 179, 190
Carlberg, Axel 167, 174
Carper, Barbara 97, 111, 204
Cavicchi, Daniel 295, 296
Chalubinski, Tytus 157
Charon, Rita 165, 174
Clift, Stephen 51, 62
Coats, Cala 213, 227
Cohen, Gene 51, 62
Coppola, Francis Ford 248
Csikzentmihalyi, Mihaly 55, 63
Cullberg, Johan 184, 190
Cullhed, Sture 182
Cushion, Christopher J. 68, 87, 89
- Darwin, Charles 19
De Lyon, Alexander T. C. 68, 87, 89
DeMarinis, Valerie 247, 248, 268

- DeNora, Tia 275, 277, 289, 293,
294, 297
- Donaghue, Ngaire 68, 71, 87–89
- Dudamel, Gustavo 236
- Elton, Martin 182
- Epikuros 133
- Eriksson, Katie 196, 204
- Finnegan, Ruth 278
- Flitterman-Lewis, Sandy 258
- Foucault, Michel 156, 173
- Frank, Arthur 35, 46
- Freire, Paulo 195, 204, 210, 211,
225, 227
- Gabrielsson, Alf 62, 278, 294,
296, 297
- Gadamer, Hans-Georg 76, 89,
157, 196, 204
- Gavin, James 67, 70, 87, 88
- Gawande, Atul 146, 149
- Geels, Antoon 247, 248, 268
- George, Molly 67, 68, 87, 88
- Gilliam, Terry 186
- Gonzalez, Marianne Thorsen
140, 148
- Gustafsson, Lars 181, 190
- Hall, Stuart 241, 246
- Hallgärde, Ulf 121, 122
- Heaney, Seamus 188
- Heidegger, Martin 157
- Hellsing, Lennart 175, 190
- Hendrix, Jimi 289
- Hetland, Lois 222, 228
- Holmes, Bjarne M. 210, 227
- Holtz, Brian 80, 89
- Hume, David 167
- Höglund, Anna 227
- Jersild, P. C. 181, 182
- Johannisson, Karin 16, 20, 154,
172, 173, 275, 293
- Johansson, Thomas 69, 72, 83,
87–89, 251
- Josephson, Ernst 18
- Juslin, Patrik N. 294, 296
- Kahnemann, Daniel 13, 20
- Kant, Immanuel 13
- Kierkegaard, Sören 157
- Kolb, David 193, 194, 203
- Korneliusson, Madeleine 227
- Kruusval, Henrik 228, 229
- Kundera, Milan 175
- Larsson, Carl 18
- Lawton, Powell 96, 110–112
- Leder, Drew 76, 83, 89
- Levitin, Daniel 278, 295
- Linde, Ulf 177, 178, 190
- von Linné, Carl 189
- Lo-Johansson, Ivar 184, 190
- Luckman, Thomas 290
- Lynch, Gordon 248, 251, 268
- Löfgren, Monika 45
- Lögstrup, Knud E. 167, 174
- Magnå, Joakim 227
- Makeba, Miriam 241
- Malek, Moh 68, 87, 88
- Marmot, Michael 117, 129
- McCormack, Brendan 102, 112
- Meakin, Richard 78, 89
- Melder, Cecilia 247, 248, 268,
293
- Moberg, Vilhelm 18
- Moreno, Jakob Levy 195, 204
- Morris, David 33, 35, 46
- Mårtensson, Dick 177, 181

- Nicander, Malin 262
 Nietzsche, Friedrich 256, 257
 Nightingale, Florence 92, 97, 98,
 110, 111, 127, 130
 Noll, Peter 185, 186, 190
 Nordenfelt, Lennart 74, 75, 79,
 82, 83, 88, 89, 173
- Orwell, George 185, 190
- Paasilinna, Arto 184, 190
 Palén, Tove 227
 Palesh, Oxana 251, 258–261, 269
 Petersson, Christer 187, 188, 191
 Petosa, Rick Lingyak 80, 89
 Pinel, Philippe 134
 Pourkarim, Laleh 286
 Pärt, Arvo 289, 290
- Quinth, LaVonne 262
- Rancière, Jaques 220, 225, 228
 Ricoeur, Paul 204
 Rogers, Carl 164
 Rudebeck, Carl Edvard 180, 181,
 190
 Rush, William 134, 135
 Ruud, Even 244, 275, 276, 278,
 282, 285, 293–296
 Rydstad, Margareta 45
- Sahlin, Eva 141, 148, 149
 Schüldt, Eric 297
 Schön, Donald 187, 191
 Scott, Ridley 184, 185
 Selye, Hans 119, 129
 Simmel, Georg 296
 Shor, Ira 221, 228
 Sigurdson, Ola 21, 45, 86, 173
 Skånland, Marie Strand 287, 295,
 296
- Small, Christopher 292
 Sloboda, John 278, 294
 Sonnevi, Göran 188, 189, 191
 Stacey, Dawn 68, 71, 87, 88
 Stam, Robert 258
 Sternberg, Esther M. 120, 125,
 128–130
 Sternudd, Mia-Marie 195, 203
 Stiegler, Bernard 210, 227
 Strand, Marianne 262
 Svenaeus, Fredrik 44, 46, 47, 71,
 72, 88, 157, 173, 180, 181, 190
- Taylor, Charles 242, 246
 Theorell, Töres 122, 294, 295
 Thurfjell, David 290, 294, 297
 Tjechov, Anton 183
 Todd, Sharon 219, 228
 Tournier, Paul 164
 Truffaut, François 184
 Tuke, William 134
- Ulrich, Roger 111, 124, 129, 130,
 148
- Virchow, Rudolf 155
 Vist, Toril 287, 295, 296
 Västfjäll, Daniel 294, 296
- Wikström, Owe 268, 290, 294,
 297
 Wilson, Edward O. 136–138, 148
 Winner, Ellen 222, 228
 Wretmark, Gerdt 182
 von Wright, Georg Henrik 170,
 174
- Young, Katharine 26, 27, 45
- Zeiler, Kristin 77, 89

Intresset för området kultur och hälsa är stort. Åtskilliga verksamheter i kommuner och landsting arbetar aktivt med kultur och hälsa. Därför blir det allt viktigare att ta tillvara på den kunskap som skapas inom dessa verksamheter och att möjliggöra ett utbyte av erfarenheter.

Kultur och hälsa i praktiken presenterar i fjorton kapitel hur man kan arbeta med kultur och hälsa inom olika verksamheter som exempel på gränsöverskridande samarbeten mellan praktik och forskning. Kapitelförfattarna är både förankrade i ett konkret verksamhetsområde och i akademisk forskning.

Kultur och hälsa i praktiken ger en beskrivning av praktiska verksamheter utifrån aktuell forskning. Den syftar till inspiration såväl som fördjupad kunskap för praktiker, forskare, beslutsfattare, kulturutövare, journalister och hälso- och sjukvårdspersonal.

ISBN: 978-91-88348-72-2



9 789188 348722



GÖTEBORGS UNIVERSITET
LITTERATUR, IDÉHISTORIA OCH RELIGION