

Att dela helhetssyn

- En vetenskaplig essä på jakt efter ett svårfångat begrepp i sjukvården

To share holistic view



Av: Ingela Frän

Handledare: Martin Gunnarson

Södertörns högskola, Institutionen för kultur och lärande

Masteruppsats 30 hp

Centrum för praktisk kunskap



SÖDERTÖRNS HÖGSKOLA | STOCKHOLM
sh.se

Förtankar

”Hon är vid horisonten... Jag tar två steg framåt, hon flyttar sig två steg bort. Jag går tio steg och horisonten springer tio steg framåt. Det spelar ingen roll hur mycket jag går, jag kommer aldrig att nå henne. Vad tjänar Utopia till? Jo, till att få oss att gå.”¹

Buber strävade efter att undvika ett reduktivt tänkande, dvs att inte abstrahera från människans helhet och hennes samhörighet med världen som helhet. Vill man förstå människan, får man inte ignorera den för henne säregna stumheten, bara för att man valt att karaktärisera henne som en varelse i besittning av språk. Inte förneka det omedvetnas betydelse, för att man vill framhålla det medvetna livet. Inte förneka det instinktiva handlandet, i ambitionen att hävda viljans frihet. [...] Vi kan inte varsebli figuren utan att också varsebli bakgrunden, mot vilken den framträder.²

”Varje mänsklig situation kan betraktas utifrån – sådan den ter sig för andra – och inifrån, sådan individen godtar den och kommer tillrätta med den. För andra är den gamle ett objekt som man söker kunskap om; för honom själv är hans tillstånd en upplevd erfarenhet.”³

¹ Naomi Klein, *Nej är inte nog; så står vi emot Trumps chockdoktrin och skapar en ny värld*, Stockholm: Ordfront, 2017, s. 187.

² Pehr Sällström, ”Efterskrift – Vad är alltså en människa?”, *Människans väsen*, Ludvika: Dualis, 2005, 176 - 177

³ Simone de Beauvoir, *Ålderdomen*, Stockholm: AWE/Geber, 1976, s. 15.

Sammanfattning – Att dela helhetssyn

I denna vetenskapliga essä undersöker jag begreppet *helhetssyn* som ord, dess historiska utveckling inom hälso- och sjukvård, hur det uppfattas inom aktuell forskning samt ur ett filosofiskt perspektiv. Fenomenologi, hermeneutik och existentialism utgör det filosofiska ramverket och jag låter dessa teorier gå i dialog med gestaltade berättelser från mitt yrkesutövande som fysioterapeut men också med mina reflektioner och tidigare erfarenheter. *Hälsa* är ett annat begrepp som undersöks eftersom det är nära besläktat med helhet och också något som människan strävar mot genom hela livet. Eftersom mitt arbete huvudsakligen utförs i möte med åldrade patienter ger jag extra mycket utrymme åt just åldrandet och kroniska sjukdom som fenomen. Den praktiska klokheten, kunskapsformen *fronesis*, växer fram som en grundläggande förutsättning för att kunna sträva mot helhetssyn med en etiskt grundad kvalitet. Även om jag kommer fram till att helhetssyn förmodligen är en utopi så är det fortfarande ytterst viktigt att sträva mot den. Den essentiella delaspekt av helhetssyn som vuxit fram vid sidan av *fronesis* väljer jag att benämna *situasyn*. Utmaningen kallas NPM.

Nyckelord: *Helhetssyn, holism, hälsa, ålderism, fysioterapi, sjukvård, äldreomsorg, praktisk kunskap, fronesis, hermeneutik, existentialism, New Public Management (NPM), etik, reflektion.*

Abstract – To share holistic view

In this scientific essay, I examine the concept of the *holistic view* — as a notion, its historical development in health and medical care, how it is perceived within current research, and from a philosophical perspective. Phenomenology, hermeneutics and existentialism constitute the philosophical framework and I let these theories go into dialogue with depicted stories from my professional practice as a physiotherapist, and also with my own reflections and past experiences. *Health* is another concept that I investigate because of its close relationship with wholeness, and also because it is something that man strives towards throughout his life. Since my work is mainly done in meetings with elderly patients, I give extra space to aging and chronic illness as phenomena. The practical wisdom, *phronesis*, as a form of knowledge, emerges as a basic prerequisite for being able to strive towards a holistic view of an ethically founded quality. Although I will argue that a holistic view is a utopic vision, I conclude that it is still important to strive towards it. The essential part of the holistic approach that emerged, alongside *phronesis*, I've chosen to call *situasyn*. The challenge is called NPM.

Keywords: *Holistic view, holism, health, ageism, physiotherapy, health care, geriatric care, practical knowledge, phronesis, hermeneutics, phenomenology, existentialism, New Public Management (NPM), ethics, reflection.*

Innehållsförteckning

Att dela helhetssyn	1
Förtankar	2
Sammanfattning – Att dela helhetssyn	3
Abstract – To share holistic view.....	3
Innehållsförteckning.....	4
Inledning.....	5
Syfte.....	8
Metod.....	9
Skrivprocessen.....	10
Disposition och teoribildning	13
Etiska överväganden	15
Helhetssyn	16
Ordet	16
En Idéhistorisk blick.....	19
Helhetssyn i form av metod- och kunskapsutveckling under 2000-talet.....	25
Helhetssyn från olika vårdarbetares vardag – kvalitativa forskningsrapporter	29
En sammanfattande analys	33
Ålderdom och åldrande – en universellt individuell process.....	35
Helhetssyn och hälsa	45
Helhetssyn och kronisk sjukdom	52
Helhetssträvan, aktiviteter och moraliska utmaningar.....	57
Tala, handlande och helhet.....	59
Kunskapsformen Fronesis – Praktisk klokhet.....	62
Människans väsen och försöken att se helheten	64
Möte på en institution - Jag är inte död än!.....	66
Att dela helhetssyn – en reflekterande avrundning.....	70
”Situasyn” och fronesis	72
Försvårande omständigheter för situasyn och fronesis.....	75
Käll- och Litteraturförteckning	78
Epilog.....	82

Inledning

Vad håller vi på med? Den frågan har upptagit mig med jämna mellanrum. Framför allt de perioder då jag känt mig inskränkt, rutiniserad och frustrerad i min roll som fysioterapeut. Men också som den person jag är i den rollen. Förmodligen för att jag vill så mycket mer än att vara en funktion. Jag vill se mitt uppdrag med vidare syn och ta ett bredare grepp för att skapa bättre förutsättningar för att göra rätt insatser och insatser rätt. För att göra viktiga handlingar och inte handlingar viktiga genom att bättre förstå situationen ur den andres perspektiv. Jag vill också medverka till att vi förlänger levande liv och inte förlänger ett döende. Men är det en utopi och vad innebär det i så fall? Hur tar man sig an en helare vård med ett större grepp? Vilka förutsättningar finns och vilka hinder? Frågan om vad vi håller på med, har allt oftare landat i funderingar kring begreppet helhetssyn. Helhetssyn är ett ord som används inom sjukvården och i min praktik. Det används både av praktiserande vårdarbetare, i ledningsgrupper samt på politisk nivå. Det är något som ses som eftersträvansvärt men tämligen svårfångat. Genom mina möten med patienter och arbetskamrater har jag insett att helhetssyn är något som uppfattas olika beroende på vem man är och hur man ser på sig själv och sitt uppdrag. Helhetssyn verkar vara ett begrepp och en praktik som man fyller med mening och förståelse på varierade vis. Som exempel på det vill jag lyfta fram två berättelser från min vardag som gestaltar olika förhållningssätt men det finns naturligtvis fler. Det första är ett möte jag hade med en patient. Jag hade kommit dit för att se om jag kunde hjälpa till att minska den andnöd som hon lider av. Det är ofta med ett specifikt uppdrag som jag kommer i kontakt med patienter men processen som följer kan ta oanade vägar.

”Vad är det för en liten skojig sak du har med dig?” Jag håller i en handfläkt. En ljusgrön manick med mjuka fläktblad. Den fungerar bra när man har det jobbigt med andning och en känsla av andnöd. Men den ser ut som en leksak. Gunilla får prova den. På-knappen är i samma färg som själva fläkthandtaget och lite svår att se men den sticker ut så den går att hitta med stöd av fingertopparnas känsel. Hon skrattar. ”Det känns skönt det här. Så lätt att ha med sig också, överallt! Jag hjälper henne till en bra andningsposition. Hon sitter en stund med fläkten, sluter ögonen och andas. ”Sedan säger hon plötsligt med frustrerad röst: ”Värst är ändå ångesten. Den hänger med andnöden. Men du ska inte tro att jag är rädd för att dö för det är jag inte. Jag är rädd för ångesten. Känslan av att det inte finns tillräckligt med luft i rummet, den är hemsk. Känslan av panik och att livet står still, är helt stelnat i ett grepp jag inte vill vara i. ” Så vi pratar ångest och oro. Vad det gör med henne och vad som kan lindra. ”Finns det något som du tycker väldigt mycket om att göra, som kan få dina tankar att vandra bort från oron?” Svaret kommer blixtnabbt. ”Böcker! Jag älskar att läsa böcker. Klassiker.

Men jag kan inte läsa längre. Min syn är för dålig.” Så vi pratar böcker. Alla möjliga författare och böcker. Vi pratar ljudböcker och Gunilla blir upplivad. Hon verkar glömma fläkten, andnöden och ångesten en stund. Hon gestikulerar långsamt och eftertänksamt medan hon drar sig till minnes sina favoritförfattare och deras verk. Vi diskuterar hur vi skall lösa detta med ljudböcker eftersom hon inte kan ta sig till biblioteket. Det knackar på dörren. En undersköterska kommer in. ”Det är dags för lunch nu Gunilla”. Tiden hade sprungit iväg med oss. Gunilla tittar på mig igen. Tittar på den skylt jag har där det står mitt namn och min yrkestitel. ”Jag har träffat många fysioterapeuter i mitt liv men ingen har pratat om böcker med mig förut. Det var märkvärdigt. Att få prata böcker. Det känns faktiskt mindre stelt nu.”

Det andra mötet hade jag med en arbetskamrat. En arbetskamrat som precis som jag har sitt mer eller mindre specifika uppdrag och utifrån det formar sin syn på helhet. Hon var frustrerad. Medicinskt frustrerad. Uppdragsfrustrerad. ”Vi saknar både en korrekt medicinlista och en samlad bild av alla diagnoser. Vi måste ha alla fakta för att kunna ha en helhetssyn. Om vi inte får ihop den här informationen så...” Hon tystnar. Suckar. ”Det är så jobbigt när det blir så här rörigt och dåligt underbyggt. Jag blir stressad av att inte ha alla fakta på bordet.” Uttalandet handlar om en patient som skall komma hem från sjukhuset. Överföring av information är nästan alltid ett dilemma och ibland en snårskog. Jag stannar upp i tankarna ett slag. Det medicinska ögats helhetssyn är verkligen viktig för säker vård men är det tillräckligt? Jag menar att det är otillräckligt och kanske inte ens tillräckligt för en säker vård. Det är en *del* av en säker vård. Däremot är det inte tillräckligt utrett vad allt det andra kan vara i praktiken och hur man lär sig förstå vad det kan vara för den enskilde patienten. Allt det som rör det liv som personen med sjukdom skall leva.

Ett annat exempel på hur helhetssyn som ideal lyfts fram hämtar jag från socialstyrelsens websida: ”Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning. Tjänsterna präglas av kontinuitet.”⁴ Å ena sidan pekar alltså socialstyrelsen på den enskildes samlade livssituation men landar sedan i att det handlar om samordning och organisation av tjänster. Ett logistiskt dilemma. Samtal om människosyn, hälsa och helhet är ytterst sällan med på dagordningar. Samtal om arbetets innehåll, värde och kvalitativa mål är också ovanliga. Det är upp till varje enskild vårdarbetare att fylla ut tomrummet kring den medicinska cellkärnan. Att skaffa kunskap och våga vidga sitt görande för att bredda erfarenheten och bli rikare i sitt

⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardochomsorgsocialtjansten>

handlande. Att möta människor i patientroll och deras anhöriga innebär att ständigt möta nya situationer om än de kan likna varandra. Behoven är skiftande från individ till individ och över tid vilket innebär att just en förmåga till gott omdöme och en rik variation i handlande kan bli avgörande för resultatet.

I den kommun som jag arbetar finns en värdegrund framtagen för de olika boendena som kommunen driver: "Våra boenden ska ha ett värdigt liv och känna välbefinnande. Vi har den boende i fokus och tar hänsyn till individuella önskemål och självbestämmande." Ett värdigt liv och välbefinnande. Jag har ofta träffat på den typen av värdegrunder och begrepp som i sig lovar något som man skulle kunna förstå som en helhetssyn. Ett värdigt liv med välbefinnande och självbestämmande uppfattar jag som ord som omsluter en stor del av en människas liv. Men ord är ändå bara ord och blir tomma om de inte omsätts i praktiken. De kan till och med devalveras i värde om de styrsystem som reglerar vårdarbetarens vardag strävar i en annan riktning. Jag, och många med mig, har en ambition att leva upp till värdegrunder men det finns en frustration över en värld och en vård som nästan i blindo lyder under en rationalitet som lagrar in levnad och det levande i något stelade former. Former med matematisk precision men med avsaknad av en formfri mening. Det är omöjligt att inte låta sig inspireras av Hanna Arendt när det kommer till matematiskt "språk". Hon menar i *Människans villkor* att det är dåraktigt att anpassa kulturella uppfattningar efter vetenskapens nivå eftersom språket inte längre skulle vara meningsbärande. Det meningsbärande språket som jag uppfattar handlar om allt det i livet som inte så enkelt låter sig mätas och kvantifieras. Dagens vetenskapsspråk är, enligt Arendt, matematikens språk, ett språk som inte kan översättas till det talade och levda språket. Det människor gör, får kunskap om och upplever i sina liv är enligt Arendt meningsfullt om det går att tala om.⁵ Inom mitt verksamhetsområde anses ofta vetenskapens- och matematikens språk översättningsbara till medicinens och livsvärldens röster. Vad händer med meningsfullheten när vi urholkar möjligheten att använda ett språk i vården som rör och berör patientens hela liv? När medicinens språk i tal och skrift dominerar och begrepp som möjliggör mätande prioriteras. Då riskerar vi att urholka det språk som kan öppna för handlingar som inte uppehåller sig vid sjukdom utan kring hälsa, möjligheter och helhet. Ett språk som gör det möjligt att dela en stund för att skapa möjlighet för något nytt men också att våga prata om oro och sorg. Om vi tappar det språket och de handlingarna, vad händer då med ett värdigt liv och välbefinnande?

I den här uppsatsen undersöker jag begreppet helhetssyn. Mitt incitament för att ta mig an detta begrepp på allvar och undersöka det ur olika aspekter är grundat på många års

⁵ Hanna Arendt, *Människans villkor: vita activa*, Göteborg: Daidalos, 1998, s. 29.

yrkesverksamhet där jag upplever att vi vårdarbetare glider allt längre bort från ett begrepp som samtidigt håller oss i ett grepp genom att det har blivit ett ideal inom sjukvården. Ett dilemma, en paradox som jag vill titta närmare på utifrån en övertygelse att det finns något värdefullt och välvilligt i att möta patienter och försöka dela helhetssyn.

Syfte

Utifrån min inledande fundering om vad vi håller på med vill jag undersöka begreppet helhetssyn och dess betydelse i hälso- och sjukvård. Som ordet antyder är det ett begrepp som inbegriper en mängd faktorer och aspekter. Mitt syfte är undersöka dessa faktorer och aspekter med stöd av idéhistoriska källor och filosofiska teorier med tyngdpunkt på existentialism. Allt detta för att förstå mer om begreppet helhetssyn och dess framväxt som ideal och hur det idag tolkas beroende på vem man är, vad man är, var man är och hur man är.

Jag är övertygad om att helhetssyn som ideal bär på möjligheter och det finns ett behov av en fördjupad förståelse av vad helhetssyn inom sjukvård är och kan vara för den som vårdar och för den som tar emot vård och omsorg. När viktiga men stelade begrepp får väckas till liv och mjukas upp så föder det ofta en nyfikenhet och en längtan. Framför allt en lust att undersöka dem. Kanske återerövra dem. Arendt skriver i sin bok *Människans villkor* om behovet av en förnyad reflektion över människans villkor och de villkor vi hittills levat under. Den reflektionen bör vägledas av farhågor och erfarenheter i den nuvarande situationen.⁶ Arendt menar att vi genom den förnyade reflektionen ger oss själva möjlighet att tänka på *vad vi egentligen håller på med*. Drivkraften att undersöka helhetssyn kommer för mig från just erfarenheter och framväxande farhågor. Tack vare dessa och min vilja att hålla diskussionen levande angående arbetets mening och innehåll för dem vi är till för, har syftet med uppsatsen vuxit fram. Och om mening i livet och arbetslivet skall uppstå och förvärvas behöver andra värden än nytta etableras och därför menar jag att helhetssyn som begrepp och praktik behöver undersökas, diskuteras och återerövrats. Detta mynnar ut i ett antal frågeställningar för uppsatsen som jag formulerar enligt följande:

Hur har begreppet helhetssyn uppstått som ideal inom sjukvården och vilken mening har det fyllts med genom historien?

Hur används begreppet helhetssyn idag?

På vilket sätt formar åldrande-erfarenheten vad helhetssyn kan och bör vara i praktiken?

⁶ Ibid. s. 31.

*Hur kan man förstå hälsa hos äldre för att som vårdarbetare bättre möta med helhetssyn?
Vad skulle helhetssyn inom sjukvård av äldre kunna vara i praktiken?*

Metod

I denna vetenskapliga essä utforskar jag begreppet helhetssyn genom mina levda erfarenheter som fysioterapeut inom kommunal äldreomsorg. Jag gör det i dialog med framför allt filosofiska teorier men också nutida forskning och kvalitativa studier kring helhetssyn i praktiken. Jag börjar med att undersöka ordet helhetssyn som sådant och dess betydelse semantiskt och etymologiskt. Därefter undersöker jag begreppet med hjälp av ett idéhistoriskt material, nutida modeller för att arbeta med helhetssyn samt två kvalitativa forskningsrapporter om helhetssyn i praktiken. Avsikten med detta är att undersöka hur begreppet helhetssyn har vuxit fram inom sjukvården och i vilka skepnader. Mitt val att göra en idéhistorisk fördjupning som inledning baseras på att jag behöver förstå mer om hur helhetssyn uppfattats genom historien och hur helhetssyn påverkats av historiska skeenden. Jag vill undersöka vad som föregått det som idag uppfattas som helhetssyn samt hur begreppet tidigare tolkats för att förstå varför och hur det har vuxit fram och förändrats som ideal inom sjukvården. I dialog med filosofiska teorier undersöker jag sedan dels det historiska materialet men framför allt min praktik. Det gör jag genom att relatera de filosofiska teorierna till ett antal gestaltade berättelser från min praktik (min levda erfarenhet) där jag själv på olika sätt varit inblandad. Den förståelse och de tankar som växer fram i dialog presenterar jag både som invävda i varandra och som tolkningar och reflektioner. Med gestaltade berättelser, (gestaltningar), menar jag att jag försöker berätta om händelser och observationer från min praktik som fysioterapeut på ett sätt som mer visar på *vad* som händer än hur jag *tänker* om det som händer. Tankar och reflektioner kommer före och efter gestaltningarna. När jag relaterar de texter jag läser under mina gestaltade berättelser och vice versa, växer förståelse fram tack vare att mina erfarenheter gör texterna meningsfulla för mig. Läsförståelsen hade förmodligen stannat på en mer abstrakt nivå utan gestaltningarna. Textens mening för min situation bygger på den förförståelse som jag har när jag läser texten.⁷ Det vill säga, det är genom min erfarenhet som finns i gestaltningarna som jag hittar mening i texten. Utan erfarenhet skulle jag inte ha samma anledning att söka eller kanske ens veta vad jag skulle söka efter. Mina gestaltningar gör jag med mitt seende och valet av detaljer säger kanske lika mycket om mig som om det jag beskriver. Donna Haraway menar att det ändå är fullt möjligt att tala om objektivitet i tolkningen av det man studerar även om det är ett subjekt som erfar fenomenen. Haraway

⁷ Magdalene Thomassen, *Vetenskap, kunskap och praxis: Introduktion till vetenskapsfilosofi*, Malmö: Gleerups, 2007, s. 194.

argumenterar för en syn på objektivitet inom vetenskapen som bygger på situerade kunskaper, där en reflexiv förmåga gör beskrivningen av en verklig och heterogen värld möjlig.⁸ Jag förstår det som att vi alla ser och förstår världen, andra och oss själva utifrån en situerad position och att något annat inte är möjligt. Kanske kan man kalla det en subjektiv objektivitet? Ett destillat av verkligheten, en genomlevd erfarenhet, som jag tar vidare och undersöker.

För att kunna göra en trovärdig avslutande reflektion försöker jag vara så reflexiv som möjligt. Som jag tolkar reflexivitet, är det förmåga till reflektion, att kunna spegla forskningsmaterialet mot sig själv. Ett kontinuerligt reflekterande kring hur min person påverkar forskningen men även en medvetenhet om hur själva forskningsprocessen i sig påverkar mig. Charlotte Aull Davies beskriver reflexivitet som just förmågan att medvetet uppfatta hur forskaren som subjekt påverkar det man undersöker samt själva forskningsresultatet. Davies fortsätter med att det är lika viktigt med en medvetenhet om hur själva forskningsprocessen i sig påverkar forskaren.⁹ Davies framhåller att inflytandet går i båda riktningar under hela processen, vilket gör att slutprodukten kan få en oväntad form.¹⁰ För mig blir det även en beskrivning även av en essäistisk skrivandeprocess där man prövar sig fram mer med ett syfte att frambringa tänkbara perspektiv och nya frågor än att frambringa sanningar. För att sortera i och hantera reflexivitet har jag kontinuerligt samtalat med arbetskamrater, patienter och närstående – både patienters och mina egna. Jag har sett till att ta mig tid att reflektera över var jag befunnit mig i skriv- och läsprocessen för att tydliggöra för mig själv varför jag sett och förstått på det sätt jag gjort för stunden. Det har spelat stor roll för valet av gestaltade berättelser men patientmöten har även omvänt påverkat och skapat mening åt de texter jag läst. Det har lett till nya val av gestaltningar. Men det har inte varit enkelt och jag är tveksam till att jag lyckats vara fullständigt reflexiv. Fullständig reflexivitet är förmodligen en utopi. Viktig att sträva mot.

Skrivprocessen

Läsa, tänka, skriva, erfara, agera, reflektera, diskutera, observera, verifiera, kontrastera, opponera, reagera i en process som växer genom att nya kunskaper föder andra sätt att förstå de tidigare sätt man förstod på. Alla dessa verb som driver processen är vägar mot kunskapsinhämtande och beskriver mina försök att få med så många delaspekter av helhetssyn som möjligt. Dessa tankar om en mångfacetterad kunskapsprocess utvecklad över

⁸ Donna Haraway, *Apor, cyborger och kvinnor: Att återuppfinna naturen*, Eslöv: Brutus Östlings bokförlag, 2008, s. 230 - 231.

⁹ Charlotte Davies Aull, *Reflexive Ethnography, a guide to researching selves and others*, London: Routledge, 2008, s. 4.

¹⁰ Ibid. s. 6.

tid ledde fram till att jag funderade mycket över min egen syn, mina egna perspektiv. De behövde belysas och lösas upp en stund. Jag har försökt vara självreflekterande för att skriva mig fram och skriva fram mig själv via undersökningar av personliga erfarenheter och knyta dem till teorier och sammanhang. Den skrivmetoden används vid Centrum för Praktisk Kunskap och har fått benämningen vetenskaplig essä. Själva undersökningen har också haft inslag av autoetnografi.

Jag undersöker mig själv och mitt arbete. Jag är alltså del av det jag undersöker, handlingsmässigt involverad i det som undersöks och den som undersöker. Charlotte Davies menar att ett deltagande möjliggör ett mer initierat seende än enbart ett observerande. Utan deltagande i sammanhanget kanske man inte ens kan veta vad man skall observera eller få möjlighet att observera vissa fenomen.¹¹ Kirin Narayan betonar kompletterande hur de texter som forskaren skriver fram alltid är ett utelämnande av vissa fenomen, en avgränsning. Det man väljer ut att skriva om är påverkat av det perspektiv man har när man observerar något i en viss stund. Det är färgat av forskningsuppdraget, humör, hälsa, kunskapsfokus för stunden, etcetera.¹² Avgörande för resultatets trovärdighet och sanningsanspråk ligger i förmågan att förstå sin egen roll i det man ser, hör, tolkar och tycker sig förstå.

Det jag märkt under mitt undersökande och skrivande är hur själva skrivprocessen påverkat undersökningen. Genom att läsa, reflektera och skriva började jag uppfatta andra händelser och händelser på andra sätt. Allt eftersom kunskapen ökade och skrivandet födde nya funderingar såg jag på mina upplevelser med ett lite förändrat synsätt. Jag uppfattade också situationer som jag inte lagt märke till tidigare. Bonnie Glass-Coffin skriver följande i *Handbook of Autoethnography*: ”I realized that consciousness structures matter rather than the other way around.”¹³ Jag tolkar det som att när medvetenheten ökar eller förändras så kommer de att påverka det material som utforskas genom att man just uppfattar andra saker och saker på ett annat sätt. Det påverkar agerandet. Men kanske kan man påstå att materialet, det vill säga mitt arbete med människor, också påverkar genom att gensvaret förändras av mitt något förändrade handlande. Det blir en reciprok utveckling. Det dubbelriktade som Davies hävdar.

Haraway ger mig en fördjupad förståelse genom att framhålla att en upplevelse och tolkning av världen alltid sker utifrån en situerad subjektivitet. Inget passivt registrerande seende är troligen möjligt. Det som blir centralt i vetenskapliga sammanhang är just den reflexiva förmågan hos det erfarande och observerande subjektet. Haraways beskrivning är

¹¹ Ibid. s. 81.

¹² Kirin Narayan, *Alive in the writing: Crafting Ethnography in the Company of Chekov*, Chicago: University of Chicago Press, 2012, s. 27-28.

¹³ Bonnie Glass-Coffin, Leon Anderson and Bonnie Glass-Coffin, ”I Learn By Going: Autoethnographic Modes of Inquiry”, *Handbook of Autoethnography*, red. Tony E. Adams, Carolyn Ellis and Stacy Holman Jones, New York: Routledge, 2013, s. 61.

för mig också en beskrivning av hermeneutik, en situerad förståelse, en utläggning och en tillämpning som en enhetlig process. Hans-Georg Gadamer menar precis som Haraway att vi redan står i en situation som vi aldrig kan göra oss fria ifrån, vi kan aldrig bli varken helt självmedvetna eller objektiva. Vi kan inte fullt ut sätta parentes om vår egen förförståelse men genom att undersöka tolkningsrummets betingelser, det vill säga vara så reflexiva som möjligt, kan vi utveckla vår förståelse.¹⁴

Att skriva sig fram och skriva fram sig själv. Det är en annan möjlig beskrivning av reflexivitet. I uppsatsen varvar jag levda erfarenheter med teorier och undersöker dem båda för att skapa förståelse och mening. Enligt Maria Hammarén innebär det arbetssättet att man undersöker sig själv som sig själv. När den lästa verkligheten knyts ihop till en berättelse kan människor skapa mening vilket Hammarén framhåller som avgörande för identitet och grundläggande för våra värderingar vilka sedan tar sig gestalt i handlingar.¹⁵ Arendt pekar i sin tur på det meningsbärande språket, som handlar om allt det i livet som inte så enkelt låter sig mätas och kvantifieras men som kan bli meningsfullt om det går att tala om.¹⁶ För mig blev det tydligt att jag genom att just undersöka och bearbeta gestaltade berättelser med stöd av teorier, blev undersökningen meningsfull och utvecklade min förståelse. Skrivandet kan alltså fördjupa kunskaper, omskapa en del värderingar och därmed påverka det framtida handlandet. Max van Manen menar även han att skriva är att reflektera och att undersöka. Genom skrivandet kan vi fördjupa och förändra oss själva på sätt som vi inte kan förutsäga när vi inleder skrivandet.¹⁷ Att utveckla mig själv och min praktik är centralt för mig i mitt skrivande. Det kan under processens gång handla om förstärkning, nyansering eller förkastande men slutresultatet kommer troligen ha en större giltighet, grundad på kunskap och inte bara påståenden. Skälet till att jag uppehåller mig vid att framhålla skrivprocessen ur det perspektivet handlar om något jag håller med Hammarén om. Att vi lever i en påståendedjungel. I brist på reflektionstid slinker många påståenden om verkligheten igenom och riskerar att bli sanningar. Metoden att skriva med reflektion över arbetslivet stärker dialogen mellan det inre och det yttre. När vi gör det hämtar vi, enligt Hammarén, kunskap från arbetets praktik och ”låter dagsljuset flöda över påståendevärlden med kontextuell, situationsbunden kunskap.”¹⁸ Att metodiskt lyfta den situationsbundna mellanmännsliga praktiken kan alltså ge ökad trovärdighet och kunskap. Trovärdighet och kunskap har varit viktiga drivkrafter för mig under uppsatsskrivandet. Jag har haft det med mig för att kunna

¹⁴ Hans-Georg Gadamer, *Sanning och metod: i urval*, Göteborg: Daidalos, 1997, s. 149.

¹⁵ Maria Hammarén, *Skriva – en metod för reflektion*, Stockholm: Santérus, 2005, s. 10.

¹⁶ Arendt, s. 29.

¹⁷ Max van Manen, *Phenomenology of practice*, Walnut Creek, California: Left Coast Press, 2014, s. 20.

¹⁸ Hammarén, *Skriva: en metod för reflektion*, s. 22, 28.

avsluta uppsatsen med en reflektion kring hur man kan förstå vad helhetssyn kan, och kanske bör vara i praktiken och göra det med viss tyngd. Men helhetssyn låter sig inte göras och inte heller beskrivas så enkelt. Därför innehåller reflektionen också en betraktelse över försvårande omständigheter för helhetssyn i praktiken.

Disposition och teoribildning

Efter att ha undersökt ordet helhetssyn tar jag avstamp hos Hans-Georg Gadamer. Han påpekar i *Den gåtfulla hälsan* att ordet helhetssyn kom att växa fram som begrepp inom de medicinska verksamheterna som en motreaktion till specialisering och uppdelning. Jag väljer också att med stöd av Karin Johannisson, idéhistoriker, undersöka hur hälsa och den medicinska blicken hänger ihop och hur synen på hälsa samt människosyn förändrats av samhällsutvecklingen och på politiska grunder. Diskursen om helhetssyn i sjukvården tog fart efter andra världskriget och med hospicerörelsen i tåten. Jag fortsätter därför min undersökning med stöd av litteratur, avhandlingar och rapporter som berör kopplingen helhetssyn och sjukvård med start i den palliativa vården. Helhetssyn har över tid kommit att omvandlats till olika ideal och metoder som till exempel personcentrerad vård, en idag dominerande metod som hävdar helhetssyn. Jag ägnar därför en del utrymme åt personcentrerad vård, dess filosofiska bakgrund och hur den omsatts i en praktik som metod och struktur. Som kontrast undersöker jag också berättelser av mer vardagsnära karaktär, berättelser av vårdarbetare som handlar om hur de ser på, upplever och omsätter det de uppfattar som helhetssyn i praktiken.

Mina patienter är för det mesta äldre människor. De har varierade förutsättningar, sjukdomar och funktionsförluster men delar det faktum att de är åldrade. Tidigt i uppsatsen insåg jag därför att jag behövde undersöka åldrandets betydelse eftersom jag som fysioterapeut behöver ha kunskap om de erfarenheter som finns av ålderdom för att bättre förstå vad helhetssyn skulle kunna vara i min yrkeskontext. Jag behövde också förstå vilka fördomar om åldrande som förekommer och upprätthålls samt vilka jag själv bär på. Därför undersöker jag också det som kallas ålderism – fördomar relaterat till ålder och i detta fall de fördomar som finns om äldre och åldrande.

De filosofer som jag sedan går i dialog med, bildar genom sina texter och tankar ett teoretiskt ramverk grundat på fenomenologi, hermeneutik och existentialism. Mina val baserar sig på min övertygelse om att helhetssyn börjar i förståelsen av vad det innebär att leva som människa och hur man uppfattar livet och dess meningsbärande villkor. Det som följer nu är korta introduktioner till de filosofiska perspektiv och de filosofer som jag använt mig av.

De fyra filosofer jag valt att fokusera på är följande: Hans-Georg Gadamer som huvudsakligen var en företrädare av och förnyare av hermeneutiken, tolkningsläran. I verket *Sanning och metod* framhåller Gadamer att hermeneutikens uppgift är att klargöra hur förståelse går till och att det är en process i rörelse, inte en färdig metod som kan användas för att få direkt tillgång till förståelse.¹⁹ Förståelse som tolkningsprocess är centralt i mitt yrke där jag behöver förstå de patienter jag möter för att veta hur jag skall bemöta dem och handla. Gadamer har också intresserat sig för sjukdom och hälsa utifrån ett hermeneutiskt perspektiv. I boken *Den gåtfulla hälsan* lyfter han upp läkekonsten i relation till hälsa som beskrivs som ett tillstånd av inre balans och överensstämmelse. Att känna sig hel igen.²⁰ Vårdarens uppgift blir att medverka till detta återförande till något helt igen. I min undersökning blir detta verk viktigt för att förstå hur hälsa och helhet hänger ihop i min praktik och i relation till mina gestaltningar.

Hanna Arendt har filosofiskt inspirerats av fenomenologin och existentialismen. I *Människans villkor – Vita activa*, undersöker och analyserar Arendt de grundläggande betingelserna för vår existens och ett aktivt liv. Hon sätter människans grundvillkor i relation till varandra och till ett historiskt förlopp. De mänskliga grundvillkoren för ett aktivt liv behöver jag också undersöka eftersom förändringar av dessa får existentiella konsekvenser för människor och de patienter jag möter har ofta just förändrade grundvillkor i olika omfattning. Funktionsnedsättningar på grund av sjukdom och åldrande påverkar förutsättningarna för att agera på det sätt man gjort tidigare. Med funktionsnedsättningar följer ofta beroende av hjälp från andra för även basala behov, och därför kringskurna möjligheter att agera inom grundvillkoren för ett aktivt liv.

Filosofen Simone de Beauvoir, existentialist och fenomenolog, bidrar med två verk. *Ålderdomen* och *För en tvetydighetens moral*. I *Ålderdomen* får jag en möjlighet att fördjupa mig i en mängd aspekter av åldrande och ålderdom vilket kan bredda min förståelse för hur jag kan möta, handla och förstå de patienter jag träffar. *För en tvetydighetens moral* erbjuder en möjlig existentiell etik i den tvetydighet som finns i våra ständiga misslyckanden att komma åt en mänsklig essens. Moralens funktion uppstår på grund av det faktum att fullkomlighet inte kan uppnås, att vi är dödliga och i grunden sårbara. Denna grundläggande sårbarhet och ofullkomlighet medför att vi alltid ställs inför överväganden av etisk karaktär i möten med andra. Behovet av ett väl utvecklat omdöme blir tydligt för att kunna avgöra vad som är bra eller minst dåligt i varje situation. Jag behöver också Beauvoir för att förstå mer

¹⁹ Gadamer, *Sanning och metod: i urval*, Göteborg: Daidalos, 1997, s. 137 - 138

²⁰ Hans-Georg Gadamer, *Den gåtfulla hälsan: essäer och föredrag*, Ludvika: Dualis, 2003, s. 15.

om människans mål och aktiviteter och deras betydelser för meningsfullhet i livet. Jag ser en koppling till Gadamer och återförandet till något helt för att uppleva hälsa igen. Denna människans existentiella strävan som ett ständigt avbrutet men pågående projekt för att uppnå helhet är ofta en central aktivitet för kroniskt sjuka och funktionsnedsatta äldre människor. Jag behöver veta mer om detta för att kunna diskutera vad det innebär för mig i min strävan att försöka förstå helhetssyn.

Till sist Martin Buber. En filosof med grund i existentialismen men med fokus på en relationistisk filosofi. Jag har läst böckerna *Det mellanmännsliga* och *Människans väsen*.²¹ I *Det mellanmännsliga* ställer Buber frågor kring äkta möten och vad sådana möten mellan människor betyder. Han diskuterar möjligheten att bli till som människa i möten och få syn på, samt utveckla fler aspekter av, sig själv. Det temat finns även i *Människans väsen* som är en grundligare genomgång i dialog med andra filosofer. Fortsatt finns den starka övertygelsen om relationens grundläggande betydelse för människans tillblivelse. Buber beskriver hur vi aldrig fullt ut kan få syn på oss själva. Det mänskliga livet överskrider sina egna begränsningar vilket kan bli synligt först i möten med andra. Genom ett förhållande till andra menar Buber att människan kan bli hel.²² Möten mellan existerande väsen är vad mitt yrke bygger på. Med existerande väsen menar jag att människan jag möter i sin existens skiljer sig från mig men att vi också delar något universellt, det som vi aldrig kommer åt. Människans väsen. Jag fördjupar mig i Bubers text med syftet att förstå människans väsen i relation till begreppet helhetssyn.

Med stöd av ovanstående filosofer och deras teorier belyser jag min yrkesmässiga kontext. Mina levda erfarenheter möter teorierna och omvänt möter teorierna mina erfarenheter och jag undersöker hur de hänger ihop eller inte gör det.

Etiska överväganden

Hur har mina tankar gått avseende det faktum att jag genom mina betraktelser och beskrivningar tar mig rätten att tala för andra? Linda Alcoff berör det faktum att det finns en diskurs som handlar om att det i stort sett är arrogant, fåfängt, oetiskt och politiskt illegitimt att tala för andras räkning.²³ Alcoff frågar: ”Om jag inte talar för dem som är mindre privilegierade än jag är, överger jag då inte ett politiskt ansvar att ge röst åt just dessa personer?”²⁴ Och dessutom sker en konstruktion, en framställning även när jag talar för mig

²¹ Martin Buber, *Det mellanmännsliga*, Ludvika: Dualis, 2011. Martin Buber, *Människans väsen*, Ludvika: Dualis, 2005.

²² Buber, *Människans väsen*, s. 94 - 95.

²³ Linda Alcoff, ”The Problem of Speaking for Others”, *Cultural Critique*, No 20: University of Minnesota Press, 1991-1992, s. 6.

²⁴ Ibid. s. 8.

själv, inte bara när jag talar om andra.²⁵ Alcoff menar att när vi talar om oss själva eller skriver om oss själva påverkar vi andra hur som helst. Det gör det omöjligt att dra sig tillbaka helt och hållet från att tala för andra med hänvisning till att man ”bara” kan tala för sig själv på ett sanningsenligt sätt.²⁶ Alcoff hänvisar också till Gayatri Spivak, som menar att lösningen på komplexiteten med att tala för andra inte självklart handlar om att enbart låta de mindre privilegierade vara de som har rätt tala för sig själva. Det finns ingen garanti för att det skulle vara tillräckligt reflexivt eller frigörande för deras intressen.²⁷ Att tala om en erfarenhet gör man alltid från en position med begränsad möjlighet att vara neutral och ta in tillräckligt många perspektiv.

Eftersom min undersökning görs i relation till min praktik innebär det att jag berättar om erfarenheter jag gör och tankar jag får av möten med patienter, anhöriga och arbetskamrater. Det ställer krav på mig att hantera berättelser om praktiken med ett etiskt förhållningsätt och med en omsorg om dem jag skriver om. Jag talar om och för andra. Jag har därför lagt mig vinn om att anonymisera de personer som finns med i uppsatsen genom att använda andra namn, kön, ålder samt även valt att inte göra alltför detaljrika miljöbeskrivningar. Jag har också fokuserat mer på hur *jag* uppfattar och erfar situationerna. Jag sätter mig själv på spel, lägger mig själv i blöt i essäistisk anda.

Helhetssyn

Ordet

Jag börjar mitt undersökande med att ta mig an själva begreppet helhetssyn. Jag gör det för att tillägna mig förståelsen för vad själva ordet har för betydelse för att sedan undersöka dess framväxt som begrepp och ideal inom sjukvården. Men vad betyder då begreppen helhetssyn och helhet enligt moderna uppslagsverk?

I Svenska Akademiens Ordbok definieras ordet helhetssyn som ”syn av något såsom ett helt med bortseende från detaljerna.”²⁸ Syn är ett suffix till begreppet helhet. Helhet som enligt samma källa betyder ”egenskap(en). förhållande(t) att vara hel.” I Norstedts svenska ordbok beskrivs först ordet helhet. ”något som (tankemässigt) betraktas på en gång i hela sin omfattning utan hänsyn till enskilda detaljer.” Direkt efter den definitionen följer en beskrivning av helhetssyn som: ”att samordna delarna till en meningsfull helhet ofta med

²⁵ Ibid. s. 10.

²⁶ Ibid. s. 21.

²⁷ Ibid. s. 23.

²⁸ https://www.saob.se/artikel/?seek=helhetssyn&pz=1#U_H593_102061

särskilt stark tonvikt på odelbarheten.”²⁹ Jag går vidare till ett nätbaserat psykologilexikon och där beskrivs helhetssyn med följande ord:

Ideologisk term för kravet att man bör se till meningsfulla helheter och enheter, inte stirra sig blind på detaljerna. I hälso- och sjukvården, inom psykiatrin, psykologin och socialtjänsten ställde man i slutet av 1960-talet krav på att dittillsvarande inriktning på delar och komponenter skulle ersättas av helhetssyn. Man skulle utgå från människan och hennes livssituation som helhet och förstå enskildheter mot denna bakgrund, inte försöka förstå helheten på grundval av kunskap om dess komponenter, till exempel endast biologiska eller sociala aspekter.³⁰

I samma artikel finns begreppet holism omnämnt dels som närbesläktat med helhetssyn men också genom att helhetssyn på engelska översätts med holistic view. Jag bestämmer mig för att undersöka även det begreppet. Det framkommer att termen holism lanserades på 1920-talet av den sydafrikanske filosofen och politikern Jan Smuts (1870 - 1950) Även om holism som koncept funnits länge bland många tänkare var det Smuts som introducerade begreppet som en akademisk term. Holism innebär enligt psykologilexikonet:

Fysiologiska, anatomiska, psykologiska och sociostrukturella aspekter av varje individs livssituation och psykiska problem är olika sidor eller aspekter (inte delar) av individen som person i ett sammanhang. Det holistiska synsättet innebär att egenskaperna hos de delar som ingår i en helhet inte sammantagna kan förklara helhetens natur eller sätt att fungera. Tvärtom präglas enligt holismen delarnas utformning, framtoning och funktion av helhetens egenskaper.³¹

Hur står det då till med helhetssyn i filosofilexikonet utgivet av Forum? Det finns inte med som begrepp men däremot finns holism. Holism härleds ur det grekiska ordet holos som betyder hel, odelad. Holism beskrivs som ”Läran att helheter är mer än summan av de enskilda delarna [...] delarna kan endast förklaras utifrån deras plats och funktioner i helheten”³² Fortsatt läsning leder mig fram till en passage där holism sätts i organisatoriskt yrkessammanhang. Enligt holismen ”...framkommer det i samhället nya sociala sammanhang [...] att förstå individers handlingar kräver därför i många fall en hänvisning till sociala fenomen, som inte kan reduceras till enskilda personers handlingar.”³³ I boken tas ett exempel från bankvärlden upp där bankkassören uppfattar en del av sina handlingar i ljuset av sina idéer om samhällsliga helheter, till exempel penningssystemet. Jag ser paralleller till den medicinska världen och äldre vården där våra handlingar i strävan mot helhetssyn influeras av vår uppfattning och förståelse av oss själva i relation till vårdssystemet.

²⁹ Norstedts svenska ordbok, medarbetare Sture Allén, Stockholm: Norstedt, 1996, s. 373

³⁰ <https://www.psykologiguident.se/psykologilexikon/?Lookup=helhetssyn>

³¹ <https://www.psykologiguident.se/psykologilexikon/?Lookup=holism>

³² Filosofilexikon, red. Poul Lübcke, Stockholm: Forum, 1988, s. 235.

³³ Ibid. S. 236.

Det är lätt att förväxla holism med en additiv syn på människan. Jag citerar från psykologilexikonet hur en definition av ett holistiskt synsätt kan tyckas vara holism: "Holistiskt synsätt innebär en helhetssyn på människan där det inte bara fokuseras på de kroppsliga behoven utan även på de psykiska, sociala och existentiella. Tillsammans är det dessa behov som formar människan och hennes förutsättningar." Det beskrivs i psykologilexikonet som en missuppfattning av holism och är i själva verket en additiv syn på människan: att individen är hopsatt av separata delar. Det är motsatsen till ett holistiskt perspektiv. Enligt psykologilexikonet är det synsättet en teknologisk modell som är nödvändigt när man tillverkar robotar och andra apparater medan levande varelser fungerar organiskt.³⁴ Jag tar mig friheten att göra en egen reflektion i sammanhanget. Att människokroppen med detta synsätt ses som ett objekt och en maskin som kan lämnas in för reovering, lagning och service, en uppfattning som får konsekvenser för hur vård och rehabilitering uppfattas och utformas.

Sammantaget förefaller begreppen helhetssyn och holism synonyma med varandra. De delar betydelsen av att helheten inte kan förklaras av delarna utan delarna måste ses i förhållande till helheten. Och att helheten bör sättas i ett sammanhang. Jag väljer att fortsätta använda begreppet helhetssyn eftersom det är det begrepp som jag genom åren oftast stött på inom sjukvårdens begreppsapparat. Det är ett etablerat begrepp om än tämligen outrett. För mig är också suffixet syn viktigt, synen som ett viktigt varseblivningssinne och del i att försöka förstå. Syn innebär för mig också något aktivt. En vilja att se helhet. Syn på något är enligt Nordstedts uppslagsverk att betrakta en företeelse i en viss situation, ett sätt att se och med mening.³⁵

Helhet, som en del av ordet helhetssyn, visar sig ha en särskilt nära relation till helad, till helande. Att återföra någon till ett önskvärt tillstånd. Det konstaterade Sokrates som säger till en följeslagare i *Faidros*: [...att vi väl ändå inte kan veta något om människans själ, eller om hennes kropp, utan att se till helheten, naturens holon.]³⁶ Grekiskans holon är det helade, en kraft som är infogat i naturens helhet och som ständigt återställer sig självt genom sin livfullhet.³⁷ Att hela och återföra till en slags jämvikt ligger alltså inbäddat i begreppet om man ser det ur fler språkliga och historiskt kulturella perspektiv. Carl-Magnus Stolt beskriver i boken *Medicinen och det mänskliga* hur det även finns en nära relation till begreppet hälsa

³⁴ <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=holism>

³⁵ Nordstedts svenska ordbok. s. 985.

³⁶ Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, s. 81.

³⁷ *Ibid*

som etymologiskt har sitt ursprung med betydelsen helhet och fullständighet.³⁸ Jag kommer att diskutera längre fram i uppsatsen kring betydelsen av det nära släktskapet mellan orden helhet, hälsa och helande.

En Idéhistorisk blick

Jag kommer nu att undersöka helhetssyn i relation till sjukvård och dess medicinska värld. För att sätta in det hela i ett något större sammanhang kommer jag också att titta på kopplingen till människosyn och samhällsutveckling fram till andra världskriget slut då diskursen om helhetssyn tar fart och börjar växa fram som praktik och som metod. Det idéhistoriska avsnittet är även en slags forskningsöversikt eftersom jag mot slutet av avsnittet uppehåller mig kring nutida forskningsrapporter och vetenskaplig litteratur som på olika sätt berör och hanterar begreppet helhetssyn.

Idéhistoriskt visar sig helhet som begrepp inom sjukvården vara en relativt sen ordbildning. Enligt Hans-Georg Gadamer kan man ännu inte finna ordet om man letar i ordböcker från 1800-talet.³⁹ Orsakerna till detta kan naturligtvis vara flera. Gadamer menar att metodtanken inom läkekonsten blev så etablerad över tid att utövarna gick vilse i sina specialiseringar och därmed tappade överblicken över helheten, förlorade helhetssynen inom den läkande konsten. Genom just specialiseringen och splittringen föddes behovet av ett begrepp som tekniskt sett var dess motsats. Begreppet helhet inom den medicinska praktiken blev nödvändigt och meningsfullt just på grund av sitt motbegrepp ”specialisering”.⁴⁰

Men fram till slutet av 1700-talet, innan specialiseringen tog fart, beskrivs den medicinska disciplinen som holistisk och patientcentrerad till sin natur av Carl May och Nicola Mead som studerat patientcentrering genom historien. Det var genom att lyssna på patientens historia, titta och kanske klämma och känna sig fram med händerna (palpera) som läkaren tog sig fram genom svårigheten och snårigheten kring att diagnostisera. Det fanns ingen tillgång till avancerad teknik för åtkomst av kroppens inre processer för att få kunskap om vad som pågick under ytan. Sjukvård var inte så tekniskt avancerad och inte heller hade man tillgång till den kunskap om kropp och sjukdom som vi har idag.⁴¹ Däremot var sjukdom intimt förknippat med moral och läkarens uppgift var att försöka utröna om orsaken till lidandet berodde på bristande moral eller någon kroppslig dysfunktion. Patienten som social

³⁸ Carl-Magnus Stolt, *Medicinen och det mänskliga: vårdkonst och vardagsetik, humanism och humaniora*, Stockholm: Natur och kultur, 2003, s. 28.

³⁹ I Gadamers bok *Den gåtfulla hälsan* framgår inte vilka ordböcker han syftar på. S. 12.

⁴⁰ Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, s. 12.

⁴¹ Stanley Joel Reiser, *Technological medicine: the changing world of doctors and patients*, New York: Cambridge University Press, 2009, s. 1-2.

varelse fick alltså träda fram i mötet med läkaren för att den distinktionen skulle kunna göras och behandlingsförslag kunna ges⁴²

Karin Johannisson beskriver även hon hur det mänskliga oförnuftet och brist på moral ansågs bidra till och orsaka sjukdom. Tanken på att sjukdom kunde undvikas växte fram under den ökade sekulariseringen och genom en sund moral och förnuftiga levnadsvanor skulle människor kunna hålla sig friska och hela.⁴³ Jag tolkar Johannisson som att sjukdom och hälsa placerades i ett större sammanhang än det rent biologiska. Att sammanhang, miljö, levnadsvanor sammantaget kunde stödja eller söndra. Senare under 1700-talet utvecklades medicinen av andra skäl än det som jag uppfattar som individens önskan att undvika sjukdom eller få hjälp att bli botad från sjukdom. Medicinen utvecklades enligt Johannisson av befolkningsmässiga skäl. Människors hälsa fick en funktion för nationalstaten och de medicinska framstegen och ökade kunskaperna skulle enligt Johannisson i första hand säkerställa en ökning av befolkningen för att de skulle kunna bidra i jordbruk, som soldater eller i fabriker. Sjukdom och hälsa var inte längre en angelägenhet för den enskilde individens upplevelse av möjlighet till känsla av helhet. En helhet som tidigare varit relaterad till mindre grupper och moraliska aspekter. Nu var individens hälsa även en angelägenhet för staten.⁴⁴ Den utvecklingen höll i sig in i industrialiseringen då produktion och viljan till ekonomiskt välstånd kom att föra med sig ett ekonomiskt nyttoperspektiv på hälsa. Hälsa blev ett kapital för både arbetare och industriägare. Johannisson skriver att framväxten av den offentliga vården, dess utformning, självbild och status hänger ihop med synen på hälsa som ett kapital, en investering för tillväxt.⁴⁵ Största möjliga antal prestationsdugliga människor var målet för att säkerställa landets välstånd. Resursfördelning till de människor som kunde bidra till störst samhällsnytta kom att bli den fråga tillsammans med medicinsk utveckling som dominerade, en medicinsk utveckling med fokus på naturvetenskap och teknik.⁴⁶ Men precis som Gadamer konstaterar så fick den ökande specialiseringen konsekvenser i praktiken, inte bara i ordböckerna och begreppsvärlden. Patientens berättelse sjönk undan i betydelse till förmån för palpation, letande efter tecken och med teknikens utveckling blev patienten en kropp och en plats för teckenletande och provtagning. Patologier skulle avslöjas, avröjas och utrönas.

Från slutet av 1800-talet leder utvecklingen kring hur sjukdom och hälsa som helhet betraktas fram till begreppet folkhälsa och Johannisson framhåller det tveeggade i detta

⁴² Carl May, Nicola Mead, "Patient-centeredness: A history", *General Practice and Ethics: Uncertainty and responsibility*: edited by C Dorwid and L Frith, London: Routledge, 1999, s. 77.

⁴³ Karin Johannisson, *Medicinens öga: sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*, Stockholm: Norstedt, 2002, s. 44.

⁴⁴ Ibid. s. 45

⁴⁵ Ibid. s. 50, 60.

⁴⁶ Ibid. s. 49 - 51

begrepp. Tveeggat så till vida att det är någon annan än jag själv som vill att jag skall hålla mig frisk. Individerna är nu i större utsträckning en del av ett kollektiv och hälsa handlar, som jag tolkar det, om solidaritet och duglighet. Människan blev således en del av helheten kollektivet på ett tydligare sätt än tidigare och med ett samhällsligt nyttighets syfte. Endast de dugliga hade fullt människovärde och det var en samhällsplikt att hålla sig frisk samt underkasta sig hälso- och sjukvårdens direktiv.⁴⁷ *Kris i befolkningsfrågan* av Alva och Gunnar Myrdal lyfte en social ingenjörskonst utifrån att det framväxande rationella samhället behövde ett bättre människomaterial med hög kvalitet och paret Myrdal menade att sjukvårdens uppgift var att framskapa detta. Johannisson utmanar den tanken och menar att folkhälsotanken bygger på en dröm om det rationella samhället och den rationella människan. Hon menar att de förhållanden som ytterst bestämmer människans hälsa sällan står under den enskilda individens kontroll. Faktorer som yttre miljö, socialt och klassmässigt bundna villkor samt ett komplicerat nät av djupt liggande myter, attityder och föreställningar inverkar och påverkar upplevelse av hälsa och exponering för sjukdomsrisker.⁴⁸ Johannisson leder oss alltså tillbaka till ett större seende, en vidare förståelse. Det passar utmärkt inför övergången till efterkrigstiden då den sortens tankar och förhållningssätt till människa, helhet och hälsa började växa om än i liten skala.

Efter andra världskriget med de omfattande kränkningar av människor som hade skett och som i efterhand skakade en hel värld i sina humanistiska grundvalar behövdes ett skydd för människovärdet och de mänskliga rättigheterna byggas upp, sanktioneras och diskuteras. Eva M Karlsson skriver i sin avhandling *Livet nära döden*, hur hospicefilosofin föddes i kölvattnet av denna uppbyggnad och genom den föddes de dimensioner och hörnstenar som den palliativa vården bygger på.⁴⁹ Hospicefilosofins grunder bygger till stor del på tanken om mänskliga rättigheter och 1975 publicerades ett upprop i *American Journal of Nursing* under rubriken ”Den döende människans rättigheter”⁵⁰ I punktform betonas en mängd rättigheter. Bland annat rätten att få bli behandlad som en levande människa, rätten till hopp, delaktighet, välbefinnande, individualitet, andlighet, respekt och omsorg.⁵¹

Karlsson beskriver vidare hur det från slutet av 1940-talet skedde en feminisering av vården eftersom det utbildades allt fler kvinnliga läkare. Två frontfigurer blev viktiga inom den palliativa vården, Cecilia Saunders (1918 – 2005) och Elisabeth Kübler-Ross (1926 –

⁴⁷ Ibid. S 64.

⁴⁸ Ibid. s. 69 – 70.

⁴⁹ Eva M Karlsson, *Livet nära döden: situationer, status och solidaritet vid vård i livets slutskede*, Botkyrka: Mångkulturellt centrum, 2008, s. 58.

⁵⁰ Ibid. s. 60.

⁵¹ Ibid. s. 257.

2004). Saunders arbete med att utveckla vården av palliativa patienter ledde fram till öppnandet av St Christophers Hospice i London, världens första hospice med det hon menade var en vård med helhetssyn. Hennes forskning och arbete med symtomlindring hade bland annat fokus på smärtlindring. Saunders talade om den totala smärtan och menade att smärtlindring inte bara skulle inriktas på fysisk smärta utan även på de psykiska, sociala och existentiella aspekterna av smärtupplevelse. Hon talade om en helhetssyn på smärta.⁵² Kübler-Ross utvecklade en teori om döendets olika stadier. Förnekande, vrede, köpsläende, depression och slutligen acceptans. Denna teori har senare fått en del kritiker som menar att teorin blivit en mall för personalen att hålla sig till och på sätt och vis en norm för hur ett döende skall genomlevas av den som dör.⁵³

Med den ökade feminiseringen växte, enligt Karlsson, helhetstanken fram. En tanke om ett betydligt bättre omhändertagande med helhetssyn på patienten. Behovet att ett gott omhändertagande skulle inte bara gälla den kurativa vården utan i högsta grad även den palliativa vården.⁵⁴ Denna helhetstanke ligger nu inbyggd i den palliativa vårdens hörnstenar och dimensioner. Dessa dimensioner och hörnstenar skall borga för ett holistiskt synsätt och de används för att beskriva en *helhetssyn* inom den palliativa vården.⁵⁵ Dimensionerna utgörs av fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt stöd. Hörnstenarna inom palliativ vård är symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation och stöd till närstående.⁵⁶ Min egen reflektion rör det faktum att det holistiska syftet med denna uppdelning förefaller vara en additiv syn på helhet.

Med referens till Tony Walter, sociolog, menar Karlsson att idealet med helhetssyn och helhetsvård också skänker mening åt dem som vårdar inom den palliativa vården. Det anses bero på att det primära syftet med sjukvård är att bota men inom den palliativa vården är bot utom räckhåll. Det som återstår är att ge lindring, tröst och att fortsätta verka för hopp. Den lindringen uppnås ofta genom insatser av annan karaktär än rent medicinska även om dessa naturligtvis kvarstår. Vårdarbetaren kan fortfarande göra något för patienten även om bot inte längre är möjligt.⁵⁷ Här framträder en delad uppfattning av helhetssyn, delad så till vida att något ömsesidigt pågår mellan patienten och vårdarbetare.

⁵² Ibid. s. 62.

⁵³ Ibid. s. 63

⁵⁴ Ibid. s. 61.

⁵⁵ Palliation härleds från latinets pallium, "mantel" och palliatus, "bemantlad" där manteln symboliserar omsorgen om den döende människan.

⁵⁶ Erika Franzén, Ammis Lübcke, och Sylvia Sauter, *Fysioterapi i palliativ vård – rörelseglädje tills livet tar slut*, Lund: Studentlitteratur, 2018, s. 27 – 28.

⁵⁷ Karlsson, s. 55.

Efterkrigstiden följdes alltså av att de humanvetenskapliga aspekterna inom sjukvården började ta lite mer plats, ges lite mer utrymme. Men länge skedde den utvecklingen mest inom den palliativa vården. Utvecklingen inom andra sjukvårdsområden tog fart tack vare en framväxande offentlig kritik som under 70-talet framför allt gällde sjukhusvården där sjukhusen jämfördes med fabriker. Runo Axelsson skriver i en artikel om hur sjukhusorganisationen anklagades för att vara allt för byråkratisk och komplex. Vården som bedrevs ansågs alltför instrumentell och bemötande uppfattades som avhumaniserande. Det kom också många klagomål från patienter mot sjukhusvården gällande upplevelser av att personalen var oförmögen att möta patienternas behov.⁵⁸ Inspirerade av SAS (Scandinavian Airlines System) inleddes på många håll kurser i hur man utvecklar god service och ett gott bemötande men det stod snart tydligt att initiativet skulle få kortvariga resultat om man inte samtidigt gjorde organisationsförändringar och en decentraliseringsprocess tog fart. Sjukhusen blev mer eller mindre oberoende enheter med egna direktörer och en plattare organisation.⁵⁹ 1988 gick den offentliga sektorn från regelstyrning till resultat- och ekonomistyrning efter ett beslut i riksdagen. En nyliberal filosofi färgade beslutet som innebar att marknadsmekanismer i ekonomiska transaktioner kunde utvidgas till att vara bäst på att organisera även sociala relationer mellan vårdare och patienter.⁶⁰ Bemötande och service kom alltså att betraktas som en ekonomisk transaktion. Det är oklart om det var med syfte att uppnå en mer humanistisk vård.

Den palliativa vården fortsatte att utvecklas och förutom hospice fick många sjukhus och vårdcentraler team eller enheter som specialiserade sig på avancerad sjukhusvård i hemmet för palliativa patienter. Men 2004 kom en kritisk rapport från WHO angående den palliativa vårdens begränsningar till att gälla i huvudsak cancerpatienter. I rapporten lyfts behovet av palliativ vård och dess filosofi fram i vården av äldre patienter. Författarna menar att den palliativa vårdfilosofin måste integreras i *all* vård i livets slutskede.⁶¹ Våra äldre och sjuka behöver alltså omfattas av den palliativa vårdfilosofin om helhetstänkande. Detta är ytterst relevant för mig och mina arbetskamrater eftersom vi huvudsakligen arbetar med äldre och multisjuka. Men vad vet vi om deras situation och möjlighet till att få den vård med

⁵⁸ Runo Axelsson, "The organizational pendulum – Health care management in Sweden 1865-1998", *Scandinavian Journal of Public Health* No 28, 2000, s. 48.

⁵⁹ *Ibid.* s.49 - 50

⁶⁰ Gunilla Ryd och Kerstin Eldh, *Vi räknar minuter, vi räknar pinnar...Till nytta för vem?: en rapport om New Public Management*, Malmö: Nätverket för gemensam välfärd, 2015, s. 10

⁶¹ Elizabeth Davies and Irene J Higginson, *Better palliative care for older people*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004, s 14-15.

helhetstänkande som WHO förordar? Var lever de äldre sina sista år i livet och vad innebär det?

Mellan 38 och 60 procent av alla människor som dör gör det på ett särskilt boende. Det betyder att många kan betraktas ur ett palliativt perspektiv.⁶² Både Socialstyrelsen och världshälsoorganisationen förordar att alla som är i behov av palliativ vård ska få det. Det visar sig att de som bor på särskilda boenden idag är betydligt sjukare än tidigare beroende på att antalet platser har blivit färre. Endast de med riktigt stora behov beviljas bistånd på grund av platsbrist. Fler äldre bor kvar hemma med stöd av hemtjänst och hemsjukvård.⁶³ Av dem som bor på ett särskilt boende skall de flesta leva sin sista tid där. Jag uppfattar ordet leva som nyckelordet här, vilket jag får bekräftat när jag läser WHO's definition av palliativ vård från 2002. En av punkterna om vad palliativ vård innebär lyder: ”Att stödja patienten i att leva så aktivt som möjligt fram till döden.”⁶⁴ Att ge möjlighet för patienten att leva så bra som möjligt är också vad palliativ vård handlar om enligt författarna till boken *Fysioterapi i palliativ vård – Rörelsegädje tills livet tar slut*. De menar att målet med den palliativa vården är att förebygga och lindra lidande samt främja livskvalitet i enlighet med den palliativa vårdens dimensioner.⁶⁵ En rapport från socialstyrelsen bekräftar uppfattningen att det övergripande målet i palliativ vård är att uppnå bästa möjliga livskvalitet.⁶⁶ I *Fysioterapi i palliativ vård* framhåller författarna att hälsa är ett helhetsperspektiv där både kropp och själ ingår och att det inte finns några självklara samband mellan upplevelsen av åldrande och objektiva mått på hälsa. De menar vidare att hälsa inte är direkt kopplat till frånvaron av sjukdom utan är relaterad även till den egna funktionsförmågan, känslan av gemenskap och trygghet samt en känsla av sammanhang. En komplex helhet.⁶⁷ Under rubriken åtgärder återfinns ett antal exempel på insatser för äldre i syfte att åstadkomma allt detta.

- Mobilisering⁶⁸
- Träning av fysisk aktivitet som gång- och balansträning
- Förflyttningsträning
- Kontrakturprofylax⁶⁹
- Andningsgymnastik

⁶² Cecilia Håkanson, Joachim Cohen, Joakim Öhlén, Lucas Morin, “A population-level study of place of death and associated factors in Sweden”, *Scandinavian Journal of Public Health* No 43, 2015, s. 744 – 751.

⁶³ *Ibid.* s. 155.

⁶⁴ <https://www.nrvp.se/om-nrvp/vad-ar-palliativ-varld/>

⁶⁵ Franzén Lübcke, Sauter, s. 23.

⁶⁶ https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf

⁶⁷ Franzén Lübcke, Sauter s. 155.

⁶⁸ Mobilisering är ett begrepp inom fysioterapi som betyder att man på olika sätt hjälper patienten att komma upp till sittande eller stående och bli mer rörlig.

⁶⁹ Kontraktur betyder att man inte kan böja eller sträcka ut en led maximalt. Att arbeta med rörelseuttag för att minska eller undvika kontrakturer kallas kontrakturprofylax.

- Smärtlindring
- Hjälpmedelsutprovning
- Utbildning och råd till patient, närstående och vårdpersonal.

Här kommer alltså författarna fram till en tydlig avgränsning för det fysioterapeutiska uppdraget med fokus på det kroppsliga, fysiska. Om vi återvänder till Karlsson och *Livet nära döden*, beskriver hon hur det under personalens rapporter inom den palliativa vården blev tydligt att de psykologiska, sociala och existentiella perspektiven på vården befinner sig där på medicinens villkor. Och trots att patienterna menade att personalen var bra på att se helheten, ansåg personalen själva att de missade just dessa tre dimensioner. Under en planeringsdag och en diskussion om helhet och helhetssyn uttryckte en av läkarna att de ägnade sig nittio procent åt det fysiska och tio procent åt det psykiska och resten fick noll. Många i rummet höll med om detta.⁷⁰ Jag uppfattar det som att helhetssynen i praktiken haltar på tre av fyra ben. Dessutom är de en additiv uppdelning. Kanske nödvändig men den kan bli vilseledande. Om inte dimensionerna orkestreras med samtidighet och en medvetenhet om komplexiteten.

Helhetssyn i form av metod- och kunskapsutveckling under 2000-talet

Ur den långsamma och långt ifrån självklara utvecklingen mot en mer humanistisk vård med ett större seende än till enbart det medicinska, började formaliserad teoriutveckling och tankar på metoder inom det humanvetenskapliga området växa fram. Kanske som ett sätt att synliggöra och viktiggöra humanvetenskapen genom att använda den dominerande naturvetenskapens metoder. Jag väljer att titta närmare på ämnet humanistisk medicin som utvecklades av Carl–Magnus Stolt vid Karolinska institutet 1997 samt på vårdformen personcentrerad vård.⁷¹ De vilar på liknande filosofisk kunskapsgrund och delar teoretiska bakgrundsvärderingar men har utvecklat olika förhållningsätt till omsättning i praktiken. Personcentrerad vård (PCV) är idag en vårdform som dominerar kursen om helhetssyn inom hälso- och sjukvården. PCV presenteras som grundad i en helhetssyn på vård som innebär ett holistiskt perspektiv på patienten.⁷² På DiVA finns 709 publikationer om PCV och

⁷⁰ Karlsson, s. 90 – 92.

⁷¹ Stolt, s. 18.

⁷² Inger Ekman, Astrid Norberg och Swedberg, "Tillämpning av personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård", *Personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*, red. Inger Ekman, Stockholm: Liber, 2014, s. 71.

hos SBU finns 21 texter. Vårdförbundet och även SKL använder sig av PCV som den vårdform som eftersträvas.⁷³

Men jag börjar med humanistisk medicin. Som första medicinska universitet i Norden inrättade Karolinska Institutet 1998 ämnet humanistisk medicin. Stolt menar att det genom ämnet humanistisk medicin föddes ett vetenskapligt svar på den kritik som vuxit fram och ambitionen var att komma till rätta med det som specialisering, reduktion av det mänskliga och objektifieringen av subjektet, hade lett fram till. En praktiserande etik. Syftet var att ge vårdare kunskap och redskap för att kunna vidga sina perspektiv och flytta blicken bortom det snävt naturvetenskapliga. Vårdaren skulle förvärva ett humanistiskt förhållningsätt genom träning och reflektion. Denna satsning gjordes dock inte utan svårigheter enligt författaren.⁷⁴ Det holistiska synsättet känns igen från det man hade fram till slutet av 1700-talet, före den moderna medicinens utveckling. Fast nu med betydligt mer teknik till förfogande och förstås en väldigt mycket större kunskapsmassa kring människokroppen, vilket i sig har givit upphov till andra utmaningar som handlar om prioriteringar, resurser och kanske med kantring mot teknik och biologi. Och med de tekniska framstegen och med mer specialiserade kunskapsbärare fick företrädare för de humanvetenskapliga kunskaperna inom sjukvården utmaningar när det gällde att lyfta de aspekterna på vård- och läkekonst.

I en artikel i Svenska dagbladet från 2003 berättade Stolt att ämnet humanistisk medicin endast fanns som valbara föreläsningar på läkarutbildningen och i konkurrensen med teknikutveckling och naturvetenskap som mätbara kunskapsområden och ”tentarelevanta” för studenterna, försvann disciplinen som akademiskt ämne.⁷⁵ Sedan dess har olika vårdformer, med sjuksköterskorna i täten, utvecklats för att bättre greppa en helhetssyn på individen i sitt sammanhang med sjukdom och lidande. Från patientnära och patientcentrerad vård fortsatte utvecklingen mot det som nu fått benämningen personcentrerad vård, ett begrepp som idag är den dominerande ideologin för helhetssyn som vårdform. 2014 kom boken *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*. Det är en antologi där olika författare lämnar sina perspektiv på en personcentrerad vård. Redaktören, Inger Ekman, är professor i omvårdnad och föreståndare för Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet (GPCC).

I Boken *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* finns i tredje kapitlet en beskrivning av varför personcentrerad vård växte fram. Författarna placerar framväxten i ett

⁷³ DiVA är en förkortning för Digitala Vetenskapliga Arkivet. SBU för Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering. SKL för Sveriges Kommuner och Landsting.

⁷⁴ Stolt, s. 28 – 30.

⁷⁵ <https://www.svd.se/medicinens-cirkel-maste-vidgas>

sammanhang där den sägs vara ett svar på den kritik som började växa fram på 70-talet men också ett svar på den utredning som gjordes 2013 inför förslag om en ny patientmaktlag. I den utredningen konstaterades att patienten haft och fortfarande har en svag ställning i vården.⁷⁶ Bengt Kristensson Ugglas utvecklar i det andra kapitlet i antologin, de filosofiska utgångspunkter som ligger till grund för personcentrering inom hälso- och sjukvård. Övriga kapitel är exempel på olika aspekter av tillämpning. Kristensson Ugglas tydliggör att den moderna medicinens utveckling och naturvetenskapliga fokusering var en bidragande orsak till objektifieringen av människan. Med objektifiering menas i boken en ökad syn på människan som ett objekt och en syn på patienten som en kropp som blivit sjuk, en kropp som inte tillmätts någon egentlig sjukdomserfarenhet av intresse för medicinens praktik. Det medicinska tolkningsföreträdet med olika mätmetoder dominerade.⁷⁷ Mätvärden och undersökningar syftade till att återställa en kemisk balans vilket förstärktes av kantringen mot det naturvetenskapliga sättet att se på en människa. Människan är förvisso även kemi och Kristensson Ugglas skriver att en korrekt beskrivning av människan kan göras genom uppräknings av de organ, processer eller kemiska substanser som hon består av. Syre, väte, kol, kväve, fosfor, svavel, magnesium, koppar, zink med flera. Men det svaret är ofullständigt, hävdar han.⁷⁸

De filosofiska utgångspunkterna för den personcentrerade vården som metod, bygger till stora delar på de teorier som Stolt skrev om. Ett återuppväckande av de humanvetenskapliga värdena och kunskaperna. Författarna till kapitlet *Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård* inkluderar till bakgrundsbeskrivningen även det faktum att det inte bara var människan som blev föremål för ett industriellt och mekaniskt synsätt när den moderna medicinen utvecklades. De beskriver hur även modernismens industriella framgångssaga blev en modell för hur sjukvård skulle organiseras. Vården skulle bli rationell, kostnadseffektiv och resultatorienterad. Produktion av vård kom i centrum och patienten var en del av den processen.⁷⁹ Men från olika håll puttrade missnöje och kritik. På vissa håll blev det sjudande och kokade över till ett arbete med att förändra mot det man valde att benämna som personcentrering. I samma kapitel blir också maktstrukturer belysta. Författarna menar att maktstrukturerna visar sig bland annat genom att dagens sjukvård i hög grad bygger på att vårdprofessionerna själva anser sig ha den totala kunskapen om patientens tillstånd och att ordinationer och instruktioner bör eller till och med skall följas.

⁷⁶ Ekman et al, s. 69 – 70.

⁷⁷ Bengt Kristensson Ugglas, "Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård", *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*, red. Inger Ekman, Stockholm: Liber, 2014, s. 27, 70.

⁷⁸ Ibid. s. 35.

⁷⁹ Ekman et al, s. 70.

Vårdpersonalen har tolkningsföreträde. Det ställer krav på patienten som följsam och samarbetsvillig utifrån ett patriarkalt perspektiv.⁸⁰ Kristensson Ugglå hävdar också att maktförhållandet behöver bli medvetet för att kunna förändras, den asymmetri som innebär att patienten har ett flerfaldigt underläge gentemot vårdarbetaren. Organisatoriskt, kunskapsmässigt och existentiellt. Men en kantring i motsatt riktning är inte heller önskvärd och Kristensson Ugglå påpekar att talet om patienten som ”expert på sin egen kropp” visserligen rymmer en sanning men den kan inte stå för sig själv. Önskvärt vore istället, enligt honom, en balans, ett samskapande och ett partnerskap.⁸¹ Ett sätt att sammanfattande beskriva personcentrerad vård utifrån min läsning är att den är ett försök att utjämna asymmetrin. En vision om ett gemensamt samskapande av förståelse där patienten ses som en person med egen vilja och ansvar utan att för den sakens skull bli övergiven i beslutsprocessen och att det kan ske genom systematisering.

Men vad menar författarna Ekman et al med systematisering? Med vilka medel och på vilket sätt skall vården bli personcentrerad och möjliggöra helhetssyn? Enligt dem vilar personcentrerad vård på tre nyckelbegrepp. Det är patientberättelsen, partnerskapet och dokumentationen. Patientberättelsen som begrepp lyfts fram för att tydliggöra hur individen behöver få framträda och genom sin livsberättelse skapa mening och ny förståelse i sin situation. Det är också en berättelse där patientens upplevelse och tolkning av sina symtom skall lyftas in i vårdprocessen. Partnerskapet innebär att dela information och genom det ömsesidiga delandet och beroendet vill författarna åstadkomma en utjämning av en makt-asymmetri i mötet. Delaspekter av partnerskapet är uppgiftsaspekten, det de professionella gör för och med patienten, samt relationsaspekten. Till sist kommer dokumentationen, att tillsammans med patient och ibland närstående formulera en personlig hälsoplan som skall vara en gemensam överenskommelse om mål.⁸² De tre nyckelbegreppen bildar en teoretisk grund för hur arbetet skall utformas och vad som skall dokumenteras. De bildar också grunden för det som beskrivs som en process vilken grundar sig på en överenskommelse, en förhandling om en plan med målsättningar för patienten. Ett framträdande syfte med nyckelbegreppen är att de anses möjliggöra för patienten att ta eget ansvar för sin hälsa och sitt liv samt att patienten ses som en deltagande partner snarare än en passiv mottagare.⁸³ Författarna lyfter också fram att det handlar om en tydlig, praktisknära forskningsansats mot att arbeta personcentrerat. Som exempel på det praktisknära framhåller de bland annat att

⁸⁰ Ibid. s. 88

⁸¹ Kristensson Ugglå, s. 49.

⁸² Ekman, Norberg, Swedberg, s.84 - 89.

⁸³ Eva Lidén, Staffan Svensson, ”Personcentrerat förhållningssätt vid medicinskt oförklarade symtom i primärvården”, *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*, red. Inger Ekman, Stockholm: Liber, 2014, s. 142.

forskningen möjliggjort framtagandet av dokumentationsmanualer för hälsoplaner.⁸⁴ Ett annat exempel är hämtat från websidan för GPCC: ”Forskningen som utförs vid GPCC är ofta praktisknära, behovskopplad, och inte sällan genomförd i en daglig klinisk arbetsmiljö. Detta gör att det är möjligt att omgående omsätta forskningsresultaten i nya vårdmetoder, organisationsformer, verktyg och andra moment i vårdprocessen.”⁸⁵

Under min läsning finner jag inte begreppet helhetssyn någonstans i boken *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* men i kapitlet som handlar om tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård använder författarna benämningen helhetsbild om det man vill åstadkomma genom den dokumenterade hälsoplan som skall finnas tillgänglig i journalsystemet för berörd personal som genom den skall kunna erhålla en helhetsbild av patientens hälsotillstånd.⁸⁶

På Centrum för personcentrerad vård websida finner jag, något överraskande, begrepp som har en helt annan karaktär än partnerskap och samskapande. Begrepp som *nyttiggörande* och *standardiseringsarbete*. I boken om personcentrerad vård förordas standardiseringsarbete i införandet av ett personcentrerat arbetssätt för att borga för medicinsk säkerhet.⁸⁷ Letar man beskrivningar av resultat av implementering av de tre nyckelbegreppen så finner man följande texter på websidan: ”Kortar vårdtiden för hjärtsviktpatienter från nio till sju dagar. Minskar sjukhusvårdtiden med upp till 50 procent. Minskar sjukhusvårdkostnaderna med upp till 40 procent. Ökar patienters känsla av trygghet i samband med vård och behandling och förbättrar smärtlindring.”⁸⁸ Fokus hamnar här med tyngdpunkt på kostnadseffektivitet och snabba vårdtider. Det påminner om Socialstyrelsens ”samordning och organisation av tjänster”.

Helhetssyn från olika vårdarbetares vardag – kvalitativa forskningsrapporter

Som komplement till ovan beskrivna teorier och metoder kommer jag nu att undersöka helhetssyn genom ett par rapporter av annan karaktär. De grundar sig på kvalitativa undersökningar där olika grupper av vårdarbetare har gett sin syn på helhetssyn och vad det är för dem i praktiken. Jag väljer att göra det eftersom jag upplever en diskrepans mellan teori, vårdformer/metoder och praktik. Jag grundar min upplevelse på egna erfarenheter men också på samtal med arbetskamrater. Begrepp som definieras och formaliseras stelnar lätt till. De

⁸⁴ Ekman, Norberg, Swedberg, s. 90 - 91.

⁸⁵ <https://gpcc.gu.se/nyttiggorande>

⁸⁶ Ekman et al, s. 90.

⁸⁷ Eric Carlström, Axel Wolf, ”Förutsättningar för omställning till personcentrerad vård – ledarskap, medarbetarskap och organisation”, *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*, red. Inger Ekman, Stockholm: Liber, 2014, s. 119.

⁸⁸ <https://gpcc.gu.se/om-gpcc>

tappar kontakten med det situationella och mångfacetterade som uppträder i mötet med patienter. Något som har med ett utvecklat och flexibelt omdöme att göra.

Socialstyrelsen inbjöd år 2002, på uppdrag av regeringen, ett antal forsknings- och utvecklingsenheter i primärvården för att initiera studier kring bland annat begreppen kontinuitet, tillgänglighet, betydelsen av första kontakt, brett vårderbjudande och helhetssyn. FoU-enheterna i Blekinge och Östergötland påtog sig uppgiften att belysa begreppet helhetssyn. Syftet med studien var att kartlägga distriktsläkares och distriktssköterskors tolkningar av begreppets innebörd och betydelse i den kliniska vardagen. Det arbetet resulterade i en rapport 2004 med rubriken *”Utan helhetssyn ingen primärvård, en studie av ett svårfångat begrepp.”*⁸⁹ Rapportens resultat är relevant för min yrkesverksamhet eftersom primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården idag ligger nära varandra i förutsättningar och arbetssätt. Det kommunala uppdraget har i ökande grad blivit medicinskt inriktat jämfört med tidigare dominans av omsorg och service.

Som begrepp introducerades helhetssyn 1978 i den så kallade primärvårdsutredningen.⁹⁰ I det inledande kapitlet framkommer att den önskade utvecklingen av den öppna vården utanför sjukhus hade gått relativt långsamt och den öppna vården kännetecknades av stor andel sjukhusbesök och därmed en specialistläkarbetonad syn på patientens problem. I utredningen kommer författarna fram till att detta hade medfört att helhetssynen på patienten och hennes problem ofta tappats bort. Utredningen fann att bristande kontinuitet var det som allmänheten upplevde som mest negativt. Den gav en känsla av anonymitet och opersonlighet. Man vill känna sin läkare och sin sjuksköterska och inte bara se dem som tillfälliga representanter för sjukvårdssystemet. En förbättrad *helhetssyn* med god kännedom om patienterna var det regeringen ville åstadkomma.

I Socialstyrelsens rapport från 2004 konstateras att begreppet helhetssyn inte blivit tillräckligt belyst trots att det varit ett av primärvårdens honnörsord sedan 1970-talet. De begrepp som fått större fokus var kontinuitet och tillgänglighet. Som delaspekt av helhetssyn anses kontinuitet vara den ena i ett par där den andra är tillit.⁹¹ De som intervjuades under arbetet med rapporten menade att helhetssyn är att inta ett etiskt förhållningssätt mer än en arbetsmetod. Men samtidigt poängterade de att det handlar om kunskap och förmågor, att bli förtrogen med ett främjande förhållningssätt. Och att det handlar om att man kan och bör träna upp dessa samt skaffa sig kunskap om man vill hävda att man strävar mot helhetssyn.

⁸⁹ Eva-Lena Strandberg, Susan Wilhelmsson, *Utan helhetssyn ingen primärvård: en studie av ett svårfångat begrepp*, Linköping: Forskning och utvecklingsenheten för primärvård och psykiatri, Landstinget Östergötland, 2004.

⁹⁰ <https://lagen.nu/sou/1978:74> s. 10, Strandberg, Wilhelmsson, s. 7.

⁹¹ Strandberg, Wilhelmsson, s. 10.

En tredje kategori som spelar roll för möjligheten att arbeta med helhetssyn menade man var betingelser vilka kunde delas upp i fyra dimensioner; motivationsfaktorer, organisation, verksamhetsområden och verktyg.⁹² Deltagarna i intervjustudien var tydliga med att när de kunde arbeta med det som de kallade helhetssyn, blev det lättare att bemöta förväntningar från patienten men också att avvakta med eventuell behandling.⁹³

I rapporten betonar informanterna att möjligheten att kunna ha en helhetssyn i arbetet gör det meningsfullt totalt sett. Att kunna tänja på gränser och göra det som stunden kräver, bjuda över sig själv i sitt uppdrag på ett sätt som skapar något lite utöver det som krävs av en. I det ingår att inte följa vårdprogrammen slaviskt. Det biologiska synsättet räcker inte. En av informanterna uttrycker det så här: "Helhetssynen i det här sammanhanget är ju ett förhållningssätt som gör att man får med många dimensioner i en sjukdom eller ett besvär, det kräver egentligen inte all information, alltså helhetssyn betyder ju inte att man har mycket information."⁹⁴

Informanterna anser också att man måste ta in mer än det som rör de medicinska sökorden om man skall kunna tala om att arbeta med helhetssyn. De menar att det till stor del handlar om samtal och kommunikation, Att lyssna inte bara på vad som sägs utan hur det sägs, när det sägs och hur patienten reagerar på det sagda. Jag citerar "För då är ju samtalet, kommunikationen så att säga, ett sätt att man får insikt och liksom ser sig själv, den här helhetssynen utav sin situation då, så att då krävs det ju verktyg från oss egentligen, för att locka fram det här."⁹⁵ De som intervjuades menade också att insatserna, framför allt när det gäller kroniskt sjuka, grundar sig i lyssnande för att om möjligt minska glappet mellan "Illness" och "Disease".⁹⁶ Med Illness avses hur sjukdom och ohälsa upplevs av personen och hur det påverkar det dagliga livet och förståelsen av sig själv. Disease är det som beskriver de sjukliga förändringar som kan observeras och kategoriseras exempelvis genom en diagnos. Jag citerar en informant: "...om det här illness och disease som engelsmännen säger, man skiljer mellan liksom det patienten upplever och disease är det som vi definierar som problemet."⁹⁷

Hur relevant är själva begreppet helhetssyn i informanternas kliniska vardag? Många upplever det som politiskt belastat och urvattnat. Som ett gammalt honnörsord som kommit att betraktas som en chefsfloskel och tömt på innehåll. Ändå ger informanterna uttryck för

⁹² Ibid. s. 21.

⁹³ Ibid. s. 15.

⁹⁴ Ibid. s. 20.

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Ibid. s. 17 – 18.

⁹⁷ Ibid.

möjligheten att ha helhetssyn som en motivationsfaktor i arbetet, en kärna i arbetet som gör arbetet meningsfullt. De anser till och med att det är möjligheten till helhetssyn som gör det spännande att vara vårdarbetare. Informanterna framhåller samtalet som en viktig grund för att kunna närma sig helhetssyn och påpekar att det ofta kvarstår något svårfångat hos patienter med flera symtom och att det gäller att försöka fånga det svårfångade.⁹⁸

Frågan om relevans leder mig vidare till en annan rapport från en forskningscirkel om helhet och helhetssyn i omsorg, vård och rehabilitering av äldre. Den är gjord på uppdrag av FoU Skåne och med titeln ”*Helhetssyn – att binda samman, avgränsa och leda*”, från 2009. Författaren Kerstin Blomqvist, professor i omvårdnad, har genomfört en forskningscirkel där sjuksköterskor, arbetsterapeuter och biståndshandläggare skrivit fram sina erfarenheter av begreppet helhetssyn. Rapporten inleds med en dikt av Gunnar Ekelöf för att gestalta ett begrepp som vi ofta använder inom vården men som vi sällan definierar i praktiken eller kanske ens förstår den fulla innebörden av:

Vad är det då som jag vill? Vad är det jag menar?
Jag vet vad det är – och jag vet det icke?
Det har inget namn, ingen ort, ingen art

Ingen av berättelserna i forskningscirkeln om helhetssyn uttrycker att helhet handlar om en fysisk, en psykisk, en social och en existentiell dimension. Berättelserna handlar istället om kraften att binda samman. En central dimension är band – band som knyter oss samman som människor och gör att vi känner oss hela. Men även band till sig själv som patient, till sin historia, sina värderingar och preferenser.⁹⁹ Helhetssyn är något som gruppen uppfattar kan uppstå genom att dela en stund, en gemenskap. Det handlar paradoxalt nog också om att känna igen gränser och avgränsa mot något för att göra situationen begriplig och hanterbar. Men också om att kunna tänja och töja på gränser. Helhetssyn kräver att man ibland går utanför gränsen för vad som krävs av en yrkesmänniska¹⁰⁰ I det patientnära arbetet med äldre personer menar deltagarna att tid är viktigt för att tankar och samtal skall få mogna och att timing, förmågan att förstå när den man vill hjälpa, är redo för förändring. Att i det läget gå från ord till handling handlar för deltagarna om mod, tålamod, engagemang och uthållighet vilket författaren menar liknar några av de Aristoteliska dygderna.¹⁰¹

Ett av de viktigaste fynden i undersökning av helhet, omsorg, vård och rehabilitering av äldre är att det handlar om samtidighet. Att den äldre personen får känna sig hel, värdig och

⁹⁸ Ibid. s. 18 – 19.

⁹⁹ Kerstin Blomqvist, *Helhetssyn: att binda samman, avgränsa och leda*, Kristianstad: Forskningsplattformen för utveckling av närsjukvård, 2005, s.21.

¹⁰⁰ Ibid. s. 26 - 28.

¹⁰¹ Ibid. s. 37.

värdefull samtidigt som vårdarbetaren som yrkesmänniska känner sig hel, värdefull och yrkesstolt.¹⁰² Men det allra viktigaste fyndet under arbetet med forskningscirkeln anser författaren vara följande: Helhetssyn i omsorg, vård och rehabilitering av äldre kräver att man fördjupar sig i den andres verklighet och försöker förstå den andres situation, något som kräver tid och vilja och ett utvecklat omdöme. Ett utvecklat omdöme omnämns i rapporten som en förmåga till praktisk klokhet.¹⁰³

En sammanfattande analys

Jag kommer nu att göra en sammanfattning av hur helhetssyn har fyllts med innehåll på olika sätt. Begreppet helhetssyn förstås som ett ord med betydelse att helheten inte kan förklaras av delarna utan delarna måste ses i förhållande till helheten och sättas i ett sammanhang. En hermeneutisk tolkning där helheten alltså finns i varje del. Helhet, som en del av ordet helhetssyn, visar sig ha en särskilt nära relation till helad, till helande. Att återföra någon till ett önskvärt tillstånd. Det finns också en nära relation till begreppet hälsa som etymologiskt har sitt ursprung i betydelsen helhet och fullständighet. Kopplingen mellan helhetssyn, helande och hälsa är högst intressant i min praktik. Hur man utvecklar förståelse samt förmåga att återföra en patient till att åter vara en person med upplevelse av hälsa blir viktigt att undersöka vidare. Viktigt eftersom det är oklart vad begreppet i praktiken kan innebära för både patienter och vårdare.

Betydelsen av helhetssyn och innebörden av själva ordet har inom hälso- och sjukvården skiftat genom historien beroende bland annat på kunskapsnivån om kroppen, religionens betydelse, olika ideal samt den ekonomiska och strukturella samhällsutvecklingen. En tydlig kantring mot de naturvetenskapliga, tekniska och objektiva idealen tog dock fart från 1800-talets början i och med ökad specialisering och snabb kunskaps- och teknikutveckling. Hälsa, helande och helhet hade tidigare förståtts som något som hade med moral att göra. Från denna tid började hälsa, helande och helhet förstås genom det medicinska ögat och som en samhällsangelägenhet med ekonomiska intressen av ett dugligt och funktionellt kroppsideal. Det medicinska fokuset placerade sin strålkastare på diagnoser, läkemedel och ingrepp av olika slag. Det har naturligtvis inneburit en mängd framsteg och möjligheter men på vägen har jag genom min läsning förstått att det fick konsekvenser för människovärdet som helhet. Och helhetstanken växte fram inom hospicerörelsen och den palliativa vårdfilosofin som framför allt syftade till ett bättre omhändertagande totalt sett. Inom den rörelsen har helhetssyn förståtts som uppdelad i fyra dimensioner: fysiska, psykiska,

¹⁰² Ibid. s. 39.

¹⁰³ Ibid. s. 41.

sociala och existentiella behov. Avgränsningar för att täcka in en helhet men också en additiv syn. En uppdelning som för den enskilde vårdarbetaren kan bli en utmaning att hantera som helhet. Men studier har också visat att man kan förstå dem som meningsfulla för både vårdaren och patienten genom att handlingar bortom bot blir möjliga, något kan fortfarande göras. En delad uppfattning av helhetssyn, delad så till vida att något ömsesidigt pågår mellan patienten och vårdarbetaren. Så här framträder det motsägelsefulla med en så omfattande definition av begreppet att det kan bli både svårt att greppa och samtidigt ger det möjlighet att gripa tag i handlingar som kan delas och skapa mening.

De filosofiska och humanvetenskapliga värdena inom den palliativa vården har sedan plockats upp inom andra vårdområden men med lite olika utfall. Å ena sidan finns förespråkare för att helhetssyn handlar om att förvärva och träna upp kunskaper, förmågor och förhållningssätt för att som vårdarbetare bättre kunna möta och hjälpa. Å andra sidan finns det en vilja att formalisera och manualisera in dessa teorier som metoder för ökad effektivitet och minskade kostnader. Här finns skäl att fundera över om det behöver vara en motsättning eller om det kan vara på båda sätten samtidigt? Och kan det vara så att många av de kunskaper och förmågor som ryms inom en helhetssyn som präglas av ett etiskt kunnande och en praktisk klokhet har svårt att ta plats i manualer och därför måste få andra förutsättningar än att göras mätbara och utvärderingsmöjliga?

Helhetssyn har också förståtts som något uppdelningsbart, om jag betänker den palliativa definitionen i relation till andra tolkningar som den additiva. Socialstyrelsen skriver å sin sida fram ett organisatoriskt och logistiskt fokus för att säkerställa ett samlande av den enskilde patientens livssituation. Inom sjukvården är det vanligt med en avgränsning av helhetssyn som gällande mediciner, diagnoser och behandlingar. En annan slags tolkning av helhetssyn. Det är svårt att förstå ett så stort begrepp som helhetssyn. Det är samtidigt ett ideal som vi är många som vill försöka leva upp till. Därför var det intressant att ta del av hur vårdarbetare tolkat begreppet i praktiken och ur ett personligt mikroperspektiv. Hur gör men i praktiken för att få ihop en additiv syn men en helhetssyn? Jag är framme vid de två kvalitativa forskningsrapporterna.

I den kliniska vardagen framträder andra bilder och förståelser av begreppet. Informanterna i de kvalitativa forskningsrapporterna, framhåller att det mer handlar om förhållningssätt och etik än metod. Att det handlar om kunskaper och förmågor som måste tränas upp av individen och att lyssnandet är centralt. De palliativa dimensionerna omnämns inte utan förhållningssättet handlade mer om att binda samman, att kunna känna igen men också tänja på gränser samt en samtidighet i mötet mellan den som vårdar och den som är i

behov av vård. Tid, timing, tålamod och tillit är några centrala begrepp i denna samtidighet. Det viktigaste fyndet, i den skånska rapporten, visade sig vara förmågan att kunna fördjupa sig i den andres verklighet och förstå den andres situation. Beskrivningarna av vad helhetssyn innebär i praktiken innebär en hel del igenkänning för mig men fortfarande vilar något diffust över begreppet. Eller hellre spretigt. Definitivt något svårfångat. Informanterna framhöll det som ett honnörsord, en chefsfloskel. I detta sammanhang vill jag presentera Hanna Arendts uppfattning om klichéer, hämtat ur boken *Praktisk klokhet* av Gunilla Silfverberg, professor i vårdvetenskap. Arendt menar att klichéer, standardfraser och konventionella standardiserade mönster för uttryck och beteenden har den socialt erkända funktionen att skydda oss mot verkligheten. Skydda oss mot kravet på att låta oss uppmärksammas av vårt tänkande som varje händelse och faktum i kraft av sin existens reser för oss.¹⁰⁴ Jag menar att det också handlar om klyftan mellan politiska och administrativt satta mål kontra möjligheter till omsättning i praktiken. Jag tar därför med mig i min fortsatta undersökning en fundering över begreppet helhetssyns giltighet och villkor, möjligheter och svårigheter. Jag förstår också efter att ha tagit del av forskningsrapporterna att jag verkligen behöver fördjupa mig i den andres situation, vad det är att vara människa med mening under föränderliga villkor och vad hälsa kan vara. De funderingarna tar jag vidare i uppsatsen för att försöka landa i en förståelse av vad helhetssyn kan vara i praktiken. Jag tar också med mig hur jag alltid står i relation till organisation, metoder och styrningsideal.

Ålderdom och åldrande – en universellt individuell process

Om man får leva ett normallångt liv kommer man att åldras. Ett avsnitt om åldrande har sin plats i sammanhanget helhetssyn eftersom jag är verksam inom äldreomsorgen. Åldrande utmanar helhetssynen på flera nivåer bland annat för att åldrandet i sig medför utmaningar för både den åldrande och den som skall vårda. I sjukvårdssammanhang innebär det att åldrandet för det mesta ackompanjeras av en eller flera sjukdomar. Som jag tidigare nämnt så vill jag i mitt undersökande av ålderdom och åldrande även undersöka ålderism, eftersom förställningar och fördomar troligen kan påverka ambitionen att åstadkomma en helhetssyn.¹⁰⁵ Eller åtminstone kan de påverka alternativa sätt att se på och förstå äldre människor.

¹⁰⁴ Gunilla Silfverberg, *Praktisk klokhet: om dialogen och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och socialpolitik*, Eslöv: Brutus Östlings bokförlag Symposium, 1999, s. 15.

¹⁰⁵ Begreppet ålderism introducerades det av den amerikanska psykiatern Robert Butler omkring 1968. Det ord som användes var engelskans ageism och Butler definierade det som "Fördomar mot andra åldersgrupper". Det tog 30 år innan det började användas i svenska översättningar vilket innebär att ålderism blev ett begrepp i Sverige i slutet på 90-talet. Andersson bok *Ålderism* är skriven med ett fokus på äldre som grupp. För att täcka in begreppet ålderism behöver man enligt Andersson undersöka både fördomar, stereotyper och diskriminering. Det ligger väl i linje med den definition av ålderism som författaren valt att föreslå mot bakgrund av en genomgång av tidigare definitioner. Anderssons definition

Jag började mitt undersökande av åldrande med en ökad nyfikenhet på åldrandet som fenomen. En nyfikenhet som hade vuxit fram under alla möten med äldre vilka ofta berättar om förvåning inför sig själv, att de inte känner igen sig, att det är så svårt att greppa sitt eget åldrande som något annat än att bara skalet och att vissa funktioner förändras/försämras. Lansing, amerikansk gerontolog, lämnar ett förslag på definition av åldrande som citeras i Simone de Beauvoirs bok *Ålderdomen*: ”En fortskridande process av ogynnsam förändring, vanligen i samband med tidens gång, som blir skönjbar efter mogenhetsperioden och som oföränderligen leder till döden”.¹⁰⁶ Här kan det vara på sin plats att uppehålla sig ett slag vid ordet ogynnsam vilket är ett värdeomdöme. Ett värde står alltid i förhållande till något. Att förändras ogynnsamt behöver alltså ses i relation till bland annat målsättningar och normer. Eller som Beauvoir uttrycker det: ”Det finns inte vare sig progression eller regression annat än i förhållande till en målsättning.”¹⁰⁷ Jag tänker att det handlar om hur vårdarens blick och förhållningssätt kan få känslan av ogynnsamhet att dominera. Att fokus på funktionsförluster kan innebära att man som äldre känner sig försämrad även på andra områden som är opåverkade av sjukdom eller skada, vilket kan skapa en känsla av hopplöshet. Och som vårdare bör man ge möjligheter för hopp men jobbar man enbart med att fokusera på sjukdom, skada och förlust kan det försvåra patientens situation att återerövra ett helare jag.

Att anpassa sig efter naturen tycks vara en väg som lindrar upplevelsen av förluster, förfall och försämring. Om detta skrev Cicero redan år 44 före vår tideräkning i skriften *De Senectute (Om ålderdom)* och Lars Andersson beskriver i boken *Ålderism* hur Cicero låter Cato den äldre, 83 år, samtala om åldrandet med den betydligt yngre Scipio.¹⁰⁸ I samtalet om funktionsförluster och närmandet av döden inryms motargument och ett slags försvarstal för ålderdomen. De är formulerade av Cato som lever med insikten om åldrandet i sin egen kropp och situation. Cato gör filosofiska analyser av fyra områden som ansågs göra ålderdomen olycklig. Det var förhindrande av verksamhet, försvagning av kroppen, att man går miste om fysiska njutningar och slutligen att den i tiden ligger nära döden.¹⁰⁹ När kroppskrafter och snabbhet avtar menar Cato att det kan kompenseras med planering, beslutsamhet och klokhets. I en översättning av Ciceros text från 1883 finner jag en del av ett längre försvar för det första området:

lyder ”Fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till diskriminering”. Med denna formulering inringas samtliga komponenter som nämndes tidigare. Lars Andersson, *Ålderism* s. 7,9,12.

¹⁰⁶ Beauvoir, *Ålderdomen*, s. 16.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Lars Andersson, *Ålderism*, Lund: Studentlitteratur, 2008, s. 21.

¹⁰⁹ Ibid.

Den gamle gör icke det som ynglingarne, men likväl mycket viktigare och bättre. Stora ting utföras icke med kroppskrafter eller med lifliga rörelser eller fortfärdighet, utan genom klokhed, personligt inflytande och fast öfvertygelse; och ålderdomen plägar icke blott icke beröfvas dem, utan äfven ökas med de samma.¹¹⁰

Cato fortsätter sina motargument på område efter område. Kortfattat menar han att om man lagt stor vikt vid sin fysiska gestalt under sina tidigare år och inte utvecklat andra sidor hos sig själv blir åldrandet förmodligen mer sorgesamt. Cicero anser också att man skall leva måttfullt och träna sitt minne fortlöpande. Ohejdad hedonism gynnar varken ung eller gammal. Minskade möjligheter till fysiska njutningar kan ersättas med filosoferande, samtal och intresse för det estetiska. Slutligen skall döden hanteras stoiskt och långrandighet undvikas.¹¹¹ För mig idag, förefaller försvarstalet för ålderdomen som ett utopiskt recept på ett ”lyckat” åldrande men utopier finns till för att sträva mot.

Detta tänktes och skänktes till eftervärlden för mer än 2000 år sedan. 1976 skriver Beauvoir på ett liknande sätt om just compensation, men nu med stöd av ett betydligt mer utvecklat vetande om kroppen, dess processer, behov och förutsättningar. I inledningen av boken *Ålderdomen* berör Beauvoir det faktum att förluster, förändringar och svagheter kan kompenseras med kopplingar och automatismer samt kunnande på det praktiska och intellektuella planet.¹¹² Min tolkning av detta är att det handlar om praktisk kunskap, en kunskapsform som jag kommer att återvända till längre fram men en kort beskrivning finns som fotnot.¹¹³ Idag kan compensationer av teknisk karaktär också möjliggöra bibehållande av funktioner längre i livet. Jag tänker då på sådant som ögonoperationer, synförstärkande hjälpmedel, hörapparater, implantat, proteser, mediciner, gånghjälpmedel med mera.

Frågan om åldrande blir ännu mer sammansatt om vi betraktar individen som helhet det vill säga som summan av alla hittills levda år. Livet kan förmodligen inte förstås i olika delar utan upplevs som en helhet. Jag reflekterar kring det faktum att mina möten med äldre patienter är möten med en del av ett nästan helt liv och hur viktiga livsberättelser är för att förstå att patienten är mer än det lilla tidsfönster som vi har öppnat i vårt möte.

Beauvoir lyfter fram att vad som har mest värde i livet för någon skiftar mellan individer och över tid. Grundat på tidsbundna värderingar och preferenser upprättas sedan en åldrarnas hierarki där olika åldrar tillskrivs olika värden.¹¹⁴ Det finns idag en utbredd preferens för det ungdomliga, vältränade, kroppsligt ideala och snabba. Flera studier har visat

¹¹⁰ M. Tullius Ciceros, *Cato den äldre – Om ålderdomen*, översatt från latin av Nils Lundborg, Lund: Håkan Ohlssons boktryckeri, 1883, s. 9.

¹¹¹ Andersson, s. 22 – 23.

¹¹² Beauvoir, *Ålderdomen*, s. 17

¹¹³ Praktisk kunskap kan kortfattat beskrivas som en samordning av tidigare erfarenheter som vägleds av ett utvecklat omdöme och ett etiskt vetande. En slags intuitiv förmåga att blixtnsnabbt överlägga med sig själv för att kunna handla klokt.

¹¹⁴ Beauvoir, *Ålderdomen*, s. 17.

att den aktiva och fungerande kroppen intar en framskjuten och hyllad position i vår tid. Det är som sådan människan uppfattas som ett autonomt subjekt. Den sjuka, åldrade och döende människan framstår som ett hot mot den friska, unga och aktiva.¹¹⁵ Ur det perspektivet kommer ålderdomen att ha låg status och motarbetas med allt fler konstgjorda medel. Ingen kommer att vilja se åldersrelevant ut, däremot är det uppskattat att se ungdomlig ut för sin ålder, som om undvikandet av ett synligt åldrande skulle kunna omkullkasta döden.

Med stöd av Thornhill, Kurzban och Leary diskuterar Lars Andersson i sin bok *Ålderism* en möjlig evolutionär teori om det ungdomliga idealet som bygger på att estetiska preferenser hos människan i grunden baseras på en instinkt att skydda mot skada. Upplevelser av duglighet har genom historien kopplats till skönhet och ungdomlighet. Genom att sträva mot ungdomlighet och skönhet med olika medel vill man framstå som duglig.¹¹⁶ Och kanske odödlig?

Jag hade mina möten med Oskar med mig in i läsningen av Andersson bok. Oskar är en man som bor på ett särskilt boende sedan några år tillbaka. Han är långt över 90 år och en av dem som fortfarande har god kroppslig funktionsnivå. Han gymnastiserar varje morgon, går flera korta eller längre promenader varje dag med sin rollator. Han är mån om sitt utseende, sin hygien, vad han har på sig och vad han äter. En glad spelevink med sorgsna ögon. Ofta beklagar han sig över sitt kroppsliga förfall, hur allt har börjat hänga och blivit slapt. Hur den muskulösa figur han en gång var försvunnit i sina konturer och sin substans. Det finns inget utrymme för acceptans för honom. Det är en sorg och oro som slagit sig ner i hans väsen. Vi som arbetar på boendet har svårt att ta hans lidande på fullt allvar eftersom han jämförs med övriga på boendet. Men åldrandets universella individualitet är på något vis förkroppsligat i honom. Som individ är han unik, som åldrad människa mer universell. Beauvoir säger om människan: ”Hon är ensam om att vara ett suveränt och unikt subjekt mitt i ett universum av objekt, ett privilegium som hon samtidigt delar med alla sina gelikar.”¹¹⁷ Jag bevittnar en strid. Som individ har Oskar tagit strid mot en naturlig process som han vägrar acceptera. En omöjlig strid. Men kanske meningsfull? Han kämpar för ett bevarande av den han vill vara och uppfattas som för att inte försvinna. Åtminstone är det min tolkning och jag brukar tänka på det meningslösa i att påtala det självklara. Att åldrandet ser ut så här. Att han samtidigt är ovanligt välbehållen. Oskars lidande är som det är. I en tid då man räds och föraktar förfall. Och kanske är det som Beauvoir framhåller, att människan inte kan existera utan att sträva mot ett ”vara” hon aldrig kommer att bli, en omöjlig helhet. Men det är möjligt

¹¹⁵ Karlsson, s. 195 – 196.

¹¹⁶ Andersson, s. 56.

¹¹⁷ Simone de Beauvoir, *För en tvetydighetens moral*, Göteborg, Daidalos, 2018, s. 36.

att vilja denna strävan, denna spänning tillsammans med det misslyckande som följer på den.¹¹⁸

Här anas en paradox helt plötsligt. Att uppehålla sig vid aktiviteter som förstärker och synliggör förluster men som samtidigt bejakar rörelse, framtid och kanske mening? I Oskars alla ansträngningar blir han varje dag påmind om sitt förfall men samtidigt verkar striden meningsskapande, hoppgivande och tidsligt framåtsträvande. Oskar bekämpar sitt lidande som därigenom tydliggörs men samtidigt verkar aktiviteterna och samtalen hålla honom levande. Lidandet framtvingar en rörelse, ett handlande som kan bli meningsfullt. Men också smärtsamt. Handlandet har ingen tydlig början eller slut som vid tillverkning utan är en process som på så vis är odödlig, ett sätt att bejaka livet så länge det går. Handlandet har ett inneboende värde som självändamål, en slags existensgivare.

I förordet till Hanna Arendts bok *Människans villkor*, berör Joachim Israel Arendts tankar på ett liknande sätt.¹¹⁹ Att ha förmågan att handla, att fortsätta handla är ett mänskligt grundvillkor och innebär en möjlighet att göra sig gällande i världen. Människan skapar även egna villkor för sig, villkor som förändras genom livet men som jag uppfattar som intimt förknippade med mening i och med att de valda villkoren har med ens existens att göra, det som är unikt för en och ens liv.¹²⁰ Ett liv utan handlande och samtal vore enligt Arendt inget liv utan ett utdraget döende.¹²¹ Människan skulle bli skenbar i någon mening. Vid liv men inte levande. Som att plundras på sig själv. Aristoteles hävdar i *Politiken* ”Att leva är ett handlade, inte en tillverkningsprocess.”¹²² Med Senecas ord blir det också tydligt att hur vi lever spelar större roll än hur länge. Han accepterade inte att tyna bort, han ville tänja ut på livet, inte tänja ut på sin död.¹²³ Revolten kan just vara en strategi likt Oskars, en strategi som handlar om att leva och inte bara överleva. Det faktum att man har kort tid kvar att leva får ett otåligt krav på nuet att växa. I alla fall hos en del. Och det kan ta sig olika uttryck som kan vara svåra att förstå. Jag känner igen det både hos dem jag möter och hos mig själv. Att få bråttom att leva kan bli en utmaning för både en själv och ens omgivning. Då kan man behöva påminna sig själv och dem man möter om att åldrandets mer negativa sidor inte utvecklas från en viss tidpunkt i livet som en linje i ett bildligt, sluttande plan. I själva verket är försämringen för varje enskild individ mycket måttlig till dess att man hamnar i ”terminal decline”, vilket betyder att för de flesta sker den drastiska försämringen av allmäntillståndet under det sista

¹¹⁸ Ibid, s. 42.

¹¹⁹ Arendt, s. 10 – 11.

¹²⁰ Ibid, s. 35.

¹²¹ Ibid. s. 233.

¹²² Christian Nilsson, ”Fronesis och den mänskliga tillvaron”, *Vad är praktisk kunskap?* red. Jonna Bornemark och Fredrik Svenaeus, Huddinge: Södertörns högskola, 2009, s. 47.

¹²³ Andersson, s. 24.

halvåret innan man dör.¹²⁴ Jag menar att det är viktig kunskap att ha med sig, att åldrande inte är ett sluttande plan mot döden. Det kan underlätta för möjligheten att skingra fördomar om åldrande.

Med den kunskapen i medvetandet och av rent mellanmännsliga skäl tror jag att det blir viktigt för oss som arbetar inom äldreomsorgen att inte ”ge upp” de gamla och deras önskningar, handlingar och viljor. Vad jag syftar på är att vi som möter de äldre fortsätter erbjuda framtid genom att ta önskningar på allvar, stimulera till fortsatt handlande och undersöka viljor för att om möjligt ge förutsättningar för dem. Om än det kan vara både utmanande och svårt. Men ger vi upp de gamla ger de lätt upp sig själva. För yrkesverksamma inom äldreården blir en av uppgifterna att fortsätta förvänta sig handlingar och kapacitet från de äldre, att visa intresse och respekt för hela personen. Att vara räknad med. I anspråkstagen. Någon med betydelse. Att vi som är vårdarbetare faktiskt tar hela livet på allvar! Döden ligger bortom livet och man behöver inte sitta och vänta som vid en busshållplats för döden har ingen tidtabell.

Att vara behjälplig med att stötta inom mer existentiella och sociala samt kanske även psykiska dimensioner är inte lika vanligt som att se till det fysiska (i vårdsammanhang ofta ekvivalent med det medicinska) trots att helhetssyn inom palliativ vård bygger på alla fyra dimensionerna. Min egen erfarenhet är att det också finns en inbördes rangordning, en egen dimensionshierarki mellan dessa fyra dimensioner, där den fysiska/medicinska ligger i topp vilket är helt logiskt i relation till en fortfarande tekniskt och naturvetenskapligt präglad värld.

Jag hade ett långt samtal med Sofia, en av de boende, om hur hon skulle ta tag i någon slags framtid, ha ett projekt som i sitt existerande bjöd på en utsträckning i tid, tid som skulle bli hennes fortsatta liv. Beauvoir skriver om hur världen visar sig genom våra projekt och när man inte längre har några framåtsyftande projekt så steriliserar man sin egen framtid. En lösning kan vara att låta livet livas av nya projekt.¹²⁵ En stark metafor, steriliseringen. Den hugger tag i en obehagligt frostig känsla. Men Sofias och mina samtal har ofta en hög amplitud, vi pendlar upp och ner i varierande hastighet och med många känslor. Allt efter dagsform. Och önskemål. Jag föreslog denna gång en utmaning. Ett promenadschema med löfte om medalj efter 20 promenader. Hon fick själv anteckna tiden hon gick. ”Men tänk! jag har aldrig fått en medalj i hela mitt liv, det blir roligt att få det nu som 92-åring”. Sofia skrattade. Schemat hängdes upp. Sofia antecknade varje minut med en röd tuschpenna. En

¹²⁴ Ibid. s. 53 – 54.

¹²⁵ Beauvoir, *Ålderdomen*, s. 347.

dag ringde personalen på avdelning och berättade att Sofia undrade över sin medalj. Jag hade trott att det skulle ta minst två månader men Sofia hade fått fart. Hon ville försöka göra något åt ”den degklump som blivit hon” En formulering så typisk för henne. Medaljen överlämnades och Sofia ville ha en ny utmaning. Just nu pågår ett nytt schema med lite variation. Ett snyggt diplom är utlovat och tillverkat. Det ligger och väntar i min hurts. Det som utspelar sig mellan mig och Sofia relaterar väl till handlandet som ett grundvillkor för att göra sig gällande i världen. Genom ett projekt som sträcker sig in i framtiden kan jag hjälpa Sofia att undvika att sterilisera sin egen framtid. Hon töjer ut på sitt levande istället för sitt döende som Seneca skulle ha sagt och Arendt håller med genom att påpeka att ett liv utan handlande är ett utdraget döende.

En dag kom en hel busslast japaner till ett av boendena. Inbjudna av någon för mig okänd anledning. Med mobiltelefoner i händerna vimlade de fram i korridorerna bland de boende. En del av de boende befann sig i sina små lägenheter medan andra satt uppe i allrummet. Några tog sig fram i korridoren med sina gånghjälpmedel. Japanerna tog lite bilder. Så vitt jag kunde se på lokalerna. De tittade runt och log lite ursäktande, tror jag. När de var på väg ut från en av avdelningarna ställde jag mig för att hålla upp dörren. De tog sig lite nickande och hukande förbi mig. Ibland hördes ett ”Thank you”. Jag kände mig illa till mods. Hade någon frågat de boende? Den frågan förblev obesvarad. De vimlade runt ett tag för att sedan äta lunch i den stora matsalen i entré-hallen. Mötet med japanerna stannade i tankar och känslor hela dagen.

Att foga sig i ålderdomen kan enligt Beauvoir försvåras av att många ser på gamla människor nästan som på en främmande art, att man som subjekt skulle genomgå en metamorfos. Så olikt känns det åldrade subjektet.¹²⁶ Det japanska studiebesöket fick mig att fundera i de banor som Beauvoir beskriver. De besökande hade alla en bra bit kvar till sin egen ålderdom. Jag hade inget med besöket att göra men hos mig lämnade besöket kvar en känsla av att de betraktade en annan art, att ålderdomen är något som inte ingår i det egna livet utan är något som drabbar en annan sort. Beauvoir menar att ålderdomen ligger bortom livet som man lever nu, bortom det liv man känner till. Det är svårt att föreställa sig hur det är att vara gammal. Det är ett dilemma för oss som skall möta de äldre i våra yrkesroller eftersom vi själv inte har ålderdomen som erfarenhet. Vi har alla våra levda åldrar inom oss men inte de olevda. Men med inlevelse och föreställningsförmåga kan man komma en bit på väg för att hitta sätt, aktiviteter och samtal som ger livskraft. Ur mitt fysioterapeutiska perspektiv är livskraft och humor viktiga aspekter av helhetssyn. Kraften att vilja leva kan

¹²⁶ Ibid, s. 194

understöddas på flera olika sätt och det gäller att utveckla en lyhördhet för det. Som i exemplet med Sofia och medaljen som blev något att sträva mot, som gav Sofia livskraft och ett projekt att hålla framtiden öppen med. Eller Gunilla i inledningen som genom att få prata böcker fick energi och en stund av lättnad från lidandet. Jag försöker ofta påminna mig själv om att mina fysioterapeutiska interventioner inte behöver hålla sig inom traditionens låda eller rättare sagt jag kan fylla den lådan med så mycket mer genom att vara lyhörd för den jag möter.

Metoderna jag fick lära mig under utbildningen räcker inte till om jag vill försöka sträva mot någon form av helhetssyn. Troligen delar vi mer än vad som skiljer oss åt när det handlar om existentiella behov eftersom vi är människor. Och som Beauvoir skriver: ”Det är människans sak att se till att det är viktigt att vara människa.”¹²⁷

Kan det vara så att det tillsynes meningslösa lidandet fyller en funktion när en människa närmar sig slutet av sitt liv? Leon Kass, ordförande i president Bushs bioetikkommitté 2002 – 2005, påstår att bevarandet av ungdomlighet utan någon större ökning av livslängden skulle kunna göra döden mindre acceptabel.¹²⁸ Döden blir det slutgiltiga misslyckandet med att bevisligen inte ha klarat av att leva på ett normsolidariskt sätt dvs hålla sig ungdomlig och duglig. Men kanske ålderdomens lidande på grund av förluster och smärtsamma förändringar faktiskt har en mening. Människans existens handlar enligt Beauvoir om att kunna nå utöver sig själv. Att transcendera sig själv mot nya former. Det kroppsliga avtynandet gör detta nästan omöjligt. Det blir svårt att överskrida sig själv. Spelplanen blir alltmer begränsad och likaså verktygen. Beauvoir menar att denna begränsning dödar planerna och via den genvägen kan döden bli acceptabel för oss. Meningslösheten urholkar till sist den märg som gett liv och lust åt ens väsen.¹²⁹ Jag tänker på Fredrika som jag träffar en vecka innan hon avlider. Hon har ramlat och slagit i knän och en höft. Jag har fått uppdraget att undersöka henne och försöka få henne att vilja röra sig igen. När jag kommer in i rummet ser jag Fredrika i sin säng. Hon ligger halvt på sidan. Hon är blekare än vanligt och blekast av allt är hennes näsa. Hon mår illa. Jag ger henne en ”kräkstrut” och stryker henne lätt på armen. Sätter mig ner. Säger inget om rörelser, frågar istället hur det känns. ”Jag vill inte mer, jag är färdig!” Det är Fredrikas ord. ”Hur känns *det*?” Jag frågar försiktigt. ”Att vara färdig menar jag. Att inte vilja mer?” ”Det är helt tomt! Ingenting kvar. Ingenting Jag vill inte mer nu. Men mina barn tycker inte det. De vill inte att det ska vara så...men jag är klar.” Vi skiljs åt och jag tyckte mig se denna ”färdighet” i hennes uttryck. Den märktes i hela hennes existens. Och så blev det. Veckan därpå somnade hon in.

¹²⁷ Beauvoir, *För en tvetydighetens moral*, s. 46.

¹²⁸ *Ibid.* s. 58.

¹²⁹ Beauvoir, *Ålderdomen*, s. 339.

Jag går omkring med tankar på Fredrika. De följer mig in i läsningen av Beauvoir. De jag möter som patienter är möjliga framtida scenarier för mig själv och alla oss som arbetar i äldreomsorgen. Hur viktigt det är att påminna sig om detta och försöka både föreställa sig och känna in. Försöka sätta sig in i hur den andre har det. Detta att vi delar åldrandet och sårbarheten. Att föreställa sig det kan göra skillnad i ens handlingar och attityder. Men det kan också bli en börda och ge ökad ångest. Att dagligen möta livets ofrånkomliga tidsliga förlopp gestaltat genom de patienter vi vårdar som bokstavligen visar upp den annars abstrakta ändligheten. För mig har det blivit en rik brygd av både det ena och det andra. Erfarenheterna har gett mig en drivkraft att vilja förstå mer, lära brett och att skriva om det för att förhoppningsvis nå ut, skapa nyfikenhet och påverka. Jag har blivit modigare när det gäller att prata om döden med dem som är nära den. Men erfarenheterna har också gett mig många tankar på döden, på mitt eget åldrande och livets ändlighet vilket emellanåt är svårt att hantera utan ångest. Jag känner sorg och frustration när jag ständigt blir påmind om döendet och döden och det måste jag hantera för att inte börja distansera mig bort från att möta patienter med intresse, engagemang och respekt. Döden ligger på något vis utanför livet och det är livet som angår mig i min profession. Denna balansakt för att fortsätta arbeta med empatisk precision kan förstås som en dygdetik om man läser Aristoteles. Det har Christian Nilsson gjort och han menar att enligt Aristoteles är dygder något man erövrar genom att praktisera och träna dem precis som annan kunskap. En människas etiska dygdighet kräver att man är mottaglig för att vilja utveckla de förmågorna och konsten är just en balansakt, en medelväg där man varken gör för mycket eller för lite.¹³⁰ På så sätt kan man värna om det goda för båda i ett möte. En delad samtidighet.

Utmaningarna för den enskilda vårdarbetaren är många. Jag tänker på risken att utöva ett alltför paternalistiskt förhållningssätt och att också kunna slingra sig ur den egoismfälla som lätt slår igen när man vill vara duktig, duglig och göra rätt. Kort sagt, att alltid fundera över för vem gör jag detta och varför? En stor utmaning för den enskilde är också att arbetet utförs inom ett större sammanhang, ett system med sina logiker och resultatbehov som inte alltid ligger i linje med det man önskar åstadkomma och den man önskar vara. I iveren att uppnå helhetssyn med bibehållen effektivitet har också det multidisciplinära teamet uppstått och det har enligt Gadamer utmanat helhetssynen. Splittringen på flera specialiserade funktioner utgör en utmaning gällande möjligheten att binda samman och ha överblick. Men jag börjar med att undersöka hur Gadamer ser på helhetssyn. Gadamer skriver i inledningen till *Den gåtfulla hälsan* att han hoppas att alla som kommit till hans föreläsning ser det som

¹³⁰ Nilsson, s. 42.

sin uppgift att låta ”helheten” bli ledstjärna för var och en som tar vetenskapen på allvar. Genom att hänvisa till Platon menar Gadamer att man inte kan bota kroppen utan att känna själen och helhetens natur. Helhetssyn är inte enligt Gadamer en metod utan enheten hos varat självt. Jag förstår det som att det kräver att man sätter sig in i den andres situation som helhet. För Gadamer tycks medicinen vara en universalvetenskap. Hans skriver:

Så har det här blivit klart på vilket sätt varje medicinsk behandling hänger samman med idén om helhet. Det handlar inte blott om en överenskommelse mellan orsak och verkan, mellan ingrepp och resultat, utan om en gåtfull harmoni som det gäller att återvinna och som ytterst ligger bakom tillfrisknandet under och hälsans hemlighet. Denna harmoni innebär trygghet.

Men på vilket sätt utmanar det multidisciplinära teamet helhetssynen? Gadamer menar att den historiska utvecklingen mot kunskapsspecialisering och arbetsdelning har lett till att det egna bidraget blir reducerat till en funktion inom en svåröverskådlig helhet. I bästa fall kanske det innebär att jag bär min del som en hermeneutisk enhet där helheten finns i min del och i förhållande till helheten. Men det troliga är att alla funktioner blir mer eller mindre separata enheter och i dokumentationen framträder en additiv syn på helhet med fokus på det medicinskt mätbara. Tyvärr innebär det också, enligt Gadamer, att ju mer rationellt och specialiserat livets organisationsformer gestaltas desto mindre av förnuftigt omdöme utövas och inövas av den enskilde.¹³¹ Det tar tid och kräver ansträngning och engagemang om man vill uppfatta varje individ som unik och undvika stereotyper. Ofta *behöver* jag också det multidisciplinära teamet för att hantera min del i helheten. En paradox i sammanhanget men som jag skrev ovan kan min del utföras med insikt om hur den delen relaterar till något större och helare. Vi har olika funktioner eftersom den totala medicinska kunskapsmassan idag inte kan bäras av en enskild profession. Men de olika funktionerna innebär också att vi ser med lite olika blick. Våra olika sätt att vara och utöva våra yrken innebär också att vi får olika relationer till patienterna och med det följer variationer i vad patienterna berättar för var och en av oss och som kan ha betydelse för att uppnå helhetssyn. All denna mångfacetterade kunskap behöver sammanställas för att närma sig en helare syn men alltför sällan finns tid för gemensam reflektion och samtal om de kvalitativa aspekterna av våra arbeten. Vårdandets konst. Det är en utmaning att vilja arbeta med helhetssyn eftersom vård- och omsorgsarbetet blivit just alltmer specialiserat och satt under tidspress. I alla fall om man tänker på helhetssyn som det palliativa idealet med fyra dimensioner (fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt). Jag uppfattar oftare att det precis som i de praktiska forskningsrapporterna bland annat handlar som att i stunden tänja på gränser, bjuda över sig själv och lyssna uppmärksamt. Det

¹³¹ Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, s. 151, 82.

teamet som kollektiv behöver dela handlar mer om gemensamt förhållningssätt och en vilja att kommunicera respektfullt. En överenskommelse om vad vi strävar emot och vilka förmågor vi behöver träna på.

Helhetssyn och hälsa

Jag kommer nu att låta ett antal gestaltande berättelser från möten jag haft med patienter få möta de filosofer jag står i dialog med i denna uppsats. Gadamer, Arendt, Beauvoir och Buber. Detta är en undersökning som handlar om vad det är att vara en handlande människa eftersom den frågan angår mig som fysioterapeut och person i lika hög grad som det angår de patienter jag möter. Som yrkesperson behöver jag förstå vad det kan vara att sträva mot helhet för att kunna förstå vad det kan vara för de patienter jag möter. Helhet, hälsa och helande är begrepp som är närbesläktade vilket framkom i den idéhistoriska delen. Därför kommer jag i framförliggande text att undersöka hur de hänger ihop i ett vårdarbete och varför just handlande har en existentiell betydelse för bland annat meningsfullhet. Jag börjar med ett möte med en man som insjuknat plötsligt och med stora funktionella konsekvenser.

”Hej Sven! Hur har du det idag?” Min fråga möts inte ens av en blick. Bara ett tomt stirrande ut i luften. Mannen jag möter är i sjuttioårsåldern. På kort tid har han tappat många funktioner och blivit hjälpberoende med det mesta för att klara sin vardag. Toalettbesök, dusch, på och avklädning och förflyttningar. Gångförmågan är borta och sittbalansen är kraftigt nedsatt. Hans möjligheter att ta initiativ på egen hand har minskat drastiskt och på senare tid även det hopp som fanns under de första veckorna. Det vilar en ilsken stämning i rummet. Det tränger in i mig. Jag tar ett lite djupare andetag och går runt sängen, försöker möta blicken och väntar. ”Hur har du det själv?” Motfrågan kommer med ett irriterat uttryck. Blicken vänds åt andra hållet. Jag ser hur käkarna spänns. ”Jag har det tillräckligt bra.” Mitt svar ger ingen reaktion. ”Vill du berätta?” Tystnad. Jag väntar. ”Varför ska jag det? Du fattar ju inte i alla fall hur jag har det, det kan ingen veta! Det är bara en massa tjafs hela tiden. Ni hjälper mig ju inte”. Tänker snabbt. Inte gå i försvar, inte berätta om allt vi gör. Han fortsätter. ”Det är väl ert problem hur det ska gå för mig” Då slinker det ur mig. ”Men vi måste ju göra det här tillsammans, det är ju din kropp, ditt liv, din framtid.” ”Jag har fan inte någon framtid!” Svaret kommer snabbt och med irriterad ton. ” Jag får ju ingen träning!” Då gör jag nästa misstag. Börjar berätta om alla försök och att även små aktiviteter är träning. Det landar helt fel och jag känner att vi kommit snett och att jag är lika irriterad som patienten.

Jag kom snett. Men var hade jag kunnat börja, hur hade jag kunnat göra? Rehabilitering är ofta komplicerat. Att möta krossade drömmar, en oviss framtid som är svår att överblicka. Skamsen backar jag efter några fler försök att övertala patienten till träning. Jag räckte inte till

den här gången. Vad skulle helhetssyn kunna vara i mötet med en person som tappat så mycket av sig själv? Hur kan jag förstå vad och hur jag kan medverka till förbättrad hälsa, ett uppdrag som ingår i mitt arbete och är en grund för den verksamhet som patienten nu befinner sig ofrivilligt i?

Hälsa som upplevelse kan beskrivas som något helt, att vara hel, en igenkännande känsla av att vara i balans. Som det grekiska holon – ett återställande genom helande till något livfullt. Igenkännande av ett tillstånd som fanns innan sjukdomstillståndet, vilket man kanske blivit fri från. Eller som mildrats och stabiliserats som kroniskt där återförandeprocessen mer kommer att handla om tillvänjning och omorientering där man känner igen sig till viss del men också som lite ny. Sjukdom är påträngande och tycks falla över oss och ställer sig i vägen för ett liv så som vi kände till det innan. Gadamer pratar i termer av ”sjukdomsfall” som ett fall av sjukdom, något som just faller över oss, in i oss. Som något som objektiverar sig själv. Jag tolkar Gadamer som att sjukdom är möjligt att objektivera och identifiera samt ofta åtgärda.¹³² Hälsa beskrivs däremot av Gadamer som något subjektivt, omätbart och symtomfritt då det är ett tillstånd av inre balans och överensstämmelse med sig själv.¹³³ Med Svens förutsättningar blir det en utmaning för mig att medverka till denna balans eftersom förlusterna är många och omfattande med genomgripande konsekvenser för hela Svens liv. Det kommer att innebära att återförandet blir en process mot ett förändrat jag som kanske aldrig kommer att kännas som en överensstämmelse med sig själv. Det jag som i drygt 70 år varit en fungerande person och som nu är helt beroende av andra för även det mest basala i livet. Sven säger ofta att han får kämpa med det psykiska. Vissa dagar är helt enkelt mörka och meningslösheten fyller hans medvetande. Det blir många stunder av att dela förtvivlan och svårigheter att tänka framtid. En väg mot omorientering där jag som enskild fysioterapeut är beroende av det team jag arbetar i för att vi i så många moment som möjligt ska hitta det som Sven kan göra eller möjligen förbättra för ett något helare jag. Beroendet består i att Sven nästan inte kan göra någonting på egen hand och behöver hjälp dygnet runt. Vid varje hjälptillfälle har varje enskild vårdarbetare chans att lyfta fram det som Sven fortfarande klarar och att möta honom som en hel person med sin livsberättelse och sina värderingar och preferenser. Det gäller förstås även mig. Jag försöker så gott jag kan att tänja på gränser, lyssna uppmärksamt och samtala om både möjligheter och det svåra. Men det är skönt att vi är fler som delar uppdraget att hjälpa Sven eftersom det utmanar förmågan att härbärgera och

¹³² Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, s. 14.

¹³³ *Ibid*, s. 15.

upprätthålla det goda omdömet och den väl avvägda handlingen när man möter någon som famlar, förtvivlar och påminner oss övriga om livets skörhet.

Det blir en gemensam process mot en kanske svårsmält acceptans av en förändrad livssituation. Att vara behjälplig med detta kräver finkalibrerad tolkningsförmåga men också mod att stanna i de svåra stunderna tillsammans med patienten. Den förmågan är för mig något helt annat än partnerskap och att komma överens om en hälsoplan som personcentrerad vård har som nyckelbegrepp. Patienten har i det här fallet knappt en berättelse att prestera. Jag får ta emot frustrerade pysningar och utrusta mig med tålmod. Vara ett ställföreträdande tålmod åt patienten. Härbärgera, stå ut och stå kvar. Det är något annat än partnerskap. Partnerskap låter mer som en affärsöverenskommelse. Och Sven har absolut inget intresse av att ha någon affärsöverenskommelse med mig. Sjukdom är inget man väljer, det faller över en.

Sven uttrycker vid andra tillfällen tankar som handlar om att utan rast och ro bekämpa det oönskade. Kampen han för ger upphov till paradoxer och svängningar i känslor och humör och jag får svänga med. Jag citerar: ”Det här är inte jag! Men jag måste ta tag i skiten. Det är svårt. Jag har klarat mig själv nästan hela livet, eller velat göra det i alla fall och nu gör jag inte det. Jag mår inte bra av att vara så här, det är skit. Men jag vill inte fastna i det. Måste kämpa...försöka... Det är ju inte bråttom – jag har ju inte bråttom. Jag kan ju använda tiden till att sätta mig en stund på rollatorn och filosofera lite. Titta på folk. Ingen kommer ju fråga hur lång tid det tog för mig att gå till Konsum. Jag kommer ju fram.” Jag lyssnar och känner in. Väger för och emot det faktum att Sven inte kommer att kunna gå med rollator igen men i hans kamp verkar det ingå ett förnekande av situationen. Det är inte så ovanligt att den reaktionen finns hos patienter som drabbas av plötsliga och stora livsförändringar. Och det får vara så. Jag säger istället att vi skall börja i det lilla. Med sittande bålbalansträning och lite rörelser för benen och se hur långt vi kommer. ”Bara jag får något vettigt att göra, lite riktning typ.” Men så kommer det också en fråga: ”Någon sa att man måste kunna gå för att gå med rollator, stämmer det?” Jag tittar på Sven. Funderar lite snabbt och en smula häpen över frågan. ”Jo det måste man, man måste kunna gå för att gå med rollator. Den är bara ett stöttande hjälpmedel. Men om vi börjar med balans och rörelseträning så får vi se som sagt.” ”Bra”, svarar Sven. Sedan ber han mig sätta på Tv:n eftersom det är ett sportprogram han vill se. Så vi pratar sport en stund och innan jag lämnar rummet känns det som om vi båda är på rätt gott humör. Men utanför dörren kan jag inte låta bli att känna lite vemod också.

Mina tankar efter detta samtal återvänder till mitt misslyckade första möte med Sven. Det misslyckandet åtföljdes av en skamsen känsla. Den känslan berättade något. Och fick mig

att reflektera och vilja förbättra mig. Jag läser Beauvoir igen. Där finner jag tankar om detta misslyckande som grund för utveckling och behovet av moral. Människans strävan efter det hon aldrig kommer att bli och medvetande om det ständiga misslyckandet fyller enligt Beauvoir livet med liv och moral. Liv med moral. Moralens funktion uppstår på grund av det faktum att fullkomlighet inte kan uppnås – att vi är dödliga – att vi kommer att göra fel. I detta spänningsfält mellan strävan och misslyckande uppstår behovet av moral och utveckling av densamma.¹³⁴ Skulle vi vara fullkomliga eller det mänskliga något av naturen givet ockuperat av naturlagar skulle ifrågasättandet av varat inte behövas. Strävan efter att avtäcka varat är det spänningsfält som uppstår mellan människan som naturvarelse och moralisk varelse på grund av att vi inte är fullkomliga och ständigt kommer att misslyckas.¹³⁵ Så jag och Sven möts i våra olika strävanden att avtäcka varat och båda misslyckas med jämna mellanrum. Vi delar en vilja att försöka bli så hela och hemmastadda som möjligt. Att också utveckla en tolerans för att vi i grunden är sårbara och ofullkomliga. Det där samtidiga i mötet mellan vårdare och patient som deltagarna i den skånska forskningscirkeln talade om som en aspekt av helhetssyn. Att försöka uppnå det som kanske är en utopi men en välvillig strävan mot att den äldre personen skall få känna sig hel, värdig och värdefull *samtidigt* som vårdarbetaren som yrkesmänniska känner sig hel, värdefull och yrkesstolt.

Jag knackar först och trycker sedan ner handtaget för att gå in hos Ellen. Glada, ivriga Ellen. Hon sitter i sin fåtölj med ryggen mot dörren och tittar snabbt bakåt för att sedan vända sig bort igen. Söker efter något att torka tårarna med. Säger omedelbart ”Åh tänk att du skulle behöva komma mitt i det här eländet, stackars dig.” Jag säger ingenting. Sätter mig ner som jag brukar på fotpallen mitt emot. Äsch, det blir en kram. Det går inte att göra på något annat sätt. Men bara en kort en för jag vet att Ellen inte gillar att blöta ner andra med sorg eller ledsenhet. Hur mycket jag än säger att det är okej. Jag ser hur hon tar på sig sin tappra min igen. Sedan pratar vi. Länge. Balansträningsprogrammet får vänta. Hon gestikulerar och vandrar runt bland sina tankar och känslor. Som vanligt tar hon ansvar för mig. ”Hur skall du orka lyssna på sådant här?” Så då pratar vi om det en stund. Jag beskriver att jag ser förtroenden och berättelser om sårbarhet som något man måste förtjäna genom sitt sätt att vara och att jag uppskattar dessa förtroenden. Det de innebär för relationen gör det även lättare för mig att förstå och kanske hjälpa. Jag berättar också att jag lär mig saker. Hon tittar tyst på mig en stund. Klappar lätt på min ena hand. Säger: ”Inte kan väl en gammal kärring som jag lära dig nåt!” Sedan ler hon sitt sneda leende och berättar att hon besökt sin

¹³⁴ Beauvoir, För en tvetydighetens moral, s. 39, 42.

¹³⁵ Ibid, s. 40.

sjukhusläkare i veckan.” Han sade att i augusti var jag riktigt dålig enligt proverna men jag minns inte att jag mådde dåligt eller sämre än vanligt.” Det är november nu. ”Och inte fick jag veta att jag mådde dåligt heller”, säger hon och skrattar lite. ”Mest har jag tappat riktningen i livet. Vart är jag på väg, vad ska jag kroka fast i för att inte bli tokig? Jag vill inte bara sitta här och vänta. Skrumpna!” Det blir en stunds prat om hur hon levt tidigare i livet och Ellen blir upplivad av minnena från sina impulsiva utflykter och infall.

Handlingsutrymmet och orken var annorlunda då men som person är hon fortfarande en längtande äventyrare. Genom samtalet förefaller Ellen knyta band till sin hela person igen. Hennes röst blir livfull, hon sträcker upp sig i kroppen och på något underligt vis fyller hon ut sig själv med sina tidigare år. I alla fall är det min upplevelse. I rapporten *Helhetssyn – att binda samman, avgränsa och leda*, lyftes band fram som en central dimension för att känna sig hel. När livsutrymmet krymper och kroppen krämpas blir det som till slut återstår för att man fortfarande skall känna sig hel som människa banden till sig själv, till sin historia, sina värderingar och sina vanor.¹³⁶ Flera av dem jag möter i ordinärt boende och som har hjälp av hemtjänsten med inköp, tvätt, städ och matlagning, berättar om hur det har blivit viktigt för dem att allt skall stå där det brukar stå, att tvätten hanteras så som de brukade göra det, att maten tillreds så att de känner igen sig. Allt detta för att inte tappa bort sig själva helt och hållet. Att känna band till sig själva och sin historia.

Jag och Ellen pratar vidare om vilken typ av möjliga äventyr som skulle kunna ge henne en känsla av liv igen och jag frågar vad jag kan hjälpa till med. Hon skall fundera. Sedan tränar vi en stund tillsammans. Nästa dag har jag med mig en bild och en text om snusmumriken till Ellen. Jag har sett att hon har en kaffemugg med den figuren. Han passar bra. Ellen är lite som snusmumriken som nästan hela tiden befinner sig på resande fot för att upptäcka världen och finna äventyren.

Kan jag med berättelsen om Ellen checka av de fyra palliativa dimensionerna för helhetssyn? Fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt stöd. Troligen. Om jag hade jobbat med checklistor och hälsoplaner. Om jag istället tänker helhetssyn med betydelsen av att se helheten i delarna och i ett sammanhang känner jag mig mer hemma. När jag också tänjer lite på gränserna för mitt uppdrag, precis som det beskrevs i de två kvalitativa forskningsrapporterna. För mig innebär det att vara generös med mig själv som person, att varsamt använda humor, att involvera patienten i mina tankar om vad vi kan göra, att genom att lära känna patienten också göra insatser som ligger utanför det rent fysioterapeutiska. Att också vara medmänniska. Med små medel kan man komma längre med uppdraget att bidra till

¹³⁶ Blomqvist, s. 22.

hälsa och helhet än med renodlade träningsprogram eller behandlingar. En medalj, ett diplom, en dikt, att bjuda på en sång eller en berättelse. Många gånger får man inom äldrevården lov att arbeta improviserat utifrån de behov som finns för stunden. Ibland går det att göra planer men lika ofta blir det något oväntat av ett möte där jag kanske kom med tanken på en uppdragsorienterad planering men det slutar i en vals. Eller både och.

Vi fortsätter med Ellen. Ellen hade enligt provsvaren ”mått dåligt” men hon kunde alltså inte minnas att hon gjort det vid tillfället då proverna togs. Hon pratade mycket om det. Mystiken med att de kroppsliga processerna lever som ett eget liv, mer eller mindre i det fördolda. Åtminstone så länge det inte ger symtom som hindrar i livet. Hon kände sig nästan som delad i sin kroppsliga helhet. Hon kunde bestämma en del och annat var hon inte kapabel att styra över, framför allt inte det som hade med inre kroppsliga processer att göra. Hälsa tycks alltså för flyktig för att fångas i provrör. Synnerligen gåtfull. Och tystlåten. Som en fördold fond och förutsättning. Men som Gadamer skriver visar sig hälsan med sitt speciella väsen som ett välbefinnande som gör oss företagsamma, upptäcktslystna och som ger möjlighet att klara av ansträngningar.¹³⁷ Min erfarenhet säger mig att sjukdom kan åstadkomma det motsatta. Att vi blir inaktiva, introverta och att ansträngningar blir nästan övermäktiga. Men som naturfenomen är människans biologiska existens också ett krigförande sådant. Med lite andra ord beskriver Gadamer hur en mängd processer, organ och substanser arbetar för att försvara oss när hot om obalans dyker upp.¹³⁸ En armé av välgörare i hälsans tjänst. Och den märks när det blir hård arbetsbelastning.

Men hur stämmer det på Oskar? Som visserligen både är mycket gammal i kronologisk bemärkelse men också relativt fri från sjukdom, i god fysisk form och med bra värden. Ändå har han upplevt ohälsa. Kanske inte en högljudd bråkig sjukdomskänsla men en rädsla för sjukdom, en sorg över förfallet och den annalkande döden. Själva åldrandet som upplevd ohälsa. Och det är just känslan av att allt inte står rätt till som definierar sjukdom enligt Gadamer. Det upplevda obehaget, även om det skulle visa sig att det för medicinens mätta mått inte fattas honom något.¹³⁹ I socialstyrelsens rapport beskrev en av informanterna glappet mellan just illness och disease som skillnaden mellan det som patienten upplever i form av obehag och det som vården definierar som problemet.

Här kanske den palliativa vårdfilosofin innehåller en ledtråd att börja nysta i eftersom Oskars lidande förefaller omfatta dem allihop men hans fokus och det han talar om och får uppmärksamhet kring är det fysiska. De palliativa dimensionerna handlar om fysiskt,

¹³⁷ Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, s. 20.

¹³⁸ *Ibid.* s. 23.

¹³⁹ *Ibid.* s. 70.

psykiskt, socialt och existentiellt stöd. Dessa skall motsvara behov hos patienten. Samtidigt är det ett additivt förhållningssätt, alltså en teknologisk modell som bygger på förståelsen av människan som sammansatt av delar. Men ibland måste en uppdelning göras för att det skall bli begripligt och hanterbart eftersom varje enskild vårdare ofta inte har förutsättningar och tid för att stötta inom dem alla. Men det kan finnas möjligheter om man också inser att helheten finns i varje del. Det är svårt men jag menar att det går att utveckla ett förhållningsätt där man väver ihop dimensionerna över tid. Och att man prioriterar kontinuitet och uppmuntrar det arbetssättet från alla håll. Både ledning och arbetskamrater. Tyngdpunkten hos var och en av dimensionerna kan variera från gång till gång beroende på patientens mest pockande behov men som stöd finns alltid den sammanhållande vävramen. En ram som ser till att ingen dimension tappas bort helt. För Oskar är det viktigt att någon lyssnar, uppmuntrar och tar honom på allvar. Hjälper honom med tips på aktiviteter och handlingar. I sådana möten måste man lyfta blicken från det medicinska.

Oskars existentiella ohälsa dominerar men i den finns alla de andra delaspekterna. Och genom sin kamp fortsätter Oskar att sträva och vilja ett helare jag, en bättre hälsa totalt sett. Genom den strävan verkar Oskar utsträcka sig och ge sig själv en framtid. Och vi som möter honom stöttar på olika sätt beroende vem och vad man är. Gadamer menar att livsprojekt ger illusion om framtid och så länge man inte vet att man inte har någon framtid har man en framtid. Det är en ursprunglig hållning till det egna livet. Bortträngandet av döden är ett uttryck för viljan att leva.¹⁴⁰ Jag tror att Beauvoir menar något liknande när hon skriver att livets villkor innebär att inte förlika sig med misslyckandet, döden, utan att förlikandet, enligt Beauvoir, handlar om att utan rast och ro bekämpa döden.¹⁴¹ En transcenderande rörelse som inte återfaller på sig själv utan riktar sig mot oändligheten, som om döden inte finns.¹⁴² Det jag vidare finner gemensamt för dessa nyss nämnda filosofer skulle jag vilja formulera så här: Vid varje mer omfattande gränspassage i livet måste människan omorientera sig gentemot sin historia och i ljuset av döden, vilket gör att strävan mot att känna sig som en helhet blir till ett oavbrutet och ständigt avbrutet projekt.¹⁴³ Däremellan kan vi genom att förtränga döden vaska fram och knyta ihop delar av vårt liv för sammanhang och mening, för fortsatt rörelse med känsla av balans och helhet. Den ambitionen innehåller hela tiden misslyckanden att förhålla sig till. Misslyckanden i form av alla de utmaningar som kommer med livet. Sjukdom, skada, sorg, förluster, brustna relationer, ensamhet, arbetslöshet, livstvivels, svindlande känslor för

¹⁴⁰ Ibid, s 115 - 116

¹⁴¹ Beauvoir, *För en Tvetydighetens moral*, s. 216.

¹⁴² Ibid, s. 59.

¹⁴³ Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, s. 144.

döden. En mängd händelser och erfarenheter som packas ner i det bagage som vi människor bär omkring på. Att sträva efter helhet är kanske en utopi men förefaller nödvändigt för hälsans meningsfullhet. Helhetssyn på hälsa innehåller trots allt i förlängningen dess motsats eftersom hälsa får ett värde bara i förhållande till sjukdom och död. I det värdet är det möjligt för mening att växa.¹⁴⁴ Genom att ha kunskap och förståelse för dessa villkor för människan kan jag som fysioterapeut bättre tolerera de uttryck som misslyckanden för med sig för patienter. Jag kan placera missnöje och ilska i relation till situation och förstå att det inte handlar om mig som person. Uttryck som ilska, irritation och hårda ord är egentligen riktade mot sjukdomen och lidandet men mot dessa kan inte patienten uttrycka sig. Uttrycket riktar sig därför ofta mot omgivningen. Allt skall man inte tåla som vårdarbetare men mycket kan jag placera just som uttryck för sorg och oro. Den kunskapen ger mig mod att stanna kvar när det gungar även om det emellanåt gungar och brister även för mig. Men att stå kvar ger möjlighet att försöka vara behjälplig i patientens strävan mot omorientering och sökandet efter ny mening. Ett helande eller åtminstone som deltagarna i den skånska forskningscirkeln om helhetssyn beskrev det, ett försök att binda samman de trasiga delarna. Det är ett delande och en samtidighet där patienten strävar efter helhet och vårdarbetaren efter helhetssyn för att båda skall nå framgång i sina strävanden.

Helhetssyn och kronisk sjukdom

Att som vårdarbetare möta människor med kroniska tillstånd är en utmaning. Kronisk låter statistiskt men även kroniska tillstånd förändras i sina uttryck, men ändå. Något har blivit kroniskt. Viljan att hjälpa hos vårdarbetare är ofta stor. Eftersom bot inte längre är möjligt blir andra dimensioner och förmågor inom vårdkonsten viktiga. Naturligtvis finns mycket medicinskt kvar att göra och utveckla för att hålla symtomen i schack. Men det blir också viktigt med förmågor som handlar om en strävan mot helhetssyn och som har att göra med att få hjälp att hantera ett liv med livslång sjukdom. Förmågor som att lindra, trösta och ge förutsättningar för hopp är också syftet med den palliativa vårdfilosofin som vilar på tanken om helhetssyn. Att kunna göra något viktigt fast bot inte är möjlig. Att medverka till ömsesidigt handlande och tal. Gadamer framhåller att det just i sådana möten kommer an på vårdaren att också vårda det själsliga.¹⁴⁵ En stundtals snårig och lång väg mot acceptans tar sin början. Det kommer enligt Gadamer inte att handla så mycket om borttagande utan desto mer om ett nytt infogande, något som han menar egentligen borde vara viktigt vid alla former av störningar. Men jag anser att Gadamers teori om att vara behjälplig med att den sjuke åter

¹⁴⁴ Beauvoir, *För en tvetydighetens moral*, s. 39, 45.

¹⁴⁵ Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, s. 92.

fogas in i livets alla angelägenheter är särskilt viktig för dem med kronisk sjukdom.¹⁴⁶ Kronisk sjukdom kan medföra ett livslångt beroende av andra människor och vårdarbetare. Här blir det avgörande om man klarar av att låta beroendet av andra, och faktiskt varandra, bli en naturlig del av den egna tillvaron. På vägen kan det bli det många möten med sjukvårdsinsatser. Insatser som präglas av och lever genom den medicinska blicken och medicinens språk. I det ligger både möjligheter och risker. Avgörandet utspelar sig inom möjligheten till återförande. Återförande från den upplösning av person som både sjukdomen och den vetenskapliga datainsamlingen ger upphov till. Gadamer reflekterar runt dessa data som samlas in av vårdapparaten med dess olika professionsrepresentanter. Data som sedan plockas ihop för att ge en ”medicinsk helhetssyn”. De data som min arbetskamrat pratade om, att ha koll på alla fakta, diagnoser och mediciner för att kunna ha helhetssyn. I personcentrerad vård pratar man istället om en hälsoplan som skall finnas tillgänglig i journalsystemet för berörd personal som genom den skall kunna erhålla en helhetsbild av patientens hälsotillstånd. Plockas fakta ihop med goda kunskaper och gott omdöme är åtminstone värdena personens egna men Gadamer menar att frågan kvarstår om man genom denna ihopplockning även kan återfinna sitt egenvärde som patient?¹⁴⁷

”Vi saknar både en korrekt medicinlista och en samlad bild av alla diagnoser. Vi måste ha alla fakta för att kunna ha en helhetssyn.” Jag hämtar in citatet från inledningen igen. Jag vill använda det citatet just med tanke på reduktion och avgränsning. I den skånska forskningscirkeln om helhet och helhetssyn i omsorg, vård och rehabilitering av äldre diskuterades bland annat avgränsningens möjligheter för att ha något att förhålla sig till. Deltagarna delade erfarenheter av att avgränsning erbjöd en möjlighet att begripa för att kunna gå vidare. Bara man är medveten om att det är en avgränsning med gränser som behöver belysas och förmodligen flyttas. Avgränsningen sågs som en förutsättning för fortsatt utveckling.¹⁴⁸ Jag förmodar att kroniska tillstånd är av karaktären att gränser måste flyttas när väl den inledande kartläggningen är färdig eftersom man skall infogas i livet igen. Bli en person igen. Ett återförande från vad till vem. Från en medicinsk kartläggning av diagnoser, mediciner och behandlingar till att bli en person i ett större sammanhang igen.

Ofta är orden vår begränsning i att beskriva vem någon är och särskilt det medicinska språket begränsar. Det blir, som Arendt menar, en uppräkningslista av egenskaper som hellre pekar på *vad* någon är än *vem* någon är.¹⁴⁹ Och precis som Buber återkommer Arendt till

¹⁴⁶ Ibid, s. 94.

¹⁴⁷ Ibid, s. 97.

¹⁴⁸ Blomqvist, s. 28.

¹⁴⁹ Arendt, s. 240.

svårigheten att nå åtkomst till människans väsen. En aktivitet som ändå behöver fortgå i strävan mot en känsla av helhet. Ett oavbrutet och ständigt avbrutet projekt. För en första medicinsk kartläggning behövs dock en inledande bild av en mängd fakta och data som handlar om vad. De orden och det språket är inte så länkade till livsvärldens språk som handlar om det liv som skall levas sedan sjukdom är utredd, definierad och eventuell behandling är inledd. Men människans existens och väsen har ett annat språk. Max van Manen formulerar denna svårighet och samtidiga avgränsning som kan uppstå när fenomen bekläs med ord. ”In the act of naming and gaining knowledge, we cannot help but rob the things that we name of their existential richness.”¹⁵⁰ Men en avgränsning genom att dela upp och sedan integrera kunskapsområdena om människan kan ändå, enligt Gadamer, leda mot ett större vetande. Det kräver dock att man är medveten om de fördomar som framspringer ur de olika kunskapsområdena. Det önskvärda förefaller vara en odogmatisk syntes i hermeneutisk anda.¹⁵¹ I fallet med kroniska tillstånd ger det enligt min uppfattning en öppning för infogande genom ett eklektiskt förhållningssätt. Från olika kunskapsområden hämtas handlingsstrategier in i mötet som sedan kan bli till tröst, lindring, hopp och omorientering för ett vidare liv. Som jag skrev tidigare är inte ens kroniska tillstånd kroniska utan förändras över tid och även det egna förhållandet till det kroniska. Ett succesivt införlivande och så småningom förhoppningsvis en acceptans av förändringen. Men om vi möter det kroniska tillståndet hos en människa med enögd kunskapssyn kommer vi snarare att framhäva dysfunktion. En mer pluralistisk samtalsgrund kan medföra att andra livsaspekter lyfts fram. Den kan bli till hjälp för att se det som fortfarande fungerar eller kanske till och med frambringa lust att prova något nytt utifrån sina förändrade förutsättningar. Som fysioterapeut måste jag lyfta blicken från de traditionella insatser som beskrevs i boken *Fysioterapi i palliativ vård* och komplettera de kroppsligt och tekniskt orienterade insatserna med en lyhördhet för vad som kan vara framåtsträvande i stunden. Och det kan vara rörelse.

Huvudet, halsen ja hela bålen liksom sträcker sig framåt, uppåt när vi kommer. Ögonen öppnas lite mer. En arm höjs sakta. Ett finger sträcker sig upp i luften från den höjda armen och vill på något viss fånga in möjligheten. ”Ska vi gå nu?” Längtan efter rörelse syns i hela Harriet. Vi förbereder med rollator och bälte. Harriet flyttar lite längre fram i rullstolen. Det är svårt. Hennes kropp är stel, lite krokig, långsam och försvagad. Men glöden i ögonen är bergfast. Det tar en stund för Harriet att resa sig upp. Det tar två försök. Men så står hon upp lite prövande och svajande. Vi repeterar mantrat ”Brett isär med fötterna och blicken uppåt,

¹⁵⁰ Manen van, s. 21.

¹⁵¹ Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, s. 167.

brett isär med fötterna och blicken uppåt.” Det brukar inte gå så bra men på något konstigt vis går det ändå. Trots att jag från början tänkte att hon kommer att snubbla på sina egna fötter så lyckas hon tråckla dem förbi varandra. Och hon går. På sitt sätt och med stöd, men hon går. Inte så långt och med sittande vilopaus, men hon går. Det här är ingen gångträning med målsättning till förbättring. Det är en aktivitet och handling som är ett mål i sig själv. Att gå har varit ett livselixir och mening för Harriet. Genom att jag känner hennes historia vet jag hur viktigt det är för henne att gå. Gå för att känna sig så hel som möjligt. Det handlar delvis om en stunds återförande genom en rörelse med mening och igenkännande av sig själv. Att skapa band till sig själv. Harriet behöver mig för sitt handlande. Just denna handling skulle hon förlora om hon inte fick interagera ihop med någon som kan stötta så att hon inte ramlar. Jag blir nyfiken på handlingens meningsbärande betydelse.

Boken *Människans villkor*, av Hanna Arendt, har underrubriken *Vita activa – det aktiva livet*. Ett aktivt liv består av arbete, tillverkning och handlande. I det aktiva livet är människan en social varelse som deltar i samhällets aktiviteter och processer. En omfattande betraktelse över grundvillkoren inleds i boken med ett klarläggande över innebörden i vart och ett av dem. Arbete är en verksamhet som säkrar individens och släktets överlevnad. Det omfattar allt som har med de biologiska processerna att göra och som arbetet skapar för att säkerställa näringstillförsel till den levande organismen. Arbetets grundvillkor är livet självt.¹⁵² Tillverkning omfattar den produktionsprocess vars resultat är alla de ting som människan anser sig behöva och som skiftar beroende på historisk tidpunkt. Tillverkningen ger enligt Arendt upphov till en värld av ting. Artificiella ting som olikt naturen inte slits ut av livsprocesser. Det tredje grundvillkoret är *handlandet*, en verksamhet som utspelar sig mellan människor. Att ha förmågan att handla är att göra sig gällande i världen.¹⁵³ Handlandet är enligt Arendt meningsbärande och utan det skulle det inte bli något liv utan ett livslångt utdraget döende. Arbete och tillverkning kan andra utföra utan att man blir mindre människa men utan handling urholkas existensen till en endimensionell kopia av människan som väsen.¹⁵⁴ Utöver dessa grundvillkor skapar människan egna villkor. Villkor som betingar människans liv i samma utsträckning som naturliga ting. Den värld som det aktiva livet utspelar sig inom består väsentligen av ting som människan skapat.¹⁵⁵ Handlande är något som är intimt förknippat med mänsklig samvaro och Arendt kopplar detta vidare till talet. Men uppfattningen att talet och handlandet förstås som närliggande och beroende av varandra

¹⁵² Arendt, s. 33.

¹⁵³ Ibid.

¹⁵⁴ Ibid. s. 232 - 233

¹⁵⁵ Ibid. s. 35.

är inte unik för Arendt. Det är en historisk uppfattning och övertygelse, en självklarhet som man finner redan hos Homeros.¹⁵⁶ Med handlingar och ord infogar vi oss i människornas värld som fanns redan innan vi föddes. Om detta är Arendt och Hammarén överens. Hammarén säger att vi växer in i världen genom andra människor, en värld som låg färdig när vi kom, färdig att tas vid av nästa generation. Vi påverkar, förändrar och lämnar den möjligen i ett annat skick när vi går. Mellan komma och gå verkar vi i den världen tillsammans med andra verkande och handlande.¹⁵⁷ Arendt hävdar att det inte finns något annat mänskligt utövande som erfordrar ord i så hög grad som handlandet. I alla andra verksamheter spelar ord en underordnad roll. De är oftast uteslutande informativa eller också ackompanjerar de ett förlopp som lika gärna skulle kunna avlöpa under tystnad.¹⁵⁸

Jag håller endast delvis med om detta. Vissa skeenden under ett möte, ett handlande, kan ske ordlöst men saknar inte språk. Arbetar man inom äldreomsorgen lär man ofta känna patienter över tid och då kan tystnad vara talande på sitt eget sätt. Ett uppmärksamt sätt att vara närvarande genom en överenskommelse om vad som skall göras. Tillsammans. Som Harriet och hennes gångträning. Hon går fast det ser omöjligt ut. Hon går för att gå. En handling som har en mening som handling utan att vi behöver tala. Hon behöver hjälp med den handlingen men inte så många ord. Mellan oss finns under promenaden en ordlös kommunikation, ett kroppsligt tal. Och jag tänker på Emma, en relativt ung kvinna med lång erfarenhet av att träna sin kropp, som drabbats av en muskelsjukdom. Hon har varit svårt sjuk och länge vistats på sjukhus. Hon kom till oss med en tracheostomi, ett rör insatt genom framsidan av halsen för att kunna andas. Hon kan inte heller äta något via munnen. Ibland använder hon en talventil som appliceras på tracheostomin men endast korta stunder. Annars skriver hon, gestikulerar och använder mimik. Det slog mig häromdagen, då vi gångtränade med avbrott för några stationer med styrketräning för benen, att vi genomförde träningen i cirka 20 minuter utan att hon talade med ord men jag upplevde att hon hade gjort det. Men jag möter också dem som har större behov av språkliga ord. Kurt, en man som jag träffat regelbundet under ett år för balans- och rörelseträning. Han tycker om att samtala om livet, om att vara människa, om poesi och historia. Träningen blir på något vis en biljett till de samtalen. Den är inte så viktig i sig. Det är en annan slags rörelse som tilltalar honom i ett sent skede i livet. Vid några tillfällen har Kurt sjungit Taubevisor för mig och en gång blev det försiktig vals av det hela. I den dansen var det märkligt för mig att notera en kroppskontroll som inte fanns annars. Senast vi sågs berättade han att han funderat på om han

¹⁵⁶ Ibid. s. 54.

¹⁵⁷ Maria Hammarén, *Språkfilosofi för personligt bruk*, Stockholm: Santérus, 2009, s. 37.

¹⁵⁸ Arendt, s. 236.

skulle låta det kroppsliga förfallet ha sin gång och istället ägna sig ännu mer åt samtal, poesi, att erinra sig texter och melodier, att låta själen flyga lite friare. Jag berättade om Cicero och hans tankar om ålderdom och det som kan bli positivt med att åldras. Ciceros framhållande om att minskade möjligheter till fysiska njutningar kan ersättas med filosoferande, samtal och ett intresse för det estetiska. Kurt log. Sedan tillade han att han ändå ville att jag skulle komma tillbaka nästa fredag. Han var inte säker på det där med det kroppsliga. Jag gick därifrån med många funderingar om hälsa och helhet. Att hälsa och helhet förmodligen är en mängd olika typer av rörelser i livet. Jag insåg att jag fortfarande tänker så mycket på rörelse som något enbart neurofysiologiskt, biomekaniskt. Åtminstone när jag agerar som fysioterapeut. Nu fylldes begreppet av en betydligt vidare syn på rörelse och vad det kunde vara. Och jag som fysioterapeut kan stimulera en mängd typer av livsrörelser. Jag smakar på orden existentiell rörelseträning. En rörelseträning som är öppen för fler typer av rörelser än de som sker i kroppens leder.

Helhetssträvan, aktiviteter och moraliska utmaningar

Den existentiella rörelseträningen kan ses som en livslång strävan efter att avtäckas varat på olika sätt. I det sammanhanget finner jag det intressant med en kort fördjupning kring den existentiella aktiviteten och i förhållande till moral eftersom moralen uppstår för att inte den enes avtäckandeaktiviteter skall inskränka på andras. Men vad händer när det finns normer för hur detta avtäckande skall gå till som till exempel inom sjukvården?

Jag drar mig till minnes, erinrar för att använda Gadamer's språk, en berättelse som blev en ögonöppnare för mig för ungefär 20 år sedan. En sjukhuspräst berättade om en ung man, vi kan kalla honom Johan, som kom till honom och frågade om han ville gå med honom hans sista bit i livet trots att han inte trodde på Gud. Han hade ingen annan att ställa en sådan fråga till. Johan vårdades med jämna mellanrum på sjukhuset och personalen kom efter några månader till prästen och berättade att de var oroliga, att de inte trodde att Johan hade förstått hur sjuk han var, hur lite tid som var kvar. Personalen berättade att Johan tillbringade mer tid på krogen än han gjort tidigare, ett beteende som inte låg i linje med hur man ska bete sig när man snart skall dö, eller? Prästen hade svarat att det var precis det Johan förstått, att han snart skulle dö. Han älskade att vara på krogen, vara med i musik-quiz och se på fotboll med polarna. Han ville göra mer av det så länge han kunde. Det finns så många tankar och uppfattningar om hur en ”bra” patient skall uppföra sig och leva. Uppfattningar som lever inom vårdinstitutionerna och seglar under godhetens flagg.

Jag läser Beauvoir igen som beskriver hur människans projekt och mål är aktiviteter och handlingar genom livet med syfte att avtäckas varat. Varat är människors gemensamma

grundläggande tillvaro och väsen och åtkomsten till full kunskap om den är alltid en brist, en evig ofullbordad. Bristen på förståelsen av varat och människans vilja att avtäcka det är själva existensen. Existensen är det sätt som försöken att avtäcka varat visar sig genom. Men varje åtskild existens kan samtidigt vara förenad med andra genom att skapa lagar giltiga för alla, för varandra.¹⁵⁹ Ett moralens sammanhållande av delar till en helhet där helheten finns i varje del. Genom att moralen hela tiden blir till genom avtäckandet av varat kan vi dela strävan efter att avtäcka själva existensen. Moralerna blir ständigt till för att den enes handlingsfrihet inte skall inskränka på den andres och en gemensamt delad strävan blir möjlig. Det är således också en samtidighet som fylls med respekt för den andra. I den skånska FoU-rapporten var samtidighet det viktigaste fyndet i relation till helhetssyn i praktiken. En uppövad praktisk etik och inte en mätbar metod.

Frågan om moral får mig att fundera över mötet med patienten och svårigheten att i en delad strävan upprätthålla en moral som inte inskränker den andres frihet och övergår till moralism. Har medicinen en egen moral med normer för hur man ska vara och göra när man är sjuk och döende? I *Livet nära döden* beskrivs en norm kring det ”goda” döendet och hur en döende patient bör uppföra sig för att inte bli en ”besvärlig” patient. Den senmoderna döden innebär att patienten förväntas uppföra sig som teorier kring sorg och lidande presenterar.¹⁶⁰ De som Kübler-Ross lade fram. Karlsson beskriver i sin avhandling att personal verksam inom palliativ vård framhöll att patienten inte alltid kan avgöra vad som är det bästa för henne eller honom. Patienterna delades in i kategorierna bra respektive besvärliga utifrån personalens tillit och möjlighet till kontroll över hur patienten levde, följde råd och regimer och gick att lita på i hanterandet av sin sjukdom. Det var uppenbart en asymmetrisk relation med en medicinsk blick på den sista tiden av livet.¹⁶¹

Hur kan man som vårdare verka för att låta helheten ta tillräcklig plats och undvika integritetsöverträdelser och enögd moralism? Aktiviteter och strävan efter att på något vis avtäcka sin egen existens eller åtminstone känns igen sig som existens är för de flesta det som ger mening åt tillvaron. Som vårdare är det värdefullt att ha funderat över sin egen existens och försöka tillägna sig en reflexiv förmåga. I mötet med den andre måste jag ha ett öga riktat mot mig själv och ett mot den andre för att inte gå vilse i frågan om för vem handling utförs. Det leder mig tillbaka till Gadamer och hans tolkning av Aristoteles kunskapsbegrepp *fronesis*, praktisk klokhet. Han beskriver det som ett etiskt vetande där man vet vad den konkreta situationen kräver av en och man själv är omedelbart berörd av det man får kunskap

¹⁵⁹ Beauvoir, *För en tvetydighetens moral*, s. 41, 49.

¹⁶⁰ Karlsson, s. 50.

¹⁶¹ *Ibid.* s 154, 184.

om. I ett mellanmännskligt möte, en handlingssituation, angår den andre min praxis direkt och med moralisk förpliktelse.¹⁶² Kopplar jag det till resonemanget om moral finner jag det nödvändigt att även tydliggöra vikten av reflexivitet i relation till handling. Att ofta fråga sig själv för vem handlingen utförs? Hur ser jag den andre? Vilka fördomar ligger i vägen?

Tala, handlande och helhet

Jag antar att det nästan aldrig finns renodlad polaritet mellan handlande som görs *för mig* och handlande som görs enbart *för den andre*. Jag tänker mig att det är en mixtur grumlad av och grundad i den kontext som vi (vårdarbetare och patienter) befinner oss i när vi möts på en arena som inte är helt hemma för någon av oss. Kanske kan vi närma oss det hela om vi tar samtalet på allvar, inte som en artig gest för att inleda en bedömning eller behandling. Inte bara som ett spackel för att jämna ut och bana väg. Och inte heller som något inövat där vårdaren äger dagordningen även om anamnesen vid första mötet naturligtvis är viktig eftersom den ger patienten möjlighet att dra sig till minnes och berätta med egna ord.¹⁶³ Samtalet är, som Gadamer menar, så mycket mer. I de ord och begrepp som används i samtalet finns erfarenheter nedlagda och de klingar i ord och formuleringar. Gadamer fortsätter med att lyfta fram samtalet på ett sätt som innebär att det kan dra in båda parter så att ingen egentligen leder utan samtalet leder. Han hävdar samtalets potential i att i sig själv vara en behandling som kan leda till tillfrisknande.¹⁶⁴ För mig blir då samtalet som en läkande kraft, en skapare av relation och något pågående, ett projekt som riktar sig framåt, mot nästa samtal. Det kan fungera som en samlande kraft som omringar och genomsyrar delarna. Lämnar något att ta fasta på vid nästa möte. En förnimmelse av en rörelse.

”Jag kan inte fatta att jag som är så rädd för nålar sitter här med tio akupunktur nålar i axlarna! Och att det fungerar! Efter andra gången kunde jag lyfta kaffekoppen till munnen för första gången på länge. Den morgonen grät jag. Det var så underbart. Jag kunde borsta håret också. Självt.” Jag snurrar lite på nålarna. Det ingår i behandlingen att stimulera punkterna. Jag står bakom Greta och utför samtidigt mjukdelsbehandling på ömmande muskelfästen en bit från nålarna. Vi ömsom samtalar, ömsom vilar i tystnad. Den här gången kommer det efter en stund en berättelse om något som präglat patienten hela livet. Det är en stark berättelse om att vara önskad och sedan illa behandlad. Hon berättar om sitt livslånga dåliga självförtroende och tårar som lätt tränger fram eftersom hon stoppat undan sin ilska långt ner i

¹⁶² Hans-Georg Gadamer, ”Återerövrandet av det hermeneutiska grundproblemet”, Klassiska texter om praktisk kunskap. Red. Jonna Hjertström Lappalainen, Huddinge 2015, s 169 – 171.

¹⁶³ Anamnes betyder att patienten berättar sin sjukhistoria, sitt sjukdomsförlopp. Ursprunget kommer från grekiskans anamnesis, erinran, hågkomst.

¹⁶⁴ Gadamer, *Den gåtfulla hälsan*, 48 - 51.

själen. Jag lyssnar, ställer lite frågor och pratar om livet som blir både så olika för oss alla och hur vi samtidigt delar upplevelser av svårigheter av olika karaktärer. Sådant som kan förena oss i handlande och samtal. Dela något grundläggande med att leva ett liv. Greta berättar att hennes dåliga självförtroende ofta ligger i vägen för att ta emot hjälp, att vara en belastning eller att be om saker. Vårt samtal fortsätter. Efter en stund säger hon: ”När jag sagt allt det här så känns det bättre på något vis. Då vet du lite mer om mig, hur jag är liksom. Det känns lättare när du vet. Jag känner mig faktiskt inte lika besvärlig.” Och så fortsätter hon prata och berätta, visa kort från förr och nu. Jag får använda stor diplomati för att avrunda samtalet och ila vidare till nästa patient. Att förlösa samtal kan också rendera avgränsningsbekymmer. Jag har ofta svårt att avbryta så jag behöver träna mycket på konsten att runda av på ett snyggt sätt. Men nu behöver jag Arendt för att reda ut detta med tal och handlande och dess betydelse.

Enligt Arendt är ett liv utan tal och handlande inte ett liv utan ett utdraget döende, något jag nämnt tidigare.¹⁶⁵ Arendt menar att genom att tala och handla åtskiljer sig människor aktivt från varandra istället för att bara vara olika, båda framträder genom aktiviteterna. Skillnaderna blir begreppsliggjorda och synliga. De två aktiviteterna, handla och tala, är de sätt med vilka vi kan få det mänskliga att uppenbara sig.¹⁶⁶ De förutsättningarna och om mötet tas på allvar, kan skapa en grund för ett bättre hanterande av det moraliska dilemmat, det moraliska dilemmat som handlar om godhet för vem. Genom samtalet, att tala samman, tydliggörs den andre för mig och jag för mig själv. *Vem som vill, vet och kan vad*. Som jag skrev tidigare: ”Jag tänker på risken att utöva ett alltför paternalistiskt förhållningssätt och slingra sig ur egoismfällan som lätt slår igen när man vill vara duktig, duglig och göra rätt. Kort sagt att, att alltid fundera över för vem gör jag detta och varför?”

Samtalet bär åtminstone på möjligheten till detta. Men som med många andra förmågor grundade på erfarenhet och kunskap krävs träning och reflektion. Och mod. Min reflektion angående samtal mynnar vidare i en tanke om att ordet *och* är centralt här. Tal *och* handlande. Men ibland kan handlingen vara tal och ett gott samtal kan alltså vara en handling i sig. Intimt förknippad i en emellanåt oskiljaktig allians.

I inledningen skrev jag att jag blev nyfiken på dilemmat som kan tänkas uppstå när medicinens och vetenskapens språk möter livsvärldens språk. Det människor gör, får kunskap om och upplever är enligt Arendt meningsfullt i den mening att det går att tala om.¹⁶⁷ Det som kan överbrygga det som ligger mellan två subjekt kanske vi kan kalla samtalskonst, en konst

¹⁶⁵ Arendt, s. 233.

¹⁶⁶ Ibid. s. 232.

¹⁶⁷ Ibid. s. 29.

som inte är en teknik utan ett meningsbärande språk. Ett språk, som precis som helhetssyn inom palliativ vård, vilar på en grund av flera byggstenar och dimensioner. Jag tänker på konsten att lyssna, att vara närvarande, en utvecklad känsla för närhet och distans, att våga vila i tystnad, modet att benämna och beröra med mera. Med detta sagt bör det också sägas att det emellanåt kommer att misslyckas. Det är inte ofta det går att tillämpa generella regler på det mellanmänniska och för att uppöva en repertoar av konstfärdigheter på det mellanmänniska området behöver man tillåta sig själv att misslyckas och få tillåtelse av andra och sig själv att fortsätta försöka. Ett enda ord kan stjälpa ett samtal. Men ofta har goda samtal en terapeutisk verkan.

Arendt argumenterar vidare för att systemet med relationer människor emellan finns i ett ”mellan” som uppstår ur själva orden och handlingarna, ur det levande talet och handlandet.¹⁶⁸ Trots att detta mellan är ogripbart, omöjligt att förtingliga, är det inte mindre verkligt än den synliga tingvärld som vi omger oss av. Arendt kallar denna verklighet de mänskliga angelägenheternas väv av relationer där vävmetaforen är tänkt att göra fenomenets ogripbarhet rättvisa.¹⁶⁹ Allt handlande och tal syftar till att ådagalägga, det vill säga lägga i dagen och klarlägga individen. Låta individen skymta fram mer eller mindre. Men precis som Arendt själv framhåller kommer människans väsen förmodligen aldrig att gå att definiera eller klarlägga och ådagaläggandet förblir därmed ett omöjligt men nödvändigt projekt.¹⁷⁰ Som jag tidigare skrev formulerar Gadamer strävan mot helhetssyn på sig själv som ett oavbrutet och ständigt avbrutet projekt.¹⁷¹ Detta mellan som Arendt lyfter fram finner jag även hos Martin Buber. Han ger fenomenet benämningen mellanvarat. ”Bortom det subjektiva, hitom det objektiva, på den smala kam på vilken du och jag möts, där är mellanvarats rike.”¹⁷² En närmast lyrisk beskrivning av den osynliga väven som binder samman och håller isär. Genom Buber får vi också en återkoppling till samtalet och handlandets mening mellan två subjekt. Enligt Buber kommer människan aldrig, hur djupt hon än dyker i sig själv, någonsin att kunna finna ett absolut vara. Endast genom förhållanden till andra kan människan bli hel.¹⁷³ Till skillnad från Buber tänker jag inte absolut hel utan helare. Men jag vänder åter till mötet, handlandet och samtalskonsten. De tinglösa fenomen som formar de mänskliga angelägenheternas väv, som utspelar sig i mellanvarats rike. De fenomenen förefaller grundläggande för både liv och mening. I mötet ges förutsättningar för att bli till som

¹⁶⁸ Ibid. s. 242.

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ Ibid. s. 240.

¹⁷¹ Gadamer, *Den gåtfulla hälsan* s. 144.

¹⁷² Buber, *Människans Väsen*, s. 153.

¹⁷³ Ibid, s. 95.

människa och i samtal och handlande kan oavbrutet ny mening och förståelse ta plats trots ständiga misslyckanden. För mig som yrkesperson gäller det att möjliggöra och uppmuntra till detta. Genom mitt sätt att möta och samtala kan jag ge förutsättningar för hopp och ett fortsatt aktivt liv för patienten. Men det är kunskaper och förmågor som är svårfångade i manualer och om man ändå försöker fånga dem, riskerar de att stelna och tömmas på mening. Här passar det bra att gräva lite djupare i begreppet *fronesis* – praktisk klokhet eftersom *fronesis* handlar om förmågor och kunskaper som är essentiella inom vårdkonst men svåra att mäta och formalisera.

Kunskapsformen Fronesis – Praktisk klokhet

Aristoteles gjorde för drygt 2300 år sedan en uppdelning av kunskap i fem former varav en är *fronesis* – praktisk klokhet, det goda omdömet. Den formen av kunskap, menar Fredrik Svenaeus, är ”en personligt erövrad kunnighet som tagit plats hos individen - och i den mänskliga gemenskap där han eller hon handlar – och den utövas på ett intuitivt sätt”.¹⁷⁴ *Fronesis* handlar om blixtsnabb tolkning och överläggning. Om att uppfatta det unika och individuella i en mellanmänsklig praktik och samtidigt känna igen sig från liknande erfarenheter. Svenaeus framhåller att *fronesis* har sin hemvist i den levda kroppen, i den uppövade känslan och förmågan att möta andra människor i språk och handling.¹⁷⁵ Jag uppfattar att *fronesis* förmår fånga det som inte låter sig fångas i manualer, checklistor, metoder eller värdegrunder. Enligt Christian Nilssons tolkning av Aristoteles *Den Nikomachiska etiken*, handlar inte *fronetisk* kunskap om huruvida vi skall handla eller ej. Det handlar om *hur* vi skall handla eftersom vi redan står i en situation när vi tillämpar *fronesis*.¹⁷⁶ Nilsson beskriver vidare att *fronesis* inte kan sammanfattas i några allmängiltiga satser som kan glömmas bort. *Fronesis* är snarare en omdömeskraft som existerar i rörelse och som inte kan glömmas vilket leder Heidegger att peka på att *fronesis* har släktskap med samvetet just på grund av att den inte kan underkastas glömskan. *Fronesis* beskrivs därför som ett samvetsgrant handlande, en klokhet med uppmärksamhet och omsorg.¹⁷⁷ I den beskrivningen blir det för mig tydligt att det är sammanflätade kunskaper som försätter mig i en särskild och förvärvad handlingsposition. Det förvärvade handlar om en möjlighet till handlingsalternativ grundat på erfarenhet, reflektion och träning, inte en medfödd talang.

¹⁷⁴ Fredrik Svenaeus, ”Vad är praktisk kunskap?”, *Vad är praktisk kunskap?* red. Jonna Bornemark och Fredrik Svenaeus, Huddinge: Södertörns högskola, 2009, s. 13, 20.

¹⁷⁵ Ibid. s. 27

¹⁷⁶ Christian Nilsson, s. 48.

¹⁷⁷ Ibid. s. 49 - 50

Med *fronesis* i bagaget funderar jag över alla beskrivningar och definitioner av vad som kan utspela sig i ett mellanmännskligt möte och ord som används ute i vårdvärlden för att berätta om viktiga kvalitativa ingredienser och vänder mig till Maria Hammarén. Jag gör det eftersom det ofta är lätt att använda ord utan omsättning i handling. Ord som handlar om handling. Som till exempel helhetssyn. Hammarén gör i boken *Språkfilosofi för personligt bruk* en reflektion över språkliga begrepp som abstrakta definitioner i kontrast till handlingar. Hon använder orden vidsynthet och medmännisklighet som i sina konkretioner är en utövande relation till världen och relationen existerar som ett sätt att vara och bli till i mötet med det som ligger utanför oss själva. Världen blir handlingspåbudande i vår förbindelse med den.¹⁷⁸ Men om och hur vi uppfattar detta handlingspåbudande beror med stor sannolikhet på hur vi ser och förstår världen. Vad vi har med oss in i mötet just då och i den situationen. Detsamma gäller för hur vi förstår de språkliga begreppen som handling. Att kunna definiera ett begrepp är inte detsamma som att leva ett begrepp. Hammarén hävdar att språkförmågan ofta lurar oss att tro att vi behärskar begrepp om vi kan definiera dem och räkna upp kännetecken. Begrepp verkar alltid avgränsande i någon mån och det kommer alltid att finnas något som begreppet i sig missar, något som flödar över, som bor i en skickligt utförd handling. I min sjukvårdsvärld finns gott om ord och begrepp med inneboende mening som riskerar att urholkas och misstolkas om de stannar på papper och i datorer. Jag tänker främst på verksamhetsplaner, checklistor, journalens sökord och värdegrunder för organisationen. Och naturligtvis ordet helhetssyn. Begrepp är mer som representationer av handlingar men de är inte handlingar och språnget, omdömeskraften och uppmärksamhetskänslan är centrala i omsättningen av begrepp.¹⁷⁹ Samtalsmanualer eller andra manualer som arbetats fram för en mer personcentrerad vård kan vara till nytta ibland men vill man uppnå verklig personcentrerad vård behövs något mer, något som växer fram i mötet med den andre och dennes behov. Som praktisk klokhet, *fronesis*, Det är absolut en nödvändighet att försöka beskriva och begreppsliggöra vad det handlar om men det är en kunskapsform som bara till delar kan fångas i text. Det är, som Svenaeus skriver, en kunskap som tar plats i den levda kroppen och som ständigt utvecklas och förfinas genom träning, reflektion och engagemang.

¹⁷⁸ Hammarén, *Språkfilosofi för personligt bruk*, s. 47.

¹⁷⁹ Hammarén skriver på sidan 40 om omdömeskraften – språnget. Vi måste alltid ta ett språng. Precisa regler kan vi bara utforma i efterhand när förloppet är känt och åtkomligt. I stunden ligger situationens gestalt i mörker. I en fotnot utvecklar Hammarén vidare angående begreppet språng. Kant har skrivit om det och kallade det omdömeskraft. Kant knöt det till en nedärvd, intellektuell utrustning men Wittgenstein knöt handlingsomdömet till något som utbildas mellan människor, i praxis. Jag tänker att i den påbudande situationen och genom erfarenheter av liknande situationer behöver jag våga språnget och göra det som krävs av mig just i stunden. Följa konventioner men på ett nytt sätt.

Människans väsen och försöken att se helheten

Så långt människans villkor. Villkor som betingar människans existens och kanske även hennes väsen. Människans villkorade väsen är som vi hittills förstått något vi har svårt att få grepp om för att inte säga omöjligt. Ändå är det ett projekt som upptar människan mer eller mindre. Kanske mer ju äldre man blir. Det som delas av alla, det som kallas väsen, är alltså villkorat som existens men också med en frihet att utifrån grundvillkoren skapa egna villkor som då kan variera från individ till individ, från familj till familj och samhälle till samhälle över tid. Jag stämmer träff med Martin Buber, som skrivit boken *Människans väsen*. Det mänskliga livet, enligt Buber, har sin absoluta innebörd genom att det faktiskt överskrider sina egna begränsningar i en dialogisk karaktär till andra. Dialogen – relationen är avgörande. Människan kan inte bli hel i förhållande till sig själv utan endast i förhållande till andra.¹⁸⁰ Jag påminner åter om mitt eget förhållande till hel. Jag anser att det inte är möjligt att tala om hel men förmodligen helare. Hel är det omöjliga men samtidigt nödvändiga mänskliga projektet. Att vilja sträva mot ett helare jag är att sträva mot just den utopiska helheten. Här framträder för mig helhetssyn som en strävan mot något helare utan att någonsin nå fram eller greppa det fullt ut. Kanske behövs andra begrepp? Buber spinner vidare på dialogen och menar att den andre förmodligen är lika begränsad och villkorad som en själv. I äkta samvaro erfars likafullt något ovillkorligt och obegränsat.¹⁸¹

Här uppstår ännu en tveksamhet från min sida. Den handlar om äkta samvaro. Och i relation till professionsutövning inom yrken där utövandet rör det mellanmänskliga. Äkta samvaro är för mig något man bygger upp och ihop över tid och som två subjekt som möts på ungefär lika villkor och med en ömsesidig vilja att skapa en äkta samvaro. Ett genuint intresse för varandra som människor. Jag misstänker att det är betydligt svårare i sammanhanget sjukvård och äldreomsorg. Relationen är asymmetrisk, båda är i roll och den ena med ett uppdrag från sjukvårdsorganisationen. Men vill man bli bättre på praktisk klokhet och utveckla ett omdöme och en omsorg om sina handlingar till gagn för den andre är det eftersträvansvärt att komma så nära en sådan samvaro som möjligt. Ofta genom att våga och vilja vara personligt professionell. Förståelse för människans väsen verkar hur som helst inte helhetligt möjligt. Oavsett strävan och kvalitet på samvaro. Genom sitt undersökande av människans väsen kommer Buber fram till ett resonemang med Sören Kierkegaard och konstaterar att människan förefaller vara en gränsvarelse. Söker man kunskap om människans

¹⁸⁰ Martin Buber, *Människans väsen*, s. 94 - 95

¹⁸¹ Ibid. s. 95.

väsen kommer man i bästa fall fram till ett vetande om var människans gränser går. Inte en förståelse av människans väsen.¹⁸²

Vi backar till resonemanget om omsorg. Omsorg som sådan är inte en ömsesidig relation enligt Buber. Omsorg bygger på att den ena vårdar och avhjälper bristen hos den andre. Den enas omsorgsfulla hjälp synliggör bristen hos den hjälpbehövande.¹⁸³ Enligt min erfarenhet kan det också vara så. Men det kan även vara möjligt att minska den asymmetrin. Beroendet behöver inte vara en tydlig brist men det tydliggör en asymmetri. I resonemanget om beroende blir det intressant att bjuda in Arendt, och enligt henne, ett av människans grundvillkor. Det Arendt kallar arbete. Arbete som omfattar allt som har med de biologiska processerna att göra för individens och artens fortlevnad. Som beroende av omsorg är man alltså tvungen att få hjälp med mycket av det arbetet. Det blir utlagt ofrivilligt på en eller flera andra personer. Det kan vara svårt att acceptera detta och vänja sig vid att vara utelämnad gällande det mest basala till inledningsvis okända människor. Jag menar att verklig vårdkonst handlar om att upprätta relation, utjämna asymmetri och kanske till och med närma sig äkta samvaro för att möjliggöra en värdighet hos den andre som människa. Buber fortsätter också mycket riktigt med att det inte är omsorgen utan en äkta relation mellan människa till människa som är det ursprungliga i tillvaron. ”I *blotta* omsorgen förblir människan väsentligen hos sig själv.”¹⁸⁴

Enligt Buber finns i en äkta relation ett närvarogörande av den andre. Det närvarogörandet uppstår när man i den egna existensens hemlighet erfar den andra existensens hemlighet, en existentiell delaktighet i varandra.¹⁸⁵ Jag uppfattar det som ett delande av det svåråtkomliga i människans väsen utan att man för den skull kan greppa det. Man delar något som finns men inte är direkt åtkomligt. Som en avrundning citerar jag en text av Buber som jag tänker är central för den som vill förstå hur viktigt mötet och relationen är inom vård- och omsorgsarbete.

Den *stora* förbundenheten finns bara mellan verkliga personer. Den kan vara stark som döden, emedan den är starkare än ensamheten, emedan den genombryter skrankorna för den upphöjda ensamheten, besegrar dess stränga lag och slår en bro över världsångesten från självvaro till självvaro. [...] Den människa som blott och bart är föremål för omsorger är inte ett Du utan Han eller Hon.¹⁸⁶

¹⁸² Ibid. s. 116.

¹⁸³ Ibid. s. 97.

¹⁸⁴ Ibid. s. 98.

¹⁸⁵ Ibid. s. 99.

¹⁸⁶ Ibid. s. 105 – 106.

Jag träffar Britt-Marie, en patient i eget boende. Det hade kommit in en fallrapport och jag kom för att reda ut omständigheterna, eventuellt förebygga nya fall och se hur hon mådde. ”Men så trevligt med besök, kom in!” Jag kliver in och hon sätter sig ner. Hon berättar vad som hände och jag noterar samtidigt att det är fullt av risker i hennes kreativt röriga hem. ”Jag vet vad du tänker säga, att jag skall ta bort mattor och göra om, men jag vill ha det så här!” Hon förekommer mig. ”Hur skall jag annars kunna känna att jag lever? Om jag inte får ha det som jag brukar?” Hon vet. Så vi pratar bara en stund om det och kompromissar båda två. Sedan blir det tal om en del annat, sådant som rör lust och saker att göra som ger mening. När jag skall gå säger hon: ”Tänk så trevligt det är att samtala. Det är sånt som gör livet värt något nu för tiden.”

Som beroende av vård och omsorger och som kroniskt sjuk är människan en synnerligen villkorad varelse vars villkor för överlevnad och mening, handlande och rörelse är utlämnade till andra i stor utsträckning. Och även om både arbete och tillverkning inte längre är möjliga som tidigare så är det genom handling som livets mening fortsätter och jag är övertygad om att det blir viktigt att lyfta de aspekterna och att som vårdare möta upp till de behoven.

Möte på en institution - Jag är inte död än!

Det faktum att många äldre och multisjuka skall leva sin sista tid på institution gör att jag vill undersöka vad det kan innebära i termer av utmaningar och möjligheter. Hur kan man tänka och vad behöver man förstå för att möta med handlingar som innehåller möjligheten till helhetssyn?

”Det är fruktansvärt men jag kan ju inte bättre ha det än jag har det” Citatet är hämtat från en intervju jag genomförde med en kvinna på ett av de särskilda boenden (SÄBO) där jag arbetar. Sär-skilda. En särskrivning som är värd en del reflektion. Skild från en mängd saker flyttar man in på ett boende. För denna kvinna handlade det om att skiljas från sin hemort, sitt hem, sina ting, sina vänner. Tomas Tranströmers dikt om maneter i diktsamlingen *Östersjöar* får gestalta mina reflektioner. ”tar man upp dem ur vattnet försvinner all form hos dem, som när en obeskrivlig sanning lyfts upp ur tystnaden och formuleras till död gelé, ja de är oöversättliga, de måste stanna i sitt element.”¹⁸⁷ Hon var lyft ur sitt element. Det hade hon varit tidigare men då hade hon lyft sig själv och tagit sig ut i världen. Denna gång var det helt andra förutsättningar och skäl. Som maneten behövde hon vatten och näring för att inte torka kroppsligt och själsligt. Men anpassning är ett av livets konststycken och vi som arbetar på

¹⁸⁷ Ulf Karl Olov Nilsson, *Glömskans bibliotek: en essä om demens, vansinne, litteratur*, Stockholm: Norstedts, 2018, s. 162.

SÄBO kan medverka till att hjälpa till med ett slags helande, ett återknytande och samtidigt införande av något nytt.

Som fysioterapeut blev mötet med de sär-skilda och de särskilda boendenas organisation anledning till en mängd funderingar och existentiella tankar. Känslor av vanmakt, frustration och medlidande men också glädje, förundran och hopp. Jag reflekterar kring alla de känslorna som förmodligen också bärs av de som bor på SÄBO. Om jag lyssnar på dem kan de vägleda mig i samtal och handlande med strävan mot något helare. Och vi delar mycket.

Arendt skriver om olikhet och särskildhet. Det är inte samma sak. Särskildhet är den märkliga egenskap som utmärker allt vara som sådant. Det finns i en mångfald men kan endast definieras genom att åtskiljas och genom negation vilket jag tolkar som att det unika, det olika hos varje individ, negerar särskildheten som delas av alla. Den ursprungliga särskildheten differentieras i allt levande och uppvisar variationer och olikheter som går utöver det särskilda. Hos människan är särskildhet det hon delar med allt varande och olikheten det hon är som unik karaktär. Talet och handlandet är verksamheter inom vilka denna unika karaktär kommer till uttryck.¹⁸⁸ Patienten – den andre – kommer till uttryck och även jag kommer till uttryck. Blir till. Inte stum. Inte en representation utan en unik karaktär. Både särskild och olik. Och åter blir det aktuellt med Arendts ord. Ett liv utan handlande och samtal vore inget liv utan ett utdraget döende.¹⁸⁹

Jag funderar på vad som händer om handlingar och tal kommer minimalt till uttryck på särskilda boenden (SÄBO). Blir det då bara förvaring? Att hålla vid liv. Ett utdraget döende. Man får hjälp med arbetets omsättning och drar nytta av tillverkade ting som välfärdsteknologi men ”världsfärden” uteblir. Satt på undantag och utan möjlighet att själv ta så många initiativ. Det kommer an på vårdarbetaren att ta det påbjudna ansvaret på allvar. Att förstå vad situationen kräver och ta språnget. Med uppmärksamhetskänsla. Som gammal, sjuk och beroende är man i omsorgen om de mest basala behoven utelämnad åt en annanhet. Jag tror att det gäller att identifiera det särskilda. Det som förenar och skapar förutsättningar för empati genom insikt om det universella. Det som delat med en annan kan ge en känsla av att återfå något av sig själv, en bit som ger en känsla av något helare. Och jag tror faktiskt att de flesta skulle vilja medverka till mer handlingar och tal. Det sitter inte hos människorna, det sitter i hur vi organiserar människorna, utbildar människorna och synen på vad vård och omsorg är och böra vara. Som Hammarén påpekar när hon förklarar att vi utbildar oss för

¹⁸⁸ Arendt, s. 232.

¹⁸⁹ Ibid, s. 233.

avgränsade arenor. Vi lär oss modeller för dessa arenor. Ändå är det bara på arenan där allt glider ihop som handlingarna äger rum.¹⁹⁰ I Bubers mellanvarat och Arendts väv.

Jag och mina arbetskamrater möter mestadels äldre personer som många gånger är både sköra och sjuka. Deras funktionsnivå har sjunkit drastiskt och de har svårigheter på flera nivåer. Dessutom är den åldrade kroppen särskilt utsatt precis som den åldrade människans hela livssituation. Det mesta av livet ligger bakom dem och en del har fått utstå en mängd förluster. Att kunna lindra, trösta och ge förutsättningar för hopp ger möjligheter att känna sig levande och inte stelna. De förmågorna ger också ett större handlingsutrymme för den vårdare som är beredd att ta det.

Dags att dokumentera årskontroller. Vi träffar patienten den månad hen fyller år. Ett tillfälle att se över hjälpmedel, förflyttningar och funktion och jämföra mot tidigare. Se om det har blivit några förändringar. Och så har vi kriterierna i Senior Alert, ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg där vi gör riskbedömningar på några områden. Det är trycksår, undernäring, fall och munhälsa. Under varje sådan rubrik finns kriterier som utgör risker. Det kan ibland bli märkliga resultat. En person som till exempel inte längre förflyttar sig själv utan får hjälp av personal och lyfthjälpmedel kan få fallrisk på grund av läkemedel som ger fallrisk. Jag tror att det finns en poäng med dessa bedömningar. Speciellt om resultatet omvandlas till insatser och handlingar. Men för det existentiella, för mening, hopp, motivation, ett gott liv. För sådant finns inga register. Inga riskbedömningar. Inga årskontroller.

De som bor på särskilt boende underkastas institutionens logik, ett rutinuniversum med en mängd förgivettaganden. Det påverkar förmodligen också hälsan. Och den enskildes möjligheter. Kristina Lugn, poet och författare, har sagt att det kommer en tid när kroppen mister sitt underhållningsvärde. Så tror jag att det är för många som jag träffar. Kroppen är mer ett hinder, en belastning och en yta för insatser. Varje rörelse kan vara plågsam och en påminnelse om förfallet. I det läget behöver man hjälpa varandra att höja blicken mot lite andra horisonter. Det är viktigt att doppa fötterna i allvaret men sedan behöver man sträcka sig efter något som lättar, lindrar och lever. Och vi som vårdar kan försöka skapa ett sådant innehåll i mötet med patienter som varje dag kämpar med att gilla det ogillade för att inte gå under. Kämpar med att stå ut med att det bekanta jaget känner sig obekant med det framväxande åldrade jaget. Det allvarliga doppandet av fötter är enligt min erfarenhet ofta ett sätt att inte förminska patientens upplevelse av lidande.

¹⁹⁰ Hammarén, *Språkfilosofi för personligt bruk*, s. 27.

Det finns kritik mot både forskare och aktiva inom äldreomsorgen som menar att i det godas namn har en ny slags ålderism vuxit fram. Det handlar om inställningen att experterna, vårdarna och politikerna ”vet bäst hur du har det och hur du vill ha det.” En paternalistisk hållning med bristande dialog och respekt för den egna upplevelsen och behoven.¹⁹¹ Egentligen motsatsen till personcentrerad vård där partnerskap och samverkan är centrala för förståelse. Det som i socialstyrelsens rapport handlade om att minska glappet mellan ”Illness” och ”Disease”.¹⁹² Ludvig Igra har i boken *Den tunna hinnan* beskrivit utvecklingen av två positioner hos människan som ligger nära varandra. I den ena positionen härskar egenintresset och begreppet god definieras som det som är gott för mig, det som gagnar egot. I den andra positionen söker vi istället lära känna den andre i en betydelse som går utöver egenintresset, att värna den andre för den andres egen skull. Den tunna hinnan är det som skiljer dessa positioner åt.¹⁹³ Så lätt och mänskligt att gå fel när hinnan är så tunn. Men som Igra skriver så finns, trots utmaningar, hot om fara eller annat som kan få oss att spräcka hinnan alltid och nästan hos alla en etisk inre röst som överlever och visar oss vägen tillbaka.¹⁹⁴

Greta, patienten som fick akupunktur och som hela livet lidit av både dåligt självförtroende och låg självkänsla bor i eget hem med stöd av hemtjänst och en del insatser från hemsjukvården. Hon berättar vid ett tillfälle när vi ses för akupunkturbehandling hur ledsen hon blir över de regelverk som reglerar stöd och hjälpinsatser ner på detaljnivå. När de tillämpas för bokstavligt och utan omdöme kan det kännas riktigt förminskande. Hon berättar om hur hon bett att få hjälp med något som hon har svårt att göra på grund av värk och kraftig rörelseinskränkning. Men den som var där vid det tillfället svarade att något sådant uppdrag inte fanns på ”attgöralistan.” Så konstigt kan det bli när de mänskliga behoven skall kontrolleras och tidsättas med prislappar. De mänskliga behoven regleras och definieras och det som inte finns med hamnar i kläm. Den som skall hjälpa hamnar också i kläm.

Jag lämnade Greta och kände mig tom. Hur har det kunnat bli så här? Att vi reglerat bort humanismen i strävan efter kvalitet? Äldre personer med behov av stöd och hjälp via vård och omsorg på särskilda boenden är ofta utelämnade åt samhällets regelverk och normer för sin livsföring och ekonomi. De blir tillgodosedda på flera sätt men aktiviteter, underhållning, utflykter och andra livsupplevelser eller möjlighet till samvaro står ofta frivilligorganisationer för. Bistånd enligt socialtjänstlagen ges endast för en skälig

¹⁹¹ Andersson, s. 53.

¹⁹² Strandberg, Wilhelmsson, s. 17 – 18.

¹⁹³ Ludvig Igra, *Den tunna hinnan*, Stockholm: Natur och kultur, 2011, s. 76 – 77.

¹⁹⁴ *Ibid*, s. 79.

levnadsnivå.¹⁹⁵ Många jag möter i mitt arbete talar om hur de är uttråkade, understimulerade och ”livsrörelsehindrade”. Men de är också tacksamma och nöjda. De orkar inte med så många aktiviteter. Så det finns gott om motsägelsefullheter och paradoxer. Men om vi återgår till Gretas berättelse så kräver helhetssynen precis det som de två kvalitativa rapporterna pekade på. Att helhetssyn bland annat handlar om att kunna tänja på gränser och göra det som stunden kräver, bjuda över sig själv i sitt uppdrag på ett sätt som skapar något lite utöver det som krävs av en. Att kunna tänja och töja på gränser och inte följa vårdprogrammen slaviskt. I ett FoU dokument från Malmö stad med titeln *Den existentiella sidan av åldrande – inifrån* framgår att många av brukarna upplevde att personalens arbetsplanering gick före brukarnas behov av trygghet och värdighet. I dokumentet framhålls att omsorgsarbete är en existentiell arbetssituation som kräver förmågan att känna vad som händer i stunden och förstå vad som är möjligt i nuet och hur det skall göras.¹⁹⁶ Men om det regleras bort genom checklistor så tappar man den förmågan och gör det som arbetsplaneringen säger att man skall eller inte skall göra. En existentiell ensamhet uppstår och med det kommer ofta en känsla av meningslöshet och upplevelsen av att livet tappat sitt värde. Beroendet av andra för att klara basala saker den sista tiden i livet gör att många känner sig överflödiga och att deras liv blir en tröstlös väntan på döden.¹⁹⁷

Att dela helhetssyn – en reflekterande avrundning

Jag är nu framme och mogen att göra en avrundande reflektion över min undersökning. Det har vuxit fram nya tankar som jag kommer att presentera. Men först bjuder jag två ytterligare gestaltningar som på olika sätt har ingredienser som hänger ihop med de tankarna:

”Nu känner jag att jag lever!”. Solen slösar med glitterstänk på vattenytan. De dansar omkring och guppar fram mellan bryggan och vassen. Sjön breder ut sig som en välkomnande famn att svalka sig i, denna ovanligt heta och torra sommar. På stranden och i gräset vilar små grupper av människor på filtar och handdukar. Men inte Iris. Hon simmar bröstsim och ryggsim omväxlande. Lite prövande men ändå bestämt. Orden är hennes.

På en liten utskjutande del av den långa bryggan sitter Berit. Hon tittar en aning längtansfullt på Iris men nöjer sig med att långsamt pendla med benen i vattnet. Leendet är lite inåtvänt och prövande. Hon sprätter med fötterna och fnissar. Pendlar och sprättskvätter

¹⁹⁵ Begreppet skälighetsnivå är ett uttryck för vissa minimikrav på insatserna enligt Socialtjänstlagen. Har du fyllt 65 år och behöver stöd för att klara din vardag får du hemtjänst eller insatser på särskilda boenden som ger en **skälighetsnivå**. Är du under 65 år och behöver samma stöd har du rätt till personlig assistans enligt LSS-lagstiftningen, som ger **goda levnadsvillkor**. Vilken lagstiftning som tillämpas avgörs av personens ålder när funktionsnedsättningen uppstod.

¹⁹⁶ [https://www.fouvalfard.se/\\$2/2010-den-existentiella-sidan.pdf](https://www.fouvalfard.se/$2/2010-den-existentiella-sidan.pdf), s. 25.

¹⁹⁷ Ibid. s. 27 – 29.

med milt bus i blicken. En bit ut i vattnet sitter Klara på sin rollator som hon metodiskt flyttade framför sig när hon tog sig ut en bit i sjön. Målmedvetet som en plogbil trampade hon sig fram på den sandiga botten och sköt rollatorn framför sig. ”Jag skall gå tills vattnet når mig till halsen!”, utbrast hon en bit ut i sjön. Som en besvärjelse om att inte spara på krutet utan gå till gränsen av sin trygghetszon för att på något vis få tag i en känsla som legat på vänt länge. Så långt går hon inte utan vänder sig om när vattnet når just över höfterna och sätter sig på sin rollator. Hon böjer sig fram och börjar ösa vatten över sig själv. Allvarligt och njutningsfullt. Ända upp till halsen. Solen silar sig genom det tunna vita håret och ner över pannan. Den allvarliga Klara har en ton av njutningsfull koncentration. Hur kom den här scenen till?

Den föddes ur ett tvivel och en vilja. Eller rättare sagt den föddes ur en vilja som fick hjälp av ett tvivel. Sommaren 2018 var extremt varm och torr. Alla plågades mer eller mindre av hettan och på äldreboendena sattes förmågorna på prov när det gällde att erbjuda bland annat svalka, vätska, salter och dräglig nattsömn. En av de boende som jag träffade uttryckte en önskan som berörde mig. En önskan om att än en gång få bada, låta vattnet omsluta kroppen, göra den lättare och rörligare och kanske få ta några simtag – en gång till i livet. ”Synd att vi inte får ha med oss patienter i våra tjänstebilar”, sade jag under en lunch. ”Tänk att få möjliggöra en sådan önskan.” Så slog det mig. Fanns det verkligen en sådan regel eller trodde vi bara det. Var det en nedärvd föreställning? Tvivlet yrde upp en våg av energi i mig. Som ny på arbetsplatsen var jag fortfarande i det läge att vanor, rutiner och traditioner inte hade hunnit fördunkla mitt sinne för kreativa möjligheter. En snabb fråga till vår MAS¹⁹⁸ gav mig svaret att försäkringsmässigt var det inget hinder. Hon hade kollat upp det.

En kollega nappade. Men det var ont om tid för min egen del. Två dagar till semester och många uppdrag att avrunda och lämna över. Det fanns inte tid för mig att arrangera något men min kollega, som just kommit tillbaka från semestern, tog handlingskraftigt och modigt tag i saken. Så min sista dag tog hon med sig en undersköterska och tre förväntansfulla kvinnor i tjänstebilen och for till badplatsen. Jag hann komma dit för att få uppleva ett fantastiskt ögonblick. Vi var många som gladdes. Övriga badgäster blev både upprymda och tjänstvilliga. Jag glömmer aldrig den tillfredsställelse som syntes i kvinnornas ansikten och rörelser. Eller orden. ”Nu känner jag att jag lever!”. På kontoret senare frågar min kollega ”Hur dokumenterar jag det här? Vad av det vi gjorde var fysioterapi?”

¹⁹⁸ MAS är en förkortning av Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska.

”Jag skulle vilja åka tjejvasan!” Det är oktober och lite gråruggigt ute. I den lilla gymlokalen sitter hon som sade det på en träningscykel och trampar långsamt men bestämt. Hon tillhör inte de äldre, hon tillhör de som inte kommer att få åldras. Hon har levt med sin cancer i några år. Trots att hon mår pyton med jämna mellanrum är träningstillfällena något hon ogärna missar. ”Att få vara i det här rummet är som att stänga ute cancer. Här finns inte plats för sjukdom, här finns på något vis plats för mig. Jag får liksom vila från all behandling som påminner om sjukdomen. Det är superskönt!” Hon ser våra möten i gymlokalen som en slags oas, en rastplats med utrymme för livet. Men nu vet både hon och jag att det verkar som om sjukdomen tagit kommandot och det går utför obönhörligt. Vi vet båda två, utan att säga det, att det nog inte blir någon tjejvasa. Men det struntar vi i. Så jag sätter ihop ett program med stakningsövningar, benmuskelövningar som passar skidteknik samt balansövningar för kurvor och nedförsbackar. Nästa gång har hon med sig en toppluva för att komma i stämning. Jag har tagit med lite blåbärssoppa. Så där håller vi på. Flera veckor. Hon berättar att hon är helt slut när hon kommer hem men att det är värt det. Det håller mörkret på avstånd. Men till slut håller det inte längre. Sista gången vi ses säger hon ”Nu går det inte längre. Men jag hade inte kunnat leva på något annat vis än med tjejvasan som mål.”

”Situasyn” och fronesis

Jag har undersökt begreppet helhetssyn som ord, dess historiska utveckling inom hälso- och sjukvård, hur det uppfattas inom aktuell forskning samt ur ett filosofiskt perspektiv med fokus på hälsa och existentialism. Detta har jag relaterat till mina egna erfarenheter och i dialog med gestaltningar av olika patientmöten. En bitvis snårig och spretig undersökning men precis som helhetssyn är ett svårfångat och stort begrepp så fick skrivandet pröva sig fram i essäistisk anda. Jag läste och reflekterade mig fram till många aspekter av helhetssyn under skrivprocessen och det förstärkte min uppfattning om begreppet helhetssyns komplexitet. Jag har kommit fram till att det finns flera faror med att definiera ett begrepp. De kan stelna om de fångas i en manual eller värdegrund. De kan bli chefsfloskler och honnörsord utan organiskt innehåll. Genom både Hammarén och Arendt har jag förstått att begrepp blir meningsfulla om de går att tala om men även genom att leva dem. Att definiera ett begrepp är inte samma sak som att leva det och vi kan luras att tro att vi behärskar begrepp som vi definierat. Det finns alltid kvar något som flödar över, något som vi missar genom en fastlåsning och avgränsning. Men som Arendt menar så fyller också klichéer och standardfraser en skyddande funktion. De skyddar oss mot att tvingas tänka och reflektera. De blir gisslan i en tid av ideal och värdegrunder.

Mina forskningsfrågor har jag försökt svara på i uppsatsen och den fråga som jag uppfattar som mest relevant att diskutera i denna avslutande reflektion är frågan om vad helhetssyn i sjukvård av äldre kan och borde vara i praktiken.

Jag har förstått att det är omöjligt med en fullständig helhetssyn och att det alltid krävs någon slags avgränsning för att kunna hantera situationer och möten i vården. Varje möte där helhetssyn är ledstjärna är ett möte mellan två människor med begränsade horisonter. Helhetssyn bör dock fungera som en nödvändig utopi att sträva mot. En strävan som ständigt kommer att innebära misslyckanden men som ändå är nödvändig. Precis som att avtäcka varat, ett omöjligt men nödvändigt projekt för själva existensen. En strävan som ger förutsättningar för mening och moral. Genom att sträva mot helhetssyn kan vi i praktiken också få en uppfattning om vilka kunskaper och förmågor som kan hjälpa till i denna strävan. Min undersökning och mina reflektioner har lett fram till tankar om vilka kunskaper och förmågor som kan leda mot helhetssyn om man lutar sig mot existensfilosofins teorier om vad det är att vara människa med hälsa och ett aktivt, meningsfullt liv. Även de teorier som ligger till grund både för humanistisk medicin och personcentrerad vård är viktiga. Men särskilt tydligt blir det om man kopplar det till vad erfarna och praktiserande vårdarbetare har att säga om helhetssyn i praktiken.

De två gestaltande berättelserna ovan innehåller ett antal kunskaper och förmågor som min undersökning kommit fram till ingår i strävan mot att förstå och arbeta med delar av en helhetssyn. Det handlar om förmågan att vara närvarande och göra sig känslomässigt tillgänglig. Genom de förmågorna kan man lättare vara lyhörd för den andres behov och även etablera en tillitsfull relation. Att uppmärksamt lyssna både efter det som sägs och det som inte sägs samt hur och när det sägs kan leda fram till att samtalet leder vidare och att det också uppstår en samtidighet och ett delande just genom att vårdarbetaren inte lägger beslag på samtalsagendan. Men det handlar också om mod och att tänja på gränser trots behovet av avgränsning. Att inte slaviskt följa vårdprogram eller uppdragsmallar utan att våga vara personligt generös och liksom bjuda över sig själv. Som i berättelsen om de badande kvinnorna och min kollega. Den händelsen erbjöd en hel del livskraft och som jag tolkade det, en samtidighet så att kvinnorna kunde få känna sig helare, värdiga och värdefulla samtidigt som min kollega också kunde känna detta. Genom att på olika sätt mötas som människor, som subjekt, kan man bättre få till en ömsesidighet eftersom det kan minska den asymmetri som alltid ligger inbyggd i en vårdare – patientrelation. Men som den skånska forskningsrapporten kom fram till är det viktigaste kanske ett uppriktigt intresse för den andre och dennes situation och historia vilket också kräver tid, kontinuitet och ett väl utvecklat omdöme. Just tid och

kontinuitet kan möjliggöra för patienten att knyta band till sin historia som ett helande för något helare hälsa och för igenkänning även när ett återförande är svårt på grund av sjukdom och funktionsbortfall. Det kan också handla om, för båda och samtidigt, att hålla horisonten öppen för det okända. I den processen är det viktigt för vårdarbetaren att ha en handlingsberedskap men inte helt fastslaget vilken handling det kommer att bli. Som med patienten som ville åka tjejevan. Vi höll oss öppna för det okända vilket skapade livskvalitet för patienten, ett tillfälligt gott liv trots svår sjukdom.

Jag vill i detta sammanhang poängtera att jag absolut inte vill tappa bort det naturvetenskapliga. Likväl som tröst kan vara smärtlindrande kan smärtlindring vara till tröst. Men för många patienter är mediciner och sjukdomsbehandling något som självklart hanteras av vårdarbetaren men som endast delvis har med helande, hälsa och helhet att göra. Det är hjälp med återförandet till livet, ett liv man känner igen, som förefaller ha mer med helhetssyn att göra. Helhetssyn har med hälsa och återförande att göra, trots att det är en framåtrörelse. Vid kronisk sjukdom följer även ett arbete för infogande, det som Gadamer pratade om. Ett nödvändigt infogande för att sedan kunna arbeta och handla mot återförande till något igenkännande, en balans. Sjukdomen hanteras som en delaspekt men för patienten har hälsa inte så mycket med sjukdomen att göra. Som för patienten med tjejevan. I det ”sjukdomsfria” rummet kunde livskraften sättas i rörelse. Eller de badande kvinnorna som kanske knöt band till sig själva och sin livshistoria. Medicinsk helhetssyn kan man se som en delaspekt av den helhetssyn som omfattar hela människan i sitt sammanhang.

Förutom det samtida delandet i strävan mot helhetssyn behöver man som vårdarbetare alltså dela – avgränsa helhetssyn för att göra den hanterbar i varje situation när man möter en patient. Men hur håller man ändå horisonten öppen? Hur kan man avgränsa och ändå ha en öppenhet för det okända? Donna Haraway hävdar angående situerade kunskaper att det är det motsägelsefulla jaget som kan undersöka positioner och vara ansvarigt för att möjliggöra ett vidvinklat seende. Inget passivt registrerande är möjligt som om man inte var situerad någonstans och inte hade någon förförståelse. Som jag skrev under metodavsnittet tolkar jag Haraways beskrivning av situerade kunskaper som en beskrivning av hermeneutik, en situerad förståelse, en utläggning och en tillämpning som en enhetlig process. Gadamer menar precis som Haraway att vi redan står i en situation som vi aldrig kan göra oss fria ifrån, vi kan aldrig bli varken helt självmedvetna eller helt objektiva. Gadamer menar att det inte ens är önskvärt att göra sig fri utan att vår förståelse fördjupas och skapar ny mening genom att pendla mellan vår egen horisont och horisonten hos det vi försöker förstå.¹⁹⁹

¹⁹⁹ Thomassen, s. 101.

Situation, Situerad och horisontsammanmältning. Jag menar att en väldigt viktig och essentiell delaspekt av helhetssyn skulle kunna benämnas ”*situasyn*”. En vilja att se helhet. Syn på något är att betrakta en företeelse i en viss situation, ett sätt att se och med mening. *Fronesis* ligger självklart inlätat i *situasyn*, fyller ut och binder samman. En kraft, en förmåga, en kunskapsform som har sin egen hermeneutiska horisont men som också förmår öppna upp för en horisontsammanmältning där det främmande i situationen tolkas och införlivas. *Situasyn* innebär att generella principer, som till exempel helhetssyn, endast är riktiga som de harmonierar med det individuella i varje situation. Och i varje situation med olika typer av handlingar finns i de enskilda handlingarna alltså också något av en helhetssyn, precis som i hermeneutiken. Vi kan inte förutse allt det som kan utspela sig i mellanmännsliga situationer. I mötet visar sig den praktiska klokheten, avklädd en standardiserad och måttsydd uniform, men absolut inte naken.²⁰⁰

Försvårade omständigheter för *situasyn* och *fronesis*

Men villkoren för ett främjande av *situasyn* och *fronesis* är utmanande och till och med försvårade. Mål- och resultatstyrning som effektiviseringsmodellen New Public Management främjar andra kunskapsformer. Lena Lindgren redogör för hur NPM har fått oönskade konsekvenser i form av ökad byråkratisering genom ett stort antal återrapporteringskrav och kvantitativa mätningar som snedvrider vårdverksamheten mot insatser av mer instrumentell och mätbar karaktär.²⁰¹ Jag menar att den ökade administrativa belastningen och ständiga rapporteringarna *kväver* både engagemang, omdömesutveckling och kreativa lösningar hos vårdpersonalen. I rapporten av Eldh och Ryd får jag medhåll genom formuleringen: ”Det arbete som skall utföras får inte avhumaniseras genom fragmentisering i begränsade, alienerande uppgifter. Det måste ses utifrån helheten.”²⁰²

Att utgå från ett företagsekonomiskt tänkande och värdera verksamheten utifrån hur mycket pengar man tjänar kan man inte göra i offentlig sektor. För att ändå leva upp till marknadsekonomiska och företagsmässiga ideal försöker man omvandla olika moment i verksamheten till mätbara värden som i sin tur kan bli ekonomiska det vill säga prissatta. Värden som till exempel omsorg, trygghet, vänlighet, tröst, hopp, glädje och respekt går inte

²⁰⁰ I framtiden tänker jag mig en möjlig text på detta vis: Citat ur nyordsboken *New Public Fronesis* utgiven at Akademia Fraenesis: ” *Situasyn* – ett initierat sätt att se på och hantera en situation man står i med utvecklat omdöme. Seendet möjliggör något i stunden men också ett blivande mot något helare.

²⁰¹ I boken *Nya Utvärderingsmonstret* (s. 33 – 34) beskriver Lena Lindgren NPM som samlingsnamnet för en mängd marknadsorienterade modeller och metoder med rötter i den privata affärsvärlden. Det kan beskrivas som ett knippe koncept som bland annat inbegriper att beställning och styrning av offentliga tjänster skiljs från produktion av desamma. Styrning sker genom att mål och mätbara resultatkrav sätts upp kopplat till ett kundorienterat synsätt. På detta följer kravet att i efterhand redovisa och kontrollera kvalitet och resultat.

²⁰² Eldh och Ryd, s. 30.

att mäta och blir därför lätt nedprioriterade.²⁰³ Silfverberg skriver att de tekniskt rationella metoderna sätts framför sociala hänsynstaganden och psykiska kvaliteter i de konkreta hjälpinsatserna av ekonomiska skäl. Hon menar också att kundbegreppet inom äldreomsorgen är särskilt missvisande. Silfverberg hävdar att det är svårt att tro att någon på allvar kan mena att en gammal, sjuk och människa med nedsatt ork är en rationell, oberoende och beslutskapabel person som fritt kan och vill välja hjälpinsatser av olika aktörer som om de vore varor på en marknad.²⁰⁴

Tilltron till utvärdering och mätningar är stor och den som ifrågasätter detta riskerar att bli betraktad som bakåtsträvare. Jag ser ett tvivlande förhållningssätt mer som att vara ”bakåtströvare”, det vill säga att nyfiket analysera från fler perspektiv och sätta saker i ett större sammanhang, även tidsligt. I *Nya Utvärderingsmonstret* skriver Lena Lindgren att utvärdering har blivit en social norm och innebär, lite hårdraget, att anställda inte längre kan eller tillåts lita på sina professionella kunskaper och erfarenheter.²⁰⁵ Lindgren anser att det allra allvarligaste är att mått och inte professionella avgöranden i slutändan kommer att definiera och styra praktiken och Lindgren har i sina studier funnit belägg för att professionella identiteter på sikt riskerar att urholkas.²⁰⁶ Vad värre är – verksamheter riskerar att utformas och dokumenteras med tanke på att de skall vara möjliga att utvärdera. Perspektivet på vad som utvärderas har enligt Lindgren förskjutits från förutsättningar och processer till prestationer och resultat.²⁰⁷ Här ser jag en fara med metoder som personcentrerad vård, trots att dess bakomliggande filosofi tilltalar med sina humanistiska grundvalar. De filosofiska och kunskapsteoretiska grunderna, som har med *fronetiska* kunskaper att göra, har förvandlats till en metod med fokus på resultat, prestationer, mätbarhet och slutligen effektivitet och minskade kostnader. Jag saknar aspekter som handlar om också de icke mätbara kvaliteterna i vårdandets konst. Det professionella omdömet i stunden fria handlande med omsorg om det etiska.

Jag är övertygad om att vi måste förändra det sätt som sjukvård och omsorg idag styrs, mäts och utvärderas på om viktiga värden inte skall gå förlorade och en säker och god vård skall kunna erbjudas och utövas. Jag är lika övertygad om att kontinuerlig utbildning, reflektion och handledning inom de humanvetenskapliga områdena är nödvändiga komponenter om vi vill, som Beauvoir vill, *att människan skall se till att det är viktigt att*

²⁰³ Ibid. s. 13.

²⁰⁴ Silfverberg, s. 11,13.

²⁰⁵ Lena Lindgren, *Nya utvärderingsmonstret: om kvalitetsmätning i den offentliga sektorn*, Lund: Studentlitteratur, 2014, s. 15.

²⁰⁶ Ibid. s. 21.

²⁰⁷ Ibid. s. 26.

vara människa. Beauvoir frågar också i boken *Ålderdomen* hur ett samhälle borde vara för att en människa på ålderdomen skall förbli människa. Hon hävdar att svaret är enkelt om än jag misstänker att förverkligandet är mer komplext. Beauvoir framhåller att människan alltid måste behandlas som en människa genom hela livet och att samhället avslöjar sig självt i den lott det tilldelar sina inaktiva medborgare.²⁰⁸ Och som jag inledde avsnittet om ålderdom så kommer vi alla att åldras om vi får leva ett normallångt liv.

Men jag kan inte lämna er riktigt än. Jag behöver få avsluta med något etiskt estetiskt och eteriskt essentiellt, Det blir ett citat från min magisteruppsats som undersökte ett alternativ till New Public Management – *New Public Phronesis*:

Att observera Solveig var en estetisk upplevelse, en studie av en vårdkonst som vilar på många års erfarenhet och förmågeutveckling. Den praktiska kunskapen i praktiken är lika skön att skåda som att uppleva. Den omsluter och skapar trygg förvissning om att man inte är övergiven i en svår stund, att den som hjälper mig gör det med varsam skicklighet och med omsorg om resultatet. Ändå kan man missa den eftersom den gömmer sig i det tillsynes bedrägligt enkla. I sin flyktiga närvaro, som på lätta fötter för skeendet framåt, är den svårfångad i siffror och utvärderingar, kvalitetsindikatorer och budgetrapporter. Den är energi och aerodynamik förkroppsligad i en kvalificerad och engagerad vårdare.²⁰⁹

²⁰⁸ Beauvoir, *Ålderdomen*, s. 387.

²⁰⁹ <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1137915/FULLTEXT01.pdf>

Käll- och Litteraturförteckning

- Andersson, Lars, *Ålderism*, Lund: Studentlitteratur, 2008.
- Arendt, Hanna, *Människans villkor: vita acitva*, Göteborg: Daidalos, 1998.
- Beauvoir, Simone de, *Ålderdomen*, Stockholm: AWE/Geber, 1976.
- Beauvoir, Simone de, *För en tvetydighetens moral*, Göteborg: Daidalos, 2018.
- Blomqvist, Kerstin, *Helhetssyn: att binda samman, avgränsa och leda*, Kristianstad: Forskningsplattformen för utveckling av närsjukvård, 2010.
- Buber, Martin, *Människans väsen*, Ludvika: Dualis, 2005.
- Buber, Martin, *Det mellanmänniska*, Ludvika: Dualis, 2011.
- Carlström Eric, Wolf Axel, ”Förutsättningar för omställning till personcentrerad vård – ledarskap, medarbetarskap och organisation”, *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*, red. Inger Ekman, Stockholm: Liber, 2014.
- Cicero, Marcus Tullius, *Cato den äldre – om ålderdomen*, öfversatt från latinet av Nils Lundborg, Lund: Håkan Ohlsson boktryckeri, 1883.
- Davies, Charlotte Aull, *Reflexive ethnography: a guide to researching selves and others*, London: Routledge, 2008.
- Davies, Elisabeth, Higginson, Irene J, *Better palliative care for older people*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
- Ekman, Inger, Norberg, Astrid, Swedberg, Karl, ”Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård”, *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*, red. Inger Ekman, Stockholm: Liber, 2014.
- Eldh, Kerstin & Gunilla Ryd, *Vi räknar minuter, vi räknar pinnar...till nytta för vem?: en rapport om New Public Management*, Malmö: Nätverket för gemensam välfärd, 2015.
- Filosoflexikon, red. Poul Lübcke, Stockholm: Forum, 1988.
- Franzén, Erika, Lübcke, Ammis, Sauter, Sylvia, *Fysioterapi i palliativ vård: rörelseglädje tills livet tar slut*, Lund: Studentlitteratur, 2018.
- Gadamer, Hans – Georg, *Sanning och metod: i urval*, Göteborg: Daidalos, 1997.
- Gadamer, Hans – Georg, *Den gåtfulla hälsan: essäer och föredrag*, Ludvika: Dualis, 2003.
- Gadamer, Hans-Georg, “Återerövrandet av det hermeneutiska grundproblemet”, *Klassiska texter om praktisk kunskap*. Red. Jonna Hjertström Lappalainen, Huddinge 2015.

Glass-Coffin, Bonnie, Leon Anderson and Bonnie Glass-Coffin, "I Learn By Going: Autoethnographic Modes of Inquiry", *Handbook of Autoethnography*, red. Tony E. Adams, Carolyn Ellis and Stacy Holman Jones, New York: Routledge, 2013

Hammarén, Maria, *Skriva: en metod för reflektion*, Stockholm: Santérus, 2005.

Hammarén, Maria, *Språkfilosofi för personligt bruk*, Stockholm: Santérus, 2009.

Haraway, Donna, *Apor, cyborger och kvinnor: att återuppfinna naturen*, Eslöv: Brutus Östlings bokförlag Symposion, 2008.

Igra, Ludvig, *Den tunna hinnan*, Stockholm: Natur och kultur, 2011.

Johannisson, Karin, *Medicinens öga: sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*, Stockholm: Norstedt, 2002.

Karlsson, Eva M, *Livet nära döden: situationer, status och solidaritet vid vård i livets slutskede*, Botkyrka: Mångkulturellt centrum, 2008.

Klein, Naomi, *Nej är inte nog: så står vi emot Trumps chockdoktrin och skapar en ny värld*, Stockholm: Ordfront, 2017.

Kristensson, Bengt Uggla, "Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård", *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*, red. Inger Ekman, Stockholm: Liber, 2014.

Lidén Eva, Svensson Staffan, "Personcentrerat förhållningssätt vid medicinskt oförklarade symtom i primärvården", *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*, red. Inger Ekman, Stockholm: Liber, 2014.

Lindgren, Lena, *Nya utvärderingsmonstret: om kvalitetsmätning i den offentliga sektorn*, Lund: Studentlitteratur, 2014.

Manen, Max van, *Phenomenology of practice*, Walnut Creek, California: Left Coats Press, 2014.

May, Carl and Mead, Nicola, "Patient-centeredness: A history", *General Practice and Ethics: Uncertainty and responsibility*, edited by C Dorwid and L Frith, London: Routledge, 1999.

Narayan, Kirin, *Alive in the writing: crafting ethnography in the company of Chekov*, Chicago: University of Chicago Press, 2012.

Nilsson, Christian, "Fronesis och den mänskliga tillvaron", *Vad är praktisk kunskap?* red. Jonna Bornemark och Fredrik Svenaeus, Huddinge: Södertörns högskola, 2009.

Nilsson, Ulf Karl Olov, *Glömskans bibliotek: en essä om demens, vansinne, litteratur*, Stockholm: Norstedt, 2018.

Norstedts svenska ordbok, medarbetare Sture Allén, Stockholm: Norstedt, 1996.

Reiser, Stanley Joel, *Technological medicine: the changing world of doctors and patients*, New York: Cambridge University Press, 2009.

Silfverberg, Gunilla, *Praktisk klokhet: om dialogen och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och socialpolitik*, Eslöv: Brutus Östlings bokförlag Symposion, 1999.

Stolt, Carl – Magnus, *Medicinen och det mänskliga: vårdkonst och vardagsetik, humanism och humaniora*, Stockholm: natur och kultur, 2003.

Strandberg, Eva-Lena, Wilhelmsson, Susan, *Utan helhetssyn ingen primärvård: en studie av ett svårfångat begrepp*, Linköping: Forskning och utvecklingsenheten för primärvård och psykiatri, Landstinget Östergötland, 2004.

Svenaesus, Fredrik, "Vad är praktisk kunskap?", *Vad är praktisk kunskap?* red. Jonna Bornemark och Fredrik Svenaesus, Huddinge: Södertörns högskola, 2009.

Sällström, Pehr, "Efterskrift – Vad är då en människa?", Buber, Martin, *Människans väsen*, Ludvika: Dualis, 2005.

Thomassen, Magdalene, *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*, Malmö: Gleerups, 2007.

Tidnings- och tidskriftsartiklar

Alcoff, Linda, "The problem of speaking for others", *Cultural Critique*, No 20: University of Minnesota Press, 1991 – 1992.

Axelsson, Runo, "The organizational pendulum: Healthcare management in Sweden 1865 – 1998", *Scandinavian Journal of Public Health* No 28, 2000.

Cohen, Joachim, Håkanson, Cecilia, Morin, Lucas, Öhlén, Joakim, "A population-level study of place of death and associated factors in Sweden", *Scandinavian Journal of Public Health* No 43, 2015.

Otryckt material

Socialstyrelsens website om god vård och omsorg.

<https://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardochomsorgsocialtjansten>

Svenska Akademiens Ordbok (SAOB):

https://www.saob.se/artikel/?seek=helhetssyn&pz=1#U_H593_102061

Egidius, Henry, Psykologilexikon av Natur och Kultur, website, om helhetssyn:

<https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=helhetssyn>

Egidius, Henry, Psykologilexikon av Natur och Kultur, website om holism:

<https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=holism>

Nationella rådet för palliativ vård, website med definition av palliativ vård:

<https://www.nrpv.se/om-nrpv/vad-ar-palliativ-varld/>

Socialstyrelsens rapport om utvecklingen av vård i livets slutskede:

https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf

Lagercrantz, Agneta i Svenska Dagbladet, en intervju med Carl-Magnus Stolt:

<https://www.svd.se/medicinens-cirkele-maste-vidgas>

Centrum för personcentrerad vård, GPCC's website:

<https://gpcc.gu.se/nyttiggorande>

Regeringens primärvårdsutredning, SOU 1978:74:

<https://lagen.nu/sou/1978:74>

Rosenberg, Christel, FoU rapport Malmö Stad, "Den existentiella sidan av åldrande – inifrån": [https://www.fouvalfard.se/\\$2/2010-den-existentiella-sidan.pdf](https://www.fouvalfard.se/$2/2010-den-existentiella-sidan.pdf)

Frän, Ingela, Magisteruppsats Södertörns högskola, "New Publiv Phronesis – Ett mellanrum med möjligheter":

<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1137915/FULLTEXT01.pdf>

Epilog

Jag beskrev under metod hur forskningsprocessen påverkat mig och hur jag också påverkat forskningsprocessen genom en växelverkan. Mina sinnen kom att skärpas så fort jag hörde eller läste ordet helhetssyn eller andra storslagna begrepp som används för ofta oklara syften och med luddigt innehåll. I slutet av skrivprocessen deltog jag i ett möte där vi skulle lära oss mer om SIP (Samordnad Individuell Plan). Det är ett möte som kan arrangeras när det börjar bli "rörigt" kring en patient och många vårdkontakter är involverade. Lovvärt och ofta bra men jag reagerade på vad som lovas. I en ruta stod det att vården genom SIP bland annat lovade patienten att "Se till hela ens behov". På dokumentet med information till patienten stod det att "Alla ska ha möjlighet att leva ett tryggt, meningsfullt och självständigt liv". Naturligtvis kunde jag inte låta bli att problematisera det tack vare mina nyvunna kunskaper och insikter. Viktiga begrepp får inte bli floskler!

Ingen uppsats skriven av mig kan sluta utan en bild och några poetiska ord. Här en bild målad av en vän (Anna Bohlin) som jag fick när jag fyllde 50 år. Skrivandet fick plats liksom några karaktärsdrag! Jag vill också ta med ett uttalande av en sjuksköterska som förgyllde en eftermiddag i mars. "Du är klok nog för att vara oklok när det behövs." Tack Tarja Saari! Tack Martin Gunnarson, min handledare, som varit mer engagerad än vad någon kan begära!



Det allra största och varmaste tacket går dock till min man, Sverker Frän. Han har stöttat, lagat mat, tröstat, peppat, korrekturläst, hejat på och även kommit med värdefull konstruktiv kritik. Det hade absolut inte varit möjligt att studera i fyra år och samtidigt arbeta utan allt det som han är, betyder och gör.

Så: "Poesi"

Våga vilja vara välvilligt vänlig.

Skapa samtalande sammanhang som spirar.

Förvånas framförallt fantastiskt förundrad.

Medverka modigt mot möjliga meningslösheter.

Lev livet levandegörande.

Skippa samtidigt stilfullt småaktigheter.