



Konst som resurs i geriatrisk vård

Rapport från ett följeforskningsprojekt
om *Resa i tid och rum – en
konstvandring på Nacka sjukhus*

MAJ 2019, MAX LILJEFORS OCH ÅSA ALFTBERG

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	4
Presentation av projektet <i>Resa i tid och rum – en konstvandring på Nacka sjukhus</i>	5
Bakgrund: konstpedagogik	6
Bakgrund: konst och hälsa	8
Observationer	12
Planering	12
Förberedelser	12
Samling	12
Inför konstverken: <i>Träd</i> av Maria Boij.....	14
Reflektioner	16
Inför konstverken: <i>Asylum</i> av Lovisa Ringborg	17
Reflektioner	19
Inför konstverken: <i>Brita</i> av Maria Luostarinen	21
Reflektioner	21
Perspektiv från aktörer (intervjuer)	22
Patienter	22
Reflektioner	23
Personal	23
Reflektioner	25
Verksamhetschef	26
Reflektioner	26
Kulturförvaltningen i Region Stockholm	27
Reflektioner	28
Slutsatser	29
Sammanfattande intryck	29
Personalens roll och kompetens	30
Existentiell hälsa	31
Framtiden	32
Referenser	33

Sammanfattning

Sedan 2017 bedrivs konstvandringar för patienter i geriatrisk vård vid Nacka sjukhus i samarbete med kulturförvaltningen och Kompetenscentrum för kultur och hälsa vid Region Stockholm. Det övergripande målet är att höja patienternas livskvalitet genom att integrera konsten i vård- och omsorgsarbetet. Det innebär att konsten ska tas till vara och synliggöras som en resurs i personalens arbete med avdelningarnas ofta multisjuka patienter samt stimulera social interaktion mellan patienterna, mellan patienter och personal samt mellan patienter och anhöriga. Tanken är att konsten ska möta ett mänskligt behov av kulturella uttryck, uppmuntra kreativitet och ge rum för reflektion, distraktion, stimulans eller tröst. Genom en introduktion i att visa och samtala kring den befintliga konsten har vårdpersonalen fått möjlighet att genomföra egna visningar i samtal med patienterna. Konstvandringarna har studerats i ett följeforskningsprojekt under 2018. Forskarna bedömer att konstvandringarna ökar välbefinnandet hos patienterna. Konstvandringarna kan ses som ett verktyg för att bejaka det friska i patienten genom att de ger kognitiv stimulans åt patienterna och ökar deras sociala delaktighet. Dessutom berikar konstvandringarna vårdmiljön för patienter och personal. Forskarna menar att en förutsättning för ett gott resultat vid interaktioner med konst är att personalens vårdkompetens tas till vara i kombination med den konstpedagogiska kompetensen.

Inledning

I december 2017 började så kallade konstvandringar för patienter att genomföras på två geriatriska avdelningar vid Capio Geriatrik Nacka, Nacka sjukhus. Under våren och hösten 2018 genomfördes ett följeforskningsprojekt kring dessa visningar. Det huvudsakliga syftet med följeforskningen har varit att utvärdera huruvida konstvandringarna utgör ett berikande element i vårdmiljön samt att undersöka den konstpedagogiska metod som utvecklats för vårdkontexten. I förlängningen är tanken att resultaten från följeforskningen ska kunna vara vägledande för utvecklingen av liknande framtida projekt. Följeforskningen syftar även till att dokumentera patienternas upplevelser av konstvandringarna, liksom personalens och verksamhetschefens erfarenheter av och synpunkter på de möjligheter och svårigheter som de uppfattar att konstvandringarna medför. Följeforskningen har genomförts på uppdrag av kulturförvaltningen samt Kompetenscentrum för kultur och hälsa, Region Stockholm.

Det empiriska materialet insamlades under våren och hösten 2018 genom deltagande observationer vid tre konstvandringar samt genom intervjuer med patienter, personal, verksamhetschef samt en konsthandläggare och samordnare vid kulturförvaltningen, Region Stockholm, som varit delaktig i skapandet av konstvandringarna. Vidare har samtal förts i kompletterande syfte med en intendent vid Moderna museet i Stockholm med ansvar för konstförmedling, som har utbildat personalen på avdelningarna i konstförmedling samt författat texter om konstverken i den arbetshandbok som hör till konstvandringarna. Vi har också genomfört deltagande observationer vid två konstvandringar för personalen som intendenten från Moderna museet hållit i.

Metoden med deltagande observationer ger möjlighet att undersöka såväl patienternas möte med konstverken som interaktionen mellan patienter och personal. Vidare kan metoden fånga detaljer i och runt konstvandringarna som av aktörerna själva uppfattas som alltför triviala eller självklara för att uppmärk-

sammats och omtalas, men som kan visa sig vara viktiga för att förstå det undersökta fenomenet (Ehn & Löfgren 2012). Observationerna inbegriper också de informella samtal som uppstått i samband med konstvandringarna. Intervjuerna är av kvalitativt slag och syftar till att framhålla individens egna erfarenheter och förståelse av det studerade fenomenet (Kvale & Brinkmann 2009).

Innan följeforskningen påbörjades gjordes en etisk prövning av projektet av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr 2018/606-31). Såväl patienter som personal har informerats i förväg om vår närvaro under konstvandringarna och anledningen därtill. Under arbetet med projektet har etiska risker konsekvent beaktats. Deltagande observationer handlar inte om att iaktta och exponera personer, utan om att studera samspelet mellan människor i en given situation. En etisk risk är att aktörer känner sig obekväma med att bli studerade, vilket vi har hanterat genom att visa att vår uppmärksamhet varit riktad mot konsten och hur konsten förmedlas, inte mot specifika personer. En annan risk under deltagande observationer är att forskningspersonerna istället glömmer bort att det som sker och sägs i situationen samlas in som forskningsmaterial. Därför har vi övervägt hur händelser och personer framställts i fältanteckningarna och vi har undvikit beskrivningar med alltför personlig karakteristik av deltagarna. Vid intervjuerna har vi strävat efter att anpassa intervjusamtalet efter den specifika situationen och lyssna på intervjupersonen på ett sådant sätt att personen själv kan avgöra vad och hur mycket han eller hon vill berätta.

Följeforskningen har genomförts av Max Liljefors, professor i konsthistoria och visuella studier vid Lunds universitet och Åsa Alftberg, etnolog och universitetslektor vid Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö universitet. Liljefors har tidigare drivit ett forskningsprojekt om konstförmedling till personer med Parkinsons sjukdom, i vilket Alftberg också medverkat. Det projektet ägde rum inom ramen för det tvärvetenskapliga forskningsprogrammet och Linnémiljön BAGADI-

LICO vid Lunds universitet, finansierat av Vetenskapsrådet mellan 2008-2018, och genomfördes i samarbete med Minneskliniken vid Skånes Universitetssjukhus samt med Malmö konsthall, Malmö museer och Skissernas museum i Lund. (Rosenqvist & Suneson 2016; Alftberg & Rosenqvist 2017; Liljefors kommande 2019).

Presentation av projektet

Resa i tid och rum – en konstvandring på Nacka sjukhus

I samarbete med två geriatriska vårdavdelningar på Nacka sjukhus har kulturförvaltningen vid Region Stockholm sedan december 2017 genomfört ett projekt med så kallade konstvandringar. Projektets titel är ”Resa i tid och rum – en konstvandring på Nacka sjukhus”.

Konstvandringarnas syfte är att med hjälp av konsten stimulera det friska hos patienten för att därigenom öka upplevelsen av hälsa. Patienterna på avdelningarna brukar vara i åldern 50–80 år och stannar vanligen omkring en till 30 dagar. Projektet vill ta till vara och synliggöra konsten som en resurs i personalens arbete med avdelningarnas patienter samt stimulera social interaktion mellan patienterna, mellan patienter och personal samt mellan patienter och anhöriga på besök. Ytterligare ett mål är att generera erfarenheter som andra vårdverksamheter kan ha nytta av vid liknande framtida initiativ. Det övergripande målet är alltså att höja patienternas livskvalitet genom att integrera konsten i vård- och omsorgsarbetet.

Konstutställningen som konstvandringarna äger rum i är placerad inne på vårdavdelningarna och har producerats och kuraterats av avdelningen för konst på kulturförvaltningen Region Stockholm, i dialog med verksamheten på avdelningarna. Initiativet till konstvandringarna togs ursprungligen av verksamheten.

Konstvandringarna omfattar elva stationer i form av konstverk. Tio av dem är placerade inne på avdelningarna och är inskaffade för ändamålet. Det elfte utgörs av en väggbaserad keramikinstallation av Stig Lindberg, installerad i entréhallen till Nacka sjukhus 1965, när sjukhuset byggdes. Till konstvandringarna hör också en arbetshandbok som fungerar som ett pedagogiskt verktyg. I arbetshandboken finns varje konstverk presenterat med bild och en kortfattad text med information och frågor som syftar till att stimulera dialog. Den är färgkodad för att underlätta flexibel navigering och texterna är anpassade till målgruppen patienter inom geriatrisk vård. Arbetshandboken har

ett format som gör att den passar på en rullatorbricka och den kan torkas av om den utsätts för väta. Den är också utformad för att uppfylla verksamhetens hygien- och säkerhetskrav. Den är fritt tillgänglig på avdelningarna.

Konstvandringarna kan liknas vid en guidad tur genom en konstutställning utifrån en dialogbaserad pedagogik riktad till patientgruppen vid avdelningarna. Då konstvandringarna sker på två geriatriska avdelningar är patienterna som regel äldre eller i övre medelåldern, multisjuka och med fysiska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar av varierande slag. Projektets utgångspunkt är att den geriatriska vården har efterfrågat meningsfulla aktiviteter för denna grupp av patienter, som kan erbjuda fysisk och intellektuell stimulans samt social interaktion. Konstvandringarna leds av någon i personalen och antalet deltagande patienter kan uppgå till ett dussin. En konstvandring tar normalt cirka 45 minuter. Dessutom används konstverken på avdelningarna för spontana, kortare konstvandringar med enskilda patienter. För att ge konstverken en ändamålsenlig visuell exponering har verksamheten investerat i en ny belysningsanläggning, en relativt stor ekonomisk satsning.

En tanke bakom projektet är att konsten ska möta ett mänskligt behov av kulturella uttryck, uppmuntra kreativitet och fantasi och kunna ge rum för reflektion, distraktion, stimulans och tröst. Patienterna ges möjlighet att uttrycka sin subjektivitet och ta del i meningsskapande processer. Konstvandringarna blir därigenom ett verktyg för att bejaka det friska i patienten. Konsten berikar också vårdmiljöns karaktär.

Urvalet av konstverk har gjorts för att utställningen ska kunna tala till flera sinnen. De flesta verken är bilder – målningar, fotografier, teckningar och grafik – som riktar sig till synsinnen, men utställningen innehåller också ett antal verk i keramik som patienterna kan beröra taktilt. Vidare ingår ett ljudkonstverk med hörlurar. Tanken är att konsten inte bara ska ha en dekorativ funktion utan stimulera till estetiska erfarenheter, tolkande processer och dialog. Därför har verk valts som inte bara är ”vackra” i vardaglig bemärkelse utan också har en nivå av komplexitet och mångtydighet som erbjuder olika slags associationer och tolkningar.

Bakgrund: konstpedagogik

Konstvandringarna på Nacka sjukhus inbegriper att konstverk förmedlas av personal på avdelningarna till patienterna. Häri ligger ett pedagogiskt moment och det finns därför skäl att översiktligt skissera en konstpedagogisk bakgrund till konstvandringarna.

I vanliga fall utgör ett konstmuseum eller en konsthall det sammanhang där konstpedagogik praktiseras, genom att en konstpedagog eller någon annan expert förmedlar konsten till en publik som sökt sig dit för detta specifika ändamål. Traditionellt har sådana konstvisningar haft formen av att konstpedagogen förmedlar kunskap om konsten – om konstverket, om konstnären, den historiska perioden då verket skapats och så vidare – till mottagare som förmodas inte veta lika mycket om dessa saker. Rollerna är ganska entydiga: pedagogen ger kunskap, publiken tar emot den. Kunskap, erfarenheter och synpunkter som mottagarna själva bär med sig till konstverket ges föga vikt i detta slags konstpedagogiska situation. Kunskapsöverföringen tenderar att vara monologisk och enkelriktad (vilket inte behöver förstås som negativt) (Aure et al. 2009: 20).

I konstvandringarna är den pedagogiska situationen annorlunda på flera sätt. Den fysiska miljön är inte planerad för konstförmedling i första hand och personalen är inte experter på konst eller konstpedagogik. Patienterna har inte sökt sig till avdelningarna i syfte att uppleva konst och deras kognitiva och fysiska förmåga kan utgöra särskilda begränsningar. Vidare är huvudsyftet med avdelningarnas verksamhet inte att sprida kunskap om konst utan att vårda patienterna, och konstvandringarna måste därför fungera i enlighet med detta syfte. De bör berika patienterna och stimulera deras välbefinnande. Detta gör att en *dialogbaserad* konstpedagogik befunnits lämpa sig bättre än en traditionell monologisk. Dialogbaserad pedagogik har länge förespråkats inom det konstpedagogiska teorifältet (Lindberg 1991; Illeris 2002) och det finns idag på många konstinstitutioner en medvetenhet om dialogiska förmedlingsmetoder. Man har överlag rört sig

bort från en syn på museibesökaren som en passiv mottagare som ska fyllas med kunskap som konstinstitutionen förväntas besitta (Lindberg 1991: 16; Illeris 2006: 6, 18).

Inte sällan är denna utveckling förknippad med en kritisk syn på inställningen att kunskap bör konstrueras uppifrån och ner, från de som har makt till dem som inte har det (Rosenqvist & Suneson 2016). En sådan maktkritisk syn medför att den kunskap som mottagaren för med sig till konstverket eller utvecklar på plats inför verket också tillskrivs ett värde i den konstpedagogiska situationen. Konstpedagogen och deltagarna i en konstvisning tar då konstverket som en gemensam utgångspunkt för att tillsammans undersöka olika idéer och tolkningar. Det är således inte kunskap om verket eller konstnären som är konstpedagogikens egentliga objekt i dessa situationer, utan de idéer, tankar och känslor som konsten förmår väcka hos betraktaren (Lindberg 1991). Det dialogiska perspektivet har vidare utvecklats inom feministisk teori och queer-teori som betonar att mångfaldiga identifikationer och historieskrivningar kan samexistera parallellt. Olika personer upplever och tolkar konstverk på olika sätt, och feministisk och queer-teori har belyst hur vissa aktörers tolkningar har dominerat på bekostnad av andras, som istället osynliggörs (Kosofsky Sedgwick 2003; Halberstam 2011). Ett maktkritiskt perspektiv inom konstpedagogiken vill främja ett förhållningssätt till kunskap och konst som låter förbisedda och undertryckta aktörers perspektiv att synliggöras (Rosenqvist & Suneson 2016).

Inom konstpedagogiken har de senaste decennierna flera dialogbaserade metoder utvecklats som syftar till att förvandla museibesökare från passiva mottagare till aktiva medskapare i meningsskapandet runt konsten (Hooper-Greenhill 2000, 1994; Bishop 2006). Ofta är sådana metoder – exempelvis *Visual Thinking Strategy* (Rice 1991), *Learning Through Arts* (Costantino 2002) och *Object-Based Learning* (Hein 1998) – inriktade mot barn och ungdomar, alltså en annan

grupp av deltagare än dem man finner inom geriatrisk vård. När det gäller metoder särskilt inriktade mot deltagare med kognitiv svikt har Museum of Modern Art i New York gått i bräschen med ett visningsprogram kallat *Meet Me*, som startade 2007, för personer med Alzheimers sjukdom och deras anhöriga. Programmet, som har utformats i samarbete med och utvärderats av New York University Center of Excellence for Brain Aging, har konstaterats öka deltagarnas upplevda livskvalitet, stimulera deras kognitiva förmågor och motverka social isolering (Mittelman & Epstein 2009). I Sverige har ett liknande samarbete genomförts mellan Malmö konsthall, Club Cefalon, en dagverksamhet för yngre med demenssjukdom, och Minneskliniken vid Skånes universitetssjukhus, med positiva resultat. Under 2013–2015 arrangerades i Sverige det rikstäckande projektet *Möten med minnen*, ett samarbete mellan Alzheimerfonden, Demensförbundet, Svenskt Demenscentrum och Nationalmuseum, med konstvisningar för demensdrabbade på totalt ett 80-tal svenska konstmuseer och konsthallar. I både *Meet Me* och *Möten med minnen* fokuserar visningarna på deltagarnas associationer kring och upplevelser av konsten, vanligen med utgångspunkt i ett specifikt tema som introduceras av konstpedagogen, exempelvis "familj",

"staden" eller "impressionism". Liksom i metoderna med inriktning mot unga så arbetar konstpedagogik för patienter med kognitiv svikt ofta med dialogisk kommunikation. Sjukdomar som negativt påverkar minne, perception, koncentration, abstrakt tänkande och mental uthållighet utgör särskilda villkor för dialogen, men det är också i sådana fall som dialogbaserade metoder kan ha särskilt positiva effekter, genom att stimulera kognitiva förmågor och social delaktighet (Rosenqvist & Suneson 2016; Alftberg & Rosenqvist 2017).

Konstvandringarna i Nacka är dialogbaserade, men som påpekats ovan är den fysiska miljön inte en "konstmiljö" och vårdpersonalen är inte konstpedagoger med expertkunskaper om konst. Detta utgör signifikant annorlunda omständigheter än de exempel från konstmuseer och konsthallar som nämns ovan. Personalen på avdelningarna har dock fått en kortare utbildning för ändamålet, genom att de själva deltagit i konstvandringar som letts av en intendent med inriktning på förmedling från Moderna museet i Stockholm. Vi redovisar våra intryck av personalens roll som förmedlare av konsten i kapitlen Observationer och Slutsatser.

Bakgrund: konst och hälsa

Under senare år har kunskapen vuxit om att estetiska upplevelser och konstnärliga aktiviteter kan ha hälsofrämjande och läkande effekter. Det gäller såväl när patienter betraktar konst eller dans, läser litteratur eller lyssnar på musik, som när de själva ägnar sig åt konstutövande – målar, dansar, skriver eller musicerar. Framför allt tycks konsten kunna ha positiva effekter vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (till exempel autism) och vid långvariga eller kroniska tillstånd som medicinsk behandling inte fullt kan bota eller lindra, som depression, oro, kronisk smärta, stressrelaterade sjukdomar såsom utmattningssyndrom och demenssjukdomar och så vidare. Studier visar att engagemang i konst kan stärka förmågan till koncentration, minne och kommunikation hos deltagare med demens (Musella et al. 2009; Rosenberg 2009; se även Wikstrom 2002) samt öka patienters välbefinnande, upplevda livskvalitet och känslan av samhörighet och gemenskap (Eekelaar et al. 2012; Camic et al. 2014). Även när sådana förbättringar är kortvariga kan ökad social förmåga värderas som mycket betydelsefull, inte minst av närstående (MacPherson et al. 2009; Reid & Hartzell 2013). Likaså tycks eget skapande ge positiva effekter, fysiskt, psykiskt och socialt (McLean et al. 2011), samt ökad livskvalitet (Chancellor et al. 2013). Konstarna kan därmed utgöra vad som i vårdvetenskaperna brukar kallas en ”berikad miljö” (*enriched environment*) med terapeutiska effekter (Brodén 2014).

Intresset för konstens hälsoeffekter har vuxit inte minst eftersom kostnaderna för ovannämnda sjukdomstillstånd har ökat och förväntas öka ytterligare, såväl samhällsekonomiskt som i form av mänskligt lidande. En åldrande befolkning och en ökning av stressrelaterade sjukskrivningar utgör idag betydande utmaningar för vårdapparaten i Sverige och flera andra välfärdsländer. Som en följd har intresset för kultur och hälsa ökat både vetenskapligt och folkhälsopolitiskt. Utvecklingen i Sverige beskrivs i antologierna *Kultur och hälsa. Ett vidgat perspektiv* (Sigurdson 2014) och

Kultur och hälsa i praktiken (Sjölander och Sigurdson 2016), utgivna av Centrum för kultur och hälsa vid Göteborgs universitet. En omfattande kartläggning av utvecklingen i Storbritannien, där fältet benämns *creative health*, har nyligen tagits fram av en tvärvetenskaplig arbetsgrupp i det brittiska parlamentet (APPG 2017).

I rapporten konstateras att konst och kultur på olika sätt kan lindra patienters lidande och stärka deras välbefinnande, minska behovet av medicinering och läkarbesök samt påskynda tillfrisknande och rehabilitering. Hälsofrämjande effekter kan nås genom hela livscykeln, under graviditet och vid födseln, över barn- och ungdom, genom vuxenlivet och i ålderdomen och i livets slutskede. Exempelvis presenteras resultat som visar att levande musik under intensivvård av för tidigt födda barn påskyndar stabilisering och ger kortare vårdtid. Utsmyckade förlösningssrum har befunnits bidra till kortare förlösningstid och minskat behov av smärtstillande medel. Olika former av konstengagemang har befunnits främja återhämtning efter stroke, lindra kroniska andningsbesvär och cystisk fibros samt minska lidandet vid hjärtsjukdomar, cancer, diabetes och demens. Konstarna kan också hjälpa människor att finna mening inför döden. APPG-rapporten konstaterar att konsten besitter en stor och i hög grad outnyttjad potential att reducera mänskligt lidande och samhällskostnader som följd av ohälsa.

Fältet konst och hälsa involverar flera aspekter av mänsklig tillvaro och specifika projekt kan betona olika aspekter. Gunilla Priebe och Morten Sager (2014) menar att fältet spänner över fyra dimensioner: konst, hälso- och sjukvård, det sociala och det individuella. Detta illustreras i figuren ”konst- och hälsodiamanten” (bild 1), (skapad av MacNaughton et al. 2005). I vissa projekt utgör konstarnas hälsofrämjande potential en självständig utgångspunkt, medan konsten i andra projekt är ett komplement till traditionell vård. Vissa projekt riktas i första hand till enskilda individer, andra är riktade till grupper eller hela befolkningar.

Figurens vänstra sida visar att gruppinriktade projekt kan arbeta med sociala relationer och gemenskap som en indirekt hälsofaktor eller använda konst för att motivera befolkningsgrupper att göra hälsofrämjande val. Figurens högra sida visar att individfokuserade projekt kan utgå från individens kreativitet som en hälsofrämjande faktor i sin egen rätt eller syfta till att komplettera biomedicinska vårdinsatser (Priebe & Sager 2014: 65).

Konst- och hälsodiamanten visar på komplexiteten när konst och estetiska upplevelser tar plats i vårdsammanhang. Men figuren bör nog inte förstås som ett koordinatsystem där man entydigt kan placera in ett visst projekt på en specifik position. Konstvandringarna på Nacka sjukhus ingriper alla fyra dimensionerna och proportionerna mellan dem är inte självklara. Det framgår av våra observationer att individens kreativitet utgör en viktig faktor i form av tolkningsprocesser som skapar mening. Men samtidigt stärks samhörigheten i gruppen genom att tolkningarna uttrycks i samtal mellan patienterna och mellan patienter och personal. I detta fall går inte individuell kreativitet och samhörighet att skilja från varandra som hälsofrämjande faktorer, och vad som är viktigast i denna samman-

satta situation kan vara olika för olika patienter. Utgångspunkten för konstvandringarna är att patienternas interaktion med konsten har ett egenvärde genom att verka stimulerande och berika deras tillvaro på vårdavdelningarna. Konsten ersätter inte existerande vårdinsatser men kan sammanfalla med och förstärka dem. Exempelvis kan motivationen öka för gångträning, som ofta är ett viktigt inslag i rehabilitering, om det finns ett mål för promenaden i form av ett konstverk, inför vilket patienten och personalen kan stanna upp och föra ett meningsfullt samtal, istället för att bara planlöst vandra fram och tillbaka längs korridoren. Aktiviteter som konstvandringarna kan alltså inbegripa flera hälsofrämjande komponenter vars effekter inte enkelt kan isoleras från varandra. Därför, menar vi, bör de betraktas utifrån ett holistiskt synsätt som erkänner deras sammansatthet och komplexitet.

Sammansatthet och komplexitet bidrar till att orsakssammanhang mellan konst och hälsa inte alltid är enkla att fastställa. Även om många studier konstaterar positiva hälsoeffekter av olika slag från interaktioner med konst, så visar storskaliga statistiska studier inte någon enkel överensstämmelse mellan människors kulturvanor och deras egen skattning av sin fysiska

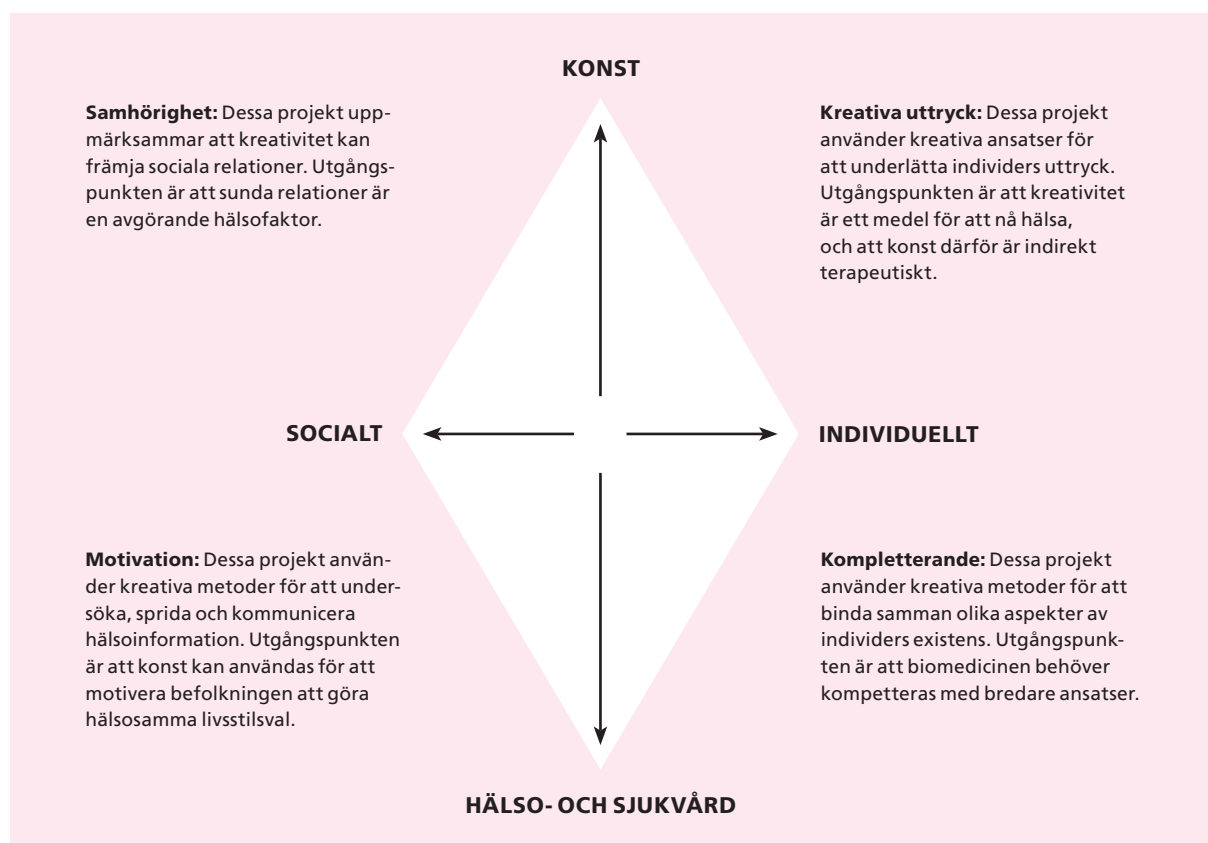


Bild 1: Konst- och hälsodiamanten (MacNaughton et al. 2005, i Priebe & Sager 2014).

och psykiska hälsa. Brodén förordar en sund skepsis gentemot överdrivna förväntningar på konstens hälsoeffekter (Brodén 2014: 149–50). Interaktioner med konst utgör, som nämnts, mångdimensionella situationer och det är sällan lätt för forskare att separera olika faktorer från varandra. Exempelvis diskuterar Kinney och Rentz (2005) hur personer med demenssymptom, såsom reducerad verbal och kognitiv förmåga, likväl kan kommunicera genom teckning och måleri, vilket både kan skänka berikande sinnesupplevelser, ge en känsla av delaktighet och stärka självkänslan. Författarna frågar sig, vad det är som gör att konstprojekten kan framkalla så mycket glädje och engagemang hos deltagarna? Uppslukas de av en kreativ process som låter hjärnan ”bortse” från sjukdomen? Eller handlar det om social delaktighet och tillhörighet i en skapande process tillsammans med andra? Sociala relationer kan betyda mer än kognitiv förmåga för identitet och självbild, något som ställs på sin spets vid demenssjukdomar som ofta uppfattas som ett upplösande av individens jag (Alftberg & Rosenkvist 2017).

Fältet konst och hälsa är också komplext i bemärkelsen att det beforskas av flera vetenskapliga discipliner som ofta har olika kunskapssyn och metodik. Flera typer av data kan inhämtas som inte med lätthet låter sig ”översättas” till varandra: fysiologiska eller biokemiska reaktioner i hjärnan eller andra delar av kroppens inre som är kvantitativt mätbara, observerbara yttre beteenden såsom ökad pigghet eller initiativförmåga, patientens självskattningar utifrån färdigformulerade skalor med värdeord eller smiley-symboler samt patientens subjektiva beskrivningar i egna ord av sina upplevelser. Inhämtningen av dessa typer av data är underkastade olika villkor när det gäller en mängd faktorer, exempelvis vilken tidsrymd som skiljer interaktionen med konsten från insamlingen av data, hur själva datainsamlingen – till exempel en medicinsk undersökning eller en intervjusituation – kan påverka de effekter som avses studeras, och hur resultaten är beroende av skillnader mellan patienters olika sätt och förmåga att förstå och uttrycka sig. Det är sammantaget inte självklart hur olika slags data ska vägas mot varandra för att ge en rättvisande bild. Denna komplexitet bidrar till att strikt kausala förhållanden kan vara svåra att belägga, och APPG-rapporten (2017: 41) konstaterar att studier ofta undviker att tala om orsakssamband och hellre uttrycker sig i svagare termer

av ”korrelationer” mellan kultur och hälsa.

Olika discipliner har också ofta på ett mer grundläggande plan skillnader i synen på vad som konstituerar giltig och värdefull kunskap. Priebe och Sager (2014: 69–70) påpekar att medicin- och hälsovetenskaperna som regel eftersträvar omfattande kvantitativa studier med kontrollerad design och fördefinierade hälsoutfall, så kallade randomiserade kontrollerade studier (RTC:s, *randomized controlled trials*). Humanistisk forskning bygger däremot ofta på mindre fallstudier och kvalitativa analyser med resonerande och tolkande inslag. Från medicinarnas synvinkel kan kvalitativa studier anses sakna tillräckligt evidensvärde, medan humanister kan finna att kvantitativa studier reducerar komplexitet och inte fångar patientens subjektiva erfarenheter. I ljuset av dessa skillnader förespråkar den brittiska APPG-rapporten vad som kallas en ”realistisk approach”. En sådan approach bygger på verifierbara data av flera slag, men är skeptisk till det principiella grundantagandet för RTC-studier, att enskilda komponenter i en sammansatt intervention kan isoleras som enda åtskiljande faktor mellan experimentgrupp och kontrollgrupp. Istället, föreslår rapporten, bör metodologin utformas pragmatiskt med hänsyn till komplexiteten i varje situation och bör även sträva att göra rättvisa åt patienternas beskrivningar av sina erfarenheter. Målet, heter det, bör vara att förstå “vad som fungerar, för vem och under vilka omständigheter” (2017: 40-42).

Vidare inramas forskningsfältet konst och hälsa av diskussioner om hur själva hälsobegreppet bör definieras. När Världshälsoorganisationen (WHO) bildades 1948 fastslog man att hälsa utgörs av ”ett tillstånd av totalt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller svaghet”.¹ Kritik har riktats mot att definitionen är orealistisk och alltför omfattande: ett totalt välbefinnande i alla dimensionerna, den fysiska, den mentala och den sociala, förefaller utopiskt och ouppnåeligt. Men på senare år har röster höjts för att WHO:s definition också är otillräcklig och att dess tre dimensioner behöver kompletteras med en fjärde, som ofta ges namnet *andlig eller existentiell hälsa* (Sigurdson 2014; Melder 2011). Vi kan inte gå in i detalj på vilka innebörder dessa två termer ges av olika författare, men det är viktigt att förstå att begreppet ”andlig” (*spiritual*) här inte är liktydigt med ”religiös”. Existentiell hälsa, som är det begrepp vi

1 “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” *Constitution of the World Health Organization*, sid. 1. Konstitutionen antogs vid International Health Conference i New York 19 juni–22 juli 1946 och trädde i kraft den 7 april 1948. Definitionen har inte ändrats sedan dess.

har valt att använda i denna rapport, handlar om meningsfullhet och självförståelse, vilket för vissa människor må vara förknippat med religiös tro, men som för andra inte alls behöver involvera något religiöst ramverk. I ett nötskal kan existentiell hälsa sägas handla om en människas förhållningssätt till sig själv och sin livssituation, även när livet består av sjukdom, lidande och förlust.

De fyra hälsodimensionerna (eller fem, enligt Sigurdson, som gör en distinktion mellan andlig och existentiell hälsa) är inte oberoende från varandra men betingar inte heller varandra fullständigt. En individ kan lida av ohälsa i en dimension men ”ha hälsan” i andra. Likaledes kan estetiska upplevelser och konstnärliga aktiviteter tänkas ha konstaterbara hälsoeffekter i vissa hälsodimensioner men sakna dem i andra. Som begrepp är dessa dimensioner dock alltid idealiseringar av aspekter som i individens liv oundvikligen är sammanflätade. Detta pekar återigen mot komplexiteten hos fältet konst och hälsa, och i denna komplexitet står existentiell hälsa för ett element av självreflektion och medvetet förhållningssätt. Filosofen Insoo Hyun, som har forskat om vad han benämner ”andlig ångest” (*spiritual distress*) under sjukdomskriser, menar att andlighet omfattar ”erfarenhetsmässiga och känslomässiga aspekter av personligt sammanhang (*personal connection*), inre frid och stöd”. En del människor finner andlighet, påpekar Hyun, genom religiösa traditioner, andra i naturen, i musik eller konst eller genom att vara del av en gemenskap (Hyun 2016: 128). Utifrån detta synsätt kan konsten ge berikande upplevelser när livet i övrigt är svårt och kan därigenom bidra till individens förståelse av sig själv som någon som *kan* känna glädje. En viktig aspekt i detta avseende är att estetiska upplevelser kännetecknas av, som det heter i en annan brittisk rapport, en dubbel rörelse: konsten skapar samtidigt engagemang och en estetisk distans och denna dubbelhet kan befrämja en reflexiv hållning hos betraktaren (Crossick & Kaszynska 2016: 42). När det yttre livet är kringskuret, kan konsten öppna en inre rymd där individen kan hitta och forma reflekterade förhållningssätt som hopp (Hyun 2016), mod, lugn, acceptans, tacksamhet eller förundran.

Vi vill lyfta fram två ytterligare aspekter av existentiell hälsa som vi återkommer till i våra observationer och slutsatser. De tillskrivs stor vikt av den amerikanske läkaren Atul Gawande, i hans bok *Being Mortal* (2014), som handlar om vården av patienter i livets slutskede. Gawande är kritisk till vad han ser som (den amerikanska) vårdapparatens ensidiga fokusering på medi-

cinska behandlingar i syfte att förlänga patientens liv så länge som möjligt, oavsett svåra biverkningar som medför stort lidande för patienten. Istället, menar han, bör vården lägga mer omsorg på vad patienten *upplever* som mest värdefullt nära livets slut. Gawande identifierar två saker som återkommer som värdefulla i de många exempel han återger i sin bok. Det ena är *autonomi*, det andra är att *bryta isoleringen* som ofta följer med sjukdom. Att bryta isoleringen kan innebära kontakt med både människor och djur, det viktiga tycks vara att ens tillvaro inte är avskuren från andras liv. Med autonomi förstår Gawande inte frånvaro från yttre begränsningar och tvång, alltså inte friheten att obehindrat kunna göra vad man önskar. Det är uppenbart att den sortens autonomi ofta är kraftigt begränsad vid sjukdom och funktionsnedsättning. Istället handlar det om en *inre* autonomi, om att, som Gawande uttrycker det, kunna vara ”författare till sitt eget liv” (140), även i plågsamma situationer man inte valt. Det handlar om att ges förmågan att forma ett förhållningssätt utifrån en känsla för vem man är och vad som är viktigt med ens liv. Gawande ger flera exempel (125; 177-178) på att ett stärkande av patientens inre resurser i denna riktning kan ge positiva medicinska effekter och i vissa fall förlänga patienters liv mer än medicinska behandlingar. Men enligt honom är det inte det som är den viktiga lärdomen. Det viktiga är att livet kan ha dimensioner av fullödlig meningsfullhet även i sjukdom och inför döden.

Gawande använder inte begreppet ”existentiell hälsa” utan termen välbefinnande (*well-being*), men i hans redogörelse känner vi igen det element av självreflektion som är central i de resonemang om existentiell hälsa som refererats ovan. Och även om konstvandringarna på geriatrikavdelningarna på Nacka sjukhus riktar sig till patienter som inte är lika svårt sjuka som dem Gawande skriver om, så menar han själv att hans tankar har principiell bäring. Välbefinnande, säger han, bör vara ett mål för all hälso- och sjukvård. Under konstvandringarna har vi observerat processer som tycks motsvara det som Gawande kallar autonomi och att bryta isolering. I denna rapport har vi emellertid valt att använda begreppen *agens* och *delaktighet* för att beskriva de processerna. I kapitlet Slutsatser går vi närmare in på deras innebörd. Här vill vi framhålla att en tonvikt på existentiell hälsa ligger i linje med ett personcentrerat och salutogent perspektiv, det vill säga ett *fokus på det som skapar hälsa* snarare än det som orsakar sjukdom. Detta förespråkas ofta inom fältet konst och hälsa (APPG 17; Brodén 137; Antonovsky 1996).

Observationer

I detta kapitel beskriver vi våra observationer under konstvandringarnas olika faser. Efter varje avsnitt presenterar vi våra reflektioner kring dem. Men först en kommentar kring en term som vi har valt att använda: den medlem ur personalen som har varit ledare för konstvandringarna kallar vi för *vandringsledaren*. Detta ord kanske i förstone tycks leda tankarna i en ovidkommande riktning mot skogs- eller fjällvandringar och det slags strapatser man förknippar med dem. Men faktum är att det är just den associationen vi önskar. Även om konstvandringarna äger rum inomhus på en liten yta, så har de just nämligen karaktären av *vandringar* – med flera sträckor som tar tid att tillryggalägga och med stopp på särskilt utvalda platser där man vilar men också tar in och samtalar om de ”utsikter” som erbjuds.

Planering

De konstvandringar som vi observerat har ägt rum på förmiddagarna och under ledning av en arbetsterapeut på avdelningarna. Denne vandringsledare förklarade för oss att personalen har prövat att förlägga konstvandringarna på olika tidpunkter på dagen, såväl på förmiddagen som på eftermiddagen. Det är nämligen mycket viktigt att de tidsmässigt fungerar med personalens och patienternas rutiner, dels för att patienterna ska få ut så mycket som möjligt av dem, dels för att personalen ska uppleva konstvandringarna som en *resurs* och inte som ett störningsmoment som konkurrerar med deras övriga arbetsuppgifter.

Konstvandringar genomförs omkring fyra gånger i månaden och brukar pågå i ungefär fyrtiofem minuter. Till detta kommer tiden som behövs för att samla patienterna och för att efter konstvandringens slut hjälpa dem tillbaka till deras rum eller till annan plats de vill befinna sig. Exempel på faktorer att ta hänsyn till i tidsplaneringen är när mat eller fika serveras, när patienter brukar vila sig och när olika vårdinsatser ska göras. En annan faktor är när patienterna tar emot

besök av anhöriga. I princip är det inget som hindrar att besökare följer med på konstvandringarna, men det kan då vara en fördel att patient och besökare är förberedda på detta. Ytterligare en faktor är hur lugnt eller hektiskt det är på avdelningarna vid olika tider eftersom konstvandringarna ska samsas om både plats och tid med den övriga verksamheten. Dessa överväganden görs av personalen och det är tydligt att detta är en viktig faktor för att konstvandringarna ska vara en integrerad och fungerande del av verksamheten som helhet.

Förberedelser

Personalen förbereder vanligtvis konstvandringen dagen innan. Man beslutar vilka ur personalen som ska medverka och vem som ska leda konstvandringen. Vilka konstverk som ska ingå och ordningsföljden bestäms också i förväg. Vanligtvis ingår tre eller fyra verk i en konstvandring, enligt personalen är det så många som det är realistiskt att hinna och orka med. Personalen kan förbereda sig genom att läsa om konstverken i arbetshandboken men har i övrigt inte något färdigt manus för konstvandringen. Dagen före konstvandringen informerar personalen patienterna på avdelningarna att konstvandringen ska äga rum och antecknar vilka som är intresserade av att delta.

Samling

En stund innan konstvandringen ska starta samlar personalen de patienter som uppgett att de vill delta. Med tanke på att många patienter har nedsatt rörlighet är det nödvändigt att tillräcklig tid planeras in för detta moment. I korridorerna är det inte alltid så enkelt att samla en stor grupp eftersom många personer, både personal, patienter och besökare, rör sig där. Därför sker samlingen i ett större utrymme som patientmatsalen, där det vanligtvis är lugnare förutom vid måltider. Eftersom samlingen tar tid i anspråk kan de patienter som är tidigt på plats få vänta en stund.

Vi har noterat, att när samlingen sker sitter ibland patienter i patientmatsalen som inte i förväg anmält att de vill delta i konstvandringen. När så är fallet uppmuntras dessa av personalen att följa med improviserat. Ingen patient nekas att delta om han eller hon spontant vill vara med just när konstvandringen ska börja. Attityden är inkluderande och ovillkorad. Vi har lagt märke till att personalen tydligt uttrycker glädje med röst och mimik när en patient tackar ja till att delta. Ibland har patienter inledningsvis varit tveksamma eller skeptiska till att följa med konstvandringen, måhända av trötthet, osäkerhet eller av annat skäl. Då har personalen aktivt uppmuntrat patienten, ofta med resultatet att han eller hon trots allt tackar ja. Att personalen i en sådan situation tydligt uttrycker glädje uppfattar vi signalerar till patienten att hans eller hennes deltagande ses som något värdefullt, något som berikar gruppen. Exempelvis hade fyra patienter anmält sig i förväg till en konstvandring och vid samlingen satt redan tre ytterligare patienter, som inte hade anmält sig, i patientmatsalen. Personalen frågade dessa om de ville delta, men de avböjde initialt. Patienterna fortsatte dock att prata om konstvandringen sinsemellan och när personalen strax efteråt uppmuntrade dem igen, valde två av dem att följa med.

Vid ett annat tillfälle satt redan en patient i matsalen tillsammans med en anhörig, de tycktes vara man och hustru. En annan patient kom in och berättade att konstvandringen skulle ske. Paret svarade att de inte var intresserade men började ändå prata om ett konstverk som finns i rummet, installationen *Träd* av Maria Boij. Kvinnan i paret tittade i arbetshandboken och påpekade att hon har keramik av Lisa Larsson hemma. Det är ett exempel på att konstverkets närvaro i sig startade ett spontant samtal, oavsett om konstintresset initialt föreföll litet.

I de konstvandringar vi observerat har antalet patienter varierat mellan sex och tolv. Personalen har uppgett att ett dussin deltagare är ungefär så många som kan vara med utan att den praktiska logistiken blir svårhanterlig. Nästan alla patienter använder rullstol eller rullator eller går på kryckor. Deltagande personal på konstvandringarna har varit mellan tre och sju till antalet.

När alla har kommit på plats och konstvandringen ska börja stänger personalen av TV-apparaten som dittills varit påslagen. Sedan kontrollerar personalen att alla sitter så att de kan se bra och att alla kan höra. Inte sällan är det patienter som först har svårt att uppfatta vad som sägs. Ibland får någon byta plats av detta skäl och vissa är i behov av en hörapparat med

anslutande mikrofon, som personalen då hämtar och använder under konstvandringen.

Samlingen är som ett litet projekt i sig, det kan ta tid och vara lite bökigt, men stämningen är påtagligt uppsluppen. Småprat pågår hela tiden mellan patienterna och personalen. Vi noterar att patienterna piggnar till och att förväntan stiger under denna fas. Personalen gör förberedelserna lugnt men målmedvetet. De vinnlägger sig om att varje patient sitter bra och kan se och höra ordentligt. Patienterna har olika grad av fysisk och kognitiv förmåga och personalen försäkras sig om att alla är införstådda med vad som ska ske. Principen tycks vara *connection before content*, ”kontakt före innehåll”, det vill säga att alla är med ombord kognitivt och socialt innan själva konstvandringen börjar. Vi noterar att personalen är samspelade och att samarbetet runt vem som hämtar patienterna och hjälper dem tillrätta fungerar smidigt.

Personalen delar ut arbetshandboken till patienterna. Alla som vill, får ett exemplar. En deltagare frågar: ”Får man behålla den?” Svaret är nej, men de finns alltid tillgängliga på avdelningarna. Vandringsledaren berättar för patienterna att elva konstverk ingår i utställningen, tio på avdelningarna och Stig Lindbergs keramikvägg i sjukhusentrén på markplan. Personalen berättar också att syftet med konstvandringarna är att tillsammans upptäcka och prata om konsten och poängterar att man inte behöver kunna något om konst för att njuta av ett konstverk och tolka vad det betyder. Vandringsledaren förklarar hur man kan använda arbetshandboken, att den är färgkodad så att man lätt kan slå upp ett visst konstverk och få information om verket och konstnären.

Efter denna introduktion kliver vandringsledaren åt sidan och uppmanar patienterna att titta på Maria Boijs installation *Träd*, som består av en trädliknande skulptur i glaserad keramik och två molnliknande formationer gjorda av tallrikar som är upphängda på väggen bakom skulpturen (bild 2 och 3). *Träd* blir det första konstverket som konstvandringen uppehåller sig vid.

Inför konstverken: *Träd* av Maria Boij

Patienterna tittar först tysta på *Träd* en knapp minut innan vandringsledaren pekar på keramikskulpturen och kastar ut frågan:

”Vad tänker ni på när ni ser den här?”

En patient svarar omedelbart: ”Ett gammalt träd. Med en tjock stam.” Hon är tyst några sekunder, sedan tillägger hon: ”Men knoppen ser ut som LEGO!”

”Vad säger du?” ropar en annan patient.

”Hör du?” frågar vandringsledaren. ”Nej!” svarar patienten. Personalen går och hämtar ännu en hörapparat och konstvandringen återupptas.

”Det ser ut som en tall” anmärker en patient.

”Vad tror du knoppen är för något?” frågar vandringsledaren. Ingen säger något.

”Har någon en tanke om det?” upprepar vandringsledaren. Ingen svarar.

”Förut tyckte någon att det såg ut som ett troll”, säger vandringsledaren. ”Man får fantisera om man vill.”

”Det ser ut som en cancersvulst” säger en patient som dittills varit tyst. ”Får man vara negativ?” tillägger han.

”Jadå, det får man” svarar vandringsledaren. ”Man får tolka precis hur man vill.”

”Jag tycker det ser ut som en atombomb” säger en patient. ”Som ett svampmoln!”

Samtalet fortsätter om vad keramikskulpturen ser ut som. Flertalet av patienterna är delaktiga på något sätt, svarar på varandras inspel och bidrar med sina egna tolkningar och infall.



Bild 2: Maria Boij, *Träd*. Foto: Per Mannberg

”Jag vill känna på den” inskjuter en kvinna som sitter på sin rullator. ”Får man det?”

”Javisst!” svarar vandringsledaren. ”Vi ska hjälpa dig.”

En ur personalen hjälper kvinnan fram till skulpturen. Hon lägger försiktigt sin hand på den och låter handflatan och fingrarna glida över den skrovliga, glaserade ytan.

”Tycker du om det?” frågar vandringsledaren. ”Jaa!” utropar kvinna och fnittrar.

”Hur känns den?” frågar en annan patient.

”Kall!” svarar kvinnan och skrattar högt. Andra patienter skrattar med henne.

Vandringsledaren pekar nu mot den andra delen av Maria Boijs installation, de två molnformationerna av tallrikar på vägen bakom keramikträdet.

”Känner ni igen porslinet?” frågar vandringsledaren.

”Är det från Gustavsberg?” frågar en patient.

”Ja, det är det” svarar personalen. Alla skrattar igen.

”Vilken är Ostindien?” frågar en patient.

Samtalet fortsätter med spontana inlägg från flera patienter om vilka tallrikar de känner igen eller tycker om, och om var Gustavsbergs porslinsfabrik är belägen.

Ett par av patienterna tycks veta en hel del om Gustavsberg.

Efter en stund kastar vandringsledaren ut frågan: ”Kommer ni att tänka på några minnen när ni tittar på porslinet?” Samtalet tystnar.

Sedan säger en patient: ”Ja, från när jag var barn. Från söndagsmiddagarna. Sådana man hade förr!”

”När jag var tio år, då flyttade vi” utbrister en äldre kvinna. Ingen svarar omedelbart. Patientens utsaga har inget uppenbart med konstverket att göra.

”Tänkte du på Dalarna?” frågar vandringsledaren som vet att patienten kommer därifrån, och kvinnan börjar då prata om sin barndom.

Andra patienter fyller i och samtalet tar fart igen. Stämningen blir livlig och uppsluppen. Flera berättar om minnen ur sina liv, ofta från unga år. Några håller kvar vid Gustavsberg och berättar saker eller ställer frågor om tallrikarna och porslinsproduktionen.

Efter en stund skjuter vandringsledaren in frågan: ”Vad tror ni konstnären har haft för tanke med tallrikarna?”

”Tallrikarna har funnits länge” påpekar en patient och samtalet övergår till hur gammalt Gustavsberg är



Bild 3: Konstvandring inför *Träd* av Maria Boij. Foto: Max Liljefors

och återigen vilka tallrikar patienterna känner igen.

”Vad säger ni om helheten då?” frågar vandringsledaren. Det blir tyst igen, tills en patient säger: ”Det är svårt att säga ... Men det är en vacker helhet.”

”Tallrikarna är som löv från trädet” säger en annan patient.

”Blad som flugit iväg. Höstlöv” tillägger en patient.

”Om tallrikarna är moln, då är väggen himlen” yttrar en annan. Ett par patienter hummar instämmande.

”Jag tycker om tallrikarna, det är hemtrevligt” säger kvinnan som fick en hörapparat.

Den livliga atmosfären har nu gått över i stillhet.

Vandringsledaren säger: ”Då är vi kanske färdiga här. Det är dags att gå till nästa konstverk.”

REFLEKTIONER

Konstvandringen uppehåller sig vid Maria Boijs installation *Träd* i runt 20 minuter, räknat från när själva konstvandringen började, det vill säga utan tiden som gick åt för samlingen. Om man jämför med en traditionell konstguidning på ett museum så är det en ovanligt lång tidsrymd att ägna åt ett enda konstverk. Under denna tid har mycket hänt. Många infallsvinklar, såväl muntra som dystra, har kommit upp. Stämningen i gruppen har svängt mellan uppsluppenhet och begrundan, mellan iver och stillhet. Här följer några reflektioner om vad vi observerat.

Som påpekats ovan har de deltagande patienterna olika grad av fysisk och kognitiv förmåga. Men tvärtom vad man kunnat förmoda, så är det inte de starkaste i dessa avseenden som varit de mest aktiva under konstvandringen. Även fysiskt svagare patienter och patienter med en tydlig grad av kognitiv svikt har varit delaktiga. Vi tror att konstvandringarnas dialogbaserade pedagogik och arbetssätt bidrar väsentligt till den höga graden av delaktighet.

Tonvikten på dialog innebär att deltagarnas subjektiva inspel och tolkningar står i centrum, inte konsthistoriska fakta. Visserligen tillhandahåller arbetshandboken viss information och flera patienter konsulterar skriften under konstvandringarna, men vi uppfattar att det snarast handlar om att etablera en grundläggande kunskapsbas och att stilla nyfikenhet, inte om att söka ”rätt svar” på frågan vad

konstverket handlar om. ”Man kan inte tycka fel” är budskapet som personalen förmedlar till deltagarna.

Vi noterar att varken vandringsledaren eller den övriga personalen axlar en roll som lärare eller bedömare av patienternas inspel. Tvärtom visar de under konstvandringarna att de inte sitter inne med ”rätt” kunskap och placerar sig därmed på samma nivå som patienterna. Vi ser också att personalen ger respons på alla inspel från patienterna, utan att skilja mellan ”enkla” och ”avancerade” tolkningar. Vanligen består responsen konkret i att vandringsledaren vänder sig till den patient som talat och upprepar dennes utsaga, högt så att alla kan höra, ofta följt av en egen kommentar.

Vi noterar också konstvandringens kollektiva karaktär. Gruppen som helhet tycks följa med när stämningen svänger mellan samtal och tystnad, mellan uppsluppenhet och begrundan. Vi lägger märke till att patienterna i hög grad uppmärksammar och responderar på varandras inspel. Det var påtagligt exempelvis när en patient i exemplet ovan gick fram till och kände på Maria Boijs keramikskulptur. Då tystnade hela gruppen och följde hennes förflyttning fram till skulpturen och hur hennes hand strök över den. Som nämnts reagerade de också glatt på kvinnans muntra beskrivning av upplevelsen. Detta visar att patienterna känner ett engagemang i varandras erfarenheter. Efteråt ville andra patienter också röra vid skulpturen, medan åter

andra berättade att de tidigare hade känt på den.

Vi noterar att inte alla konstverk tycks vara lika lämpade för konstvandringarna. I patientmatsalen finns ytterligare ett verk placerat, Henrik Jonssons ljudkonstverk *Fönstermusik*. Verket består av en liten resväska innehållande en musikspelare och två hörlurar. I hörlurarna kan lyssnaren höra på vad som i arbetshandboken beskrivs som en ”ljudresa”. Det är ett ljudcollage som associerar till en resa genom olika miljöer, enligt konstnären från Nacka till Japan och tillbaka. I de konstvandringar vi observerat har detta verk inte använts och personalen har berättat att det är svårt att integrera det i konstvandringarna. En orsak är att bara som mest två personer kan lyssna samtidigt med hörlurarna och resten av gruppen kan då inte uppfatta vad dessa hör. Upplevelsen blir därmed inte delad på samma sätt som inför ett visuellt konstverk. Ljudverket har dock använts enskilt, det vill säga av en ensam patient tillsammans med någon ur personalen. Det har då hänt att patienter upplevt verket förvirrande och till och med skrämmande, kanske för att ljuden varit svåra att tyda eller fött obehagliga associationer. Verk av denna typ kan sägas ha en solipsistisk (från latinets *solus ipse* som betyder ”ensam själv”) prägel, eftersom lyssnaren med hörlurarna i viss mening blir isolerad från omgivningen. Sådana verk förefaller mindre lämpade för sociala verksamheter som konstvandringarna.



Bild 4: Lovisa Ringborg, *Asylum*. Foto: Lovisa Ringborg

Inför konstverken: *Asylum* av Lovisa Ringborg

Ett annat konstverk som ingår i konstvandringarna är Lovisa Ringborgs *Asylum* (bild 4 och 5). Verket är ett fotografi som är placerat i korridoren, vilket innebär andra förutsättningar. Det innebär en viss logistik att förflytta patienterna mellan konstverken eftersom nästan alla är beroende av rullstol, rullator eller kryckor, och dessutom behöver alla en sittplats inför konstverket. I korridoren rör sig personal och patienter och, vid besökstiden efter klockan två, även anhöriga på besök. Människor som passerar förbi pratar med varandra, vid entrén hörs hissens plingande, rullbord och sängar ska passera förbi. Det finns alltså fler distraherande element i korridoren än i patientmatsalen.

Eftersom korridoren är avsevärt smalare än patientmatsalen blir det största möjliga avståndet till konstverken kortare. Det innebär att patienterna måste sitta i en vagt u-formad rad längs motstående vägg, medan de i patientmatsalen kan sitta i flera rader, omlott bakom varandra. I korridoren blir därför betraktningssvinkeln för de patienter som befinner sig ytterst i raden

ganska snäv, vilket gör betraktandet av verket svårare. Det är här vi erfar att en grupp med tolv patienter nog utgör en maxgräns för vad som är praktiskt lämpligt vid konstvandringen. Personalen har uppmärksammat oss på en annan aspekt i det här sammanhanget. Ringborgs *Asylum* är ett mörkt fotografi placerat bakom glas och strålkastarna som belyser verket skapar reflektioner och spegelbilder i glaset, som stör när det betraktas ur vissa vinklar. Personalen har provat att släcka belysningen, men då blev det svårt att urskilja motivet i bilden och konstverket kunde uppfattas lätt skrämmande. Reflexer är ett välbekant problem med konstverk bakom glas och en vanlig lösning är helt enkelt att betraktaren förflyttar sig något sidledes till en mer fördelaktig vinkel. Detta är emellertid inte så lätt i en grupp med rullstolar och rullatorer. Vidare har personalen upptäckt att den vertikala betraktningssvinkeln är viktig att uppmärksamma, eftersom patienterna sitter medan personalen står upp och därmed har olika ögonhöjd. En rullstolsbunden patient



Bild 5: Konstvandringen inför *Asylum* av Lovisa Ringborg. Foto: Max Liljefors

uttryckte vid ett tillfälle att hon inte såg bilden ordentligt, trots att hon hade god synförmåga. När vandringsledaren ställde sig bredvid, såg denne emellertid bilden tydligt. Bara när vandringsledaren satte sig på huk och fick samma ögonhöjd som patienten, blev det uppenbart att reflexer uppstod som hindrade patienten från att se motivet.

När alla har kommit på plats framför Ringborgs *Asylum* och kan se bra, hjälper personalen några av patienterna att slå upp rätt sida i arbetshandboken.

Vandringsledaren frågar: "Vad tänker ni när ni ser det här konstverket?"

En äldre kvinna påpekar att hennes syn inte är så skarp och tillägger: "Men flickan är söt. Hon sitter och skriver. Hela tavlan är vacker. Den har fina färger."

Personalen säger inget om att kvinnan i fotografiet faktiskt inte skriver utan håller en skalpell eller liknande verktyg i handen. Istället följer vandringsledaren upp patientens sista yttrande med frågan: "Vad är det för färger i bilden?"

Flera patienter börjar nu prata om konstverket. Någon läser ur arbetshandboken och berättar för de andra vad det står om verket där.

Den äldre kvinnan påpekar igen att hon ser oskarpt och säger också: "Flickan har knölar på händerna.

Det har jag också. Här!" Hon håller upp händerna framför sig och vrider och känner på dem.

En man i äldre medelåldern reser sig och går fram till bilden för att titta närmare på den. Den äldre kvinnan reser sig också med personalens hjälp och följer honom. Samtalet utvecklar sig spontant. Några ställer frågor om motivet eftersom bilden är mörk och lite svår att urskilja.

"Är träden granar?" frågar en patient.

"Ja. Har ni sett dem innan?" svarar vandringsledaren.

"Ja, tavlan är rejält upplyst" kommenterar en annan patient.

"Jag tycker den är fantastisk" säger en kvinna med eftertryck. Hon har dittills inte sagt något under visningen men berättar nu hon brukade bygga modeller i papper-maché när hon jobbade.

"Är man mycket koncentrerad då?" frågar vandringsledaren.

"Jaa!" utropar kvinnan.

"Vad tror ni det är för plats?" frågar vandringsledaren till gruppen.

"Det är nära en järnvägsstation och en tunnel" svarar en patient. "Jag tror att det där är järnvägsspår."

"Som går in i ett berg av något slag" tillägger en annan.

Den äldre kvinnan, som kommenterade sina knölar på händerna, säger: ”Jag tror flickan speglar sig i vattnet.”

”Ja, det ser faktiskt ut så” instämmer vandringsledaren.

”Vad gör huset med det röda taket där?” frågar en patient.

Samtalet fortsätter om detaljer i bilden. Några patienter har svårare än andra att urskilja dem. Vandringsledaren säger: ”Ni kan gå hit med oss i personalen senare om ni vill, om ni har svårt att se nu.”

”Tycker alla att det är en trevlig bild?” frågar vandringsledaren.

”Nej, det är dystert med spåret som går in i berget” svarar en patient omedelbart.

”Har ni sett flickans händer?” frågar vandringsledaren.

”De är ... för stora!” utbrister en patient. ”Om hon håller i en pincett, så vill jag att hon ska ...”, men avslutar inte meningen.

En annan patient faller henne i talet. ”Jag tror hon bygger något som kommer ut ur henne själv.”

”Jag reagerade på att händerna är skadade” kommenterar en patient.

”Kan alla se knogarna?” frågar vandringsledaren.

Några patienter svarar ja, andra svarar inte, men verkar titta på kvinnans händer i bilden.

”Det är inte så lätt att upptäcka allt på en gång” säger vandringsledaren. ”Förra veckan såg vi älgen i skogen för första gången.”

”Och linorna som landskapet hänger i” fyller en annan ur personalen i.

Det blir tyst en liten stund.

”Vart går järnvägen?” frågar så en av patienterna.

”Till Stockholm!” utbrister en annan.

”Vart i Stockholm?” frågar vandringsledaren.

”Centralen!” replikerar patienten. Skratt utbryter.

”Innan jag träffade min make, åkte jag mycket tåg” berättar en patient.

Samtalet fortsätter i mer lågmäld ton. Personalen fortsätter att ge respons på patienternas alla inspel. Vandringsledaren berättar, att en patient under en tidigare konstvandring trodde att landskapet i *Asylum* låg i Holland. En annan ur personalen tillägger, att det beror på att fotografiet ser ut att vara målad i flamländsk tradition.

REFLEKTIONER

Gruppen uppehåller sig vid Lovisa Ringborgs Asylum omkring 15 minuter. Liksom inför Maria Boijs Träd slås vi av i hur hög grad patienterna är delaktiga i samtalet. De är inte passiva mottagare av information utan aktiva uttolkare av konstverken tillsammans med personalen. Vi har ingen känsla av hierarki mellan personal och patienter när det gäller att förstå och tala om konstverken. Vi noterar återigen att stämningen i gruppen svänger mellan munterhet och begrundan, och att inspelen från patienterna tar upp både ljusa och mörka associationer.

Pedagogiken är som nämnts dialogbaserad, vilket betyder att deltagarnas associationer ges lika stort värde som exempelvis konstnärens intentioner. Patienter och personal konsulterar ibland arbetshandboken för att söka reda på fakta om konstverken, däribland konstnärens intentioner, men såvitt vi kan bedöma begränsar inte detta

deltagarnas egna associationer och tolkningar. Vi noterar också att personalen använder olika slag av inledande frågor för att stimulera patienterna till inspel. Några frågor är öppna, såsom ”Vad ser ni här?” eller ”Vad tänker ni om den här bilden?” Andra frågor uppmuntrar deltagarna att erinra sig livserfarenheter och minnen, exempelvis ”Känner ni igen något av porslinet?” (inför Maria Boijs Träd) eller ”Har någon målat akvarell själv?” (inför Maria Luostarinsens akvarellverk Svit).

Det finns en viss diskrepans mellan konstvandringarna i verkligheten och hur patienternas möte med konsten i framställs i arbetshandboken. Arbetshandboken lägger stor emphasis på den fria fantasins roll i mötet med konstverken. Konsten liknas vid en magisk värld där allt är möjligt. Denna värld öppnar sig för betraktaren, framgår det, om han eller hon anlägger barnets fantasifulla, lekfulla attityd. Denna idé om hur barnet tänks förhålla sig fantasifullt till världen

markeras redan i början av arbetshandboken, som inleds med Beppe Wolgers text till Olle Adolphsons välkända visa Det gåtfulla folket, i vilken barnen lever i ”ett främmande land” där vardagliga föremål förvandlas till fantastiska och magiska fenomen via barnens fantasi. Som vi har påpekat, spelar deltagarnas fria associationer en viktig roll i konstvandringarna. Men det är också tydligt att patienterna inte är barn och inte associerar enbart så som barnen framställs göra i Adolphsons och Wolgers visa. Patienterna i konstvandringarna är vuxna eller gamla med ett liv av individuella erfarenheter bakom sig, och deras associationer och tolkningar refererar ofta till personliga minnen och till den åldrade människans livsperspektiv. Sålunda erinrar de sig episoder ur sina liv och reflekterar kring hur deras personliga livsvärld och världen i stort förändrats över tid. Ibland leder konstverken dem också till att tänka kring sin nuvarande situation, sin sjukdom och vården.



Bild 6: Maria Luostarinen, *Brita*. Foto: Per Mannberg

Inför konstverken: *Brita* av Maria Luostarinen

Maria Luostarinen *Brita* (bild 6) är en akvarellmålning som anspelar på Carl Larssons välkända och ofta reproducerade akvarell *Brita som Idun*, från år 1900. Flera andra akvarellverk av Luostarinen ingår också i konstvandringen. *Brita* hänger i patienternas dagrum som ligger i ena änden av korridoren. Den utgör därmed en naturlig slutpunkt för de konstvandringar som inkluderar detta verk.

När gruppen har kommit på plats inför *Brita* börjar vandringsledaren med att berätta lite om verket ur arbetshandboken – men upptäcker strax att hon läser om fel verk, en annan akvarell av Luostarinen. Detta utlöser viss munterhet bland personal och patienter. Att växla till den rätta texten är inget märkvärdigt, stämningen är tillåtande och befriad från prestige. Kanske är misstaget ett tecken på att vandringsledaren börjar bli lite trött.

”Vad tycker ni att den här bilden föreställer?” frågar vandringsledaren gruppen.

”En dam som ska gå ut och handla” svarar en patient direkt. ”Hon har ju en dramaten!” Ett par andra patienter brister ut i skratt.

”Varför ser man inte hennes ansikte, tror ni?” frågar vandringsledaren och syftar på att flickans ansikte i Luostarinen bild inte har några anletsdrag,

istället har den tunna akvarellfärgen fått flöda fritt.

”Jag har svårt för den bilden” säger en patient. ”Varför har hon ingen överdel?”

Samtalet fortsätter om vad de otydliga delarna av bilden betyder. Det är tydligt att åsikterna om bilden är delade. Dialogen rör sig om olika detaljer i bilden.

”Vad är det för mening med benen som sticker ut därnere?” frågar en patient och syftar på de två små violetta människoben som skjuter ut under en mörk form i bildens högra del. Gruppen blir tyst en stund.

”Det är väl det vi saknar, benen, vi som har trillat” kommenterar en patient.

Snart därefter är konstvandringen slut. Vandringsledaren avslutar med att påminna patienterna att de kan titta mer på konstverken enskilt med någon ur personalen eller med anhöriga när de får besök.

Patienterna ger vandringsledaren en spontan applåd, hon svarar: ”Tack ska ni ha, men det är ni som ska ha applåden!”

När konstvandringen är slut återstår proceduren att hjälpa patienterna till sina rum. Några patienter verkar lite matta men stämningen är glad. Det känns att gruppen tillsammans har genomfört en sammanhållen och mångfacetterad aktivitet.

REFLEKTIONER

Konstvandringen uppehåller sig drygt tio minuter framför Luostarinen *Brita*. I våra samtal med personalen före konstvandringen har det framkommit att just detta verk har väckt blandade reaktioner hos personalen. Vissa har upplevt bilden som otäck eller oroande av olika skäl. Flickans högra hand, som i Carl Larssons originalmålning håller tre brinnande stearinljus, ser i Luostarinen bild närmast ut att ha brunnit och vara förkolnad. De icke-föreställande partierna och de

märkliga små benen tycks också ha väckt visst obehag hos vissa. Vi kan inte säga om dessa reaktioner hos några i personalen bör tillskrivas konstverkets karaktär som sådan eller att bilden uppfattas förvränga något som är välbekant och normalt i Carl Larssons bild. Oavsett vilket, finner vi emellertid inte att patienterna tvekar att engagera sig i tolkningar av målningen, även om inte alla finner den behaglig.

Liksom inför de andra konstverken noterar vi att samtalet berör flera olika aspekter av verket. Ibland handlar det främst om

perceptionen, det vill säga aspekter kopplade till varseblivningen, såsom färger och former i målningen. Ibland ligger tonvikten på kognitiva aspekter, i tolkningar av idémässiga betydelser hos konstverket. Inte sällan görs associationer till egna minnen och erfarenheter och därigenom till den egna personen. Ibland reflekterar patienterna konkret om den egna kroppen och dess tillstånd, som när en kvinna kände på knölnarna på sina händer och en annan patient kommenterade sin oförmåga att gå.

Perspektiv från aktörer (intervjuer)

Under följeforskningen har vi intervjuat aktörer som på olika sätt är involverade i konstvandringarna. Några av synpunkterna har vi redovisat i ovanstående delar av rapporten. Här har vi samlat svar som inte framkommit ännu men som har betydelse för vår förståelse av konstvandringarna.

Patienter

Vi har intervjuat patienter som deltagit i konstvandringar strax efter att dessa avslutats. Alla patienterna uttalar sig positivt om konstvandringarna.

Flera framhåller att konstvisningarna är ett välkommet avbrott under sjukhusvistelsen. Det finns inte så mycket annat att göra här, menar en patient och tillägger, att konst är ”skönt att vila ögonen på”. Patienterna uttrycker att de uppskattar konstverken och flera påpekar att vissa av dem skulle de vilja ta med sig hem. En patient påpekar att konsten gör miljön trevligare, eftersom sjukhuskorridoren i sig är en ganska tråkig miljö.

Just den speciella förutsättning att konstverken finns i en sjukhuskorridor, där andra människor rör sig och samtalar och där det finns andra föremål som inte har med konstverken att göra, omnämns av en patient: ”Vad man än pratar om i korridoren, så är man alltid i vägen, och man blir alltid störd [*skrattar*] när man är på sjukhus. Det får man räkna med, så det är ingen fara att omgivningen är sådan.”

En annan patient framhåller den sociala interaktion som konstvandringarna skapar. Konstvandringarna möjliggör gemenskap mellan patienterna och mellan patienter och personal genom mötet och samtalet.

En annan sak som patienterna tar upp är att vissa konstverk kan vara svåra att förstå. ”Jag tyckte [konstvandringen] var bra, även om det var svårt att förstå ibland” säger en patient. Några patienter efterlyser mer

information om vad vissa konstverk föreställer och även om konstnärens avsikt med dem. Detta framkommer både under intervjuerna och under själva konstvandringarna. Flera uppger att de uppskattade att ha arbetshandboken med sig under konstvandringen. Så här lyder ett utdrag ur en intervju om den aspekten:

ML (Max Liljefors): ”Du satt och läste en del i arbetshandboken under konstvandringen. Gav den nånting, tycker du?”

Patient: ”Ja, jag tycker faktiskt det. Den gav ... mer än någon annan där ... Hur konstnären kan ha tänkt. Även om det är felaktigt, så är det intressant.”

ML: ”När du säger felaktigt, hur menar du då?”

Patient: ”Jo, det är det att man ska inte tänka på den saken, utan det är vad du själv tycker. Vad jag tycker och tänker. Men jag vill ändå ha en viss ... ja, inte kontroll men... En viss, vad tänkte [konstnären] på? Vad tänkte hon på nu? Speciellt om man är konstintresserad, riktigt konstintresserad, så vill man nog ha reda på mycket.”

Samma patient menar att patienterna skulle kunna få information om konstutställningen redan när de läggs in på avdelningarna, så att de kan ta del av konsten på egen hand utan att vara del av konstvandringen.

Patient: ”Informera om att nu hänger det konst på väggen, det är gjort av henne eller honom, och när det är gjort och ... lite information om själva tavlan. Och sedan går man runt och tittar själv. Så det är det här lilla, lilla, och det behöver ju inte vara mer än en halv A4-sida.”

ML: ”Skulle den här arbetshandboken, om man fick den direkt när man kom, skulle den kunna fungera så?”

Patient: ”Ja, den är väl nästan lite väl fin [*skrattar*], den är väldigt fin i kvaliteten och utformning och allt, så det är väl ... Ja, det står rätt mycket här, så det kan stå bra mycket mindre på väggen.”

REFLEKTIONER

Synpunkterna som sistnämnda patient framför pekar på aspekter som inte framkommer genom enbart observationer av konstvandringarna. En sådan aspekt är att patienter inte bara kan ha olika stor kognitiv förmåga, utan också olika stort personligt konstintresse. Patienter med stort konstintresse skulle kunna finna det berikande att ta till sig konsten för dess egen skull, på egen hand. Förslaget att ha skyltar med mer information invid konstverken än det finns idag är något av en bedömningsfråga. Nu finns små skyltar med information om konstnärens namn och födelseår, verkets titel och tillkomstår samt en färgkod som anger var verket återfinns i arbetshandboken. Å ena sidan kan större skyltar störa intrycket av själva konstverket, å andra sidan är det enklare att läsa en skylt på väggen än att bära med sig arbetshandboken och slå upp

varje konstverk i den. Frågan om hur mycket information om ett konstverk som bör finnas intill verket är ett välbekant problem för alla konstmuseer.

Patientens förslag om att informera patienter redan vid inskrivning, om att det finns en permanent konstutställning på avdelningarna, förefaller mindre komplicerat och vore väl värt att pröva. Patienter med tillräcklig rörlighet skulle då själva kunna ges sig ut på upptäcktsfärd för att bekanta sig med konstverken.

En annan aspekt som intervjun med patienten synliggör är att den dialogbaserade konstpedagogiken inte måste vara allenarådande. Vi ser inte att dialog och enkelriktad kunskapsförmedling – det vill säga, att patienten vissa stunder ensidigt mottar information om konstverket – behöver utesluta varandra. Faktum är att under konstvandringarna konsulterar såväl vandringsledaren som patienterna upprepade

gånger arbetshandboken för att söka information, och vi har inte noterat att detta skulle hämma patienternas fria associationer och tolkningar. Patientens synpunkter antyder att i värsta fall kan budskapet, "Du kan inte tycka fel" – som är ämnat att uppmuntra fri tolkning och dialog – missförstås som att det skulle vara just "fel" att önska få yttre information om konstverket i linje med traditionell konstpedagogik.

Sammanfattningsvis vittnar våra intervjuer med patienterna entydigt om att de uppfattar konstvandringarna som ett positivt och värdefullt inslag i vårdmiljön. De förslag på justeringar som en del patienter gjort handlar i grunden om att de önskar mer interaktion med konstverken. Vi tolkar det som ett tecken på att konsten är en källa till stimulans och välbefinnande för dem.

Personal

Vi har intervjuat personal som medverkat i konstvandringarna, såväl vandringsledare som medföljande personal. Intervjupersonerna betonar genomgående att konstvandringarna handlar om att ge stimulans åt patienterna. De poängterar också att konsten tillför något annat än det som vanligen ryms i vårdverksamheten.

"Att kunna lämna det sjuka och fokusera en liten stund på någonting positivt" säger en av dem.

En annan i personalen tillägger att konsten avleder uppmärksamheten från sjukdom och ger en lugnande och stimulerande miljö.

Personalen påpekar att konstverken, utöver de organiserade konstvandringarna, kan användas spontant med enskilda patienter, till exempel vid gångträning. Konstverken utgör då stationer som ger patienten motivation att gå ytterligare en bit i korridoren för att komma till nästa verk. En av personalen förklarar:

"Jag har ju gått konstvandringen med en enskild patient, det kan vara i gångträningen för att få träningen lite roligare. Och för att det ger samtalsämnen också. Så det är inte bara att vi samlar ihop en grupp utan det sker spontant också. Konsten finns ju här runt

omkring... och blir ett samtalsämne mellan patienterna också."

Flera i personalen påpekar att konsten är en faktor som skapar samtal. Detta har vi konstaterat också under visningarna, där patienterna deltar engagerat i samtal kring verken. Personalen bekräftar även vår observation, att samtalen ofta kretsar kring patienternas egna associationer och minnen. Exempelvis ger installationen *Träd* av Maria Boij associationer till porslin som patienterna känner igen och kanske till och med har hemma själva. Tallrikarna påminner också om Gustavsbergs porslinsfabrik i trakten som vissa av patienterna har arbetat vid, berättar en av personalen.

Personalen menar att samtal kring sådana minnen kan stärka patientens självkänsla och välbefinnande. Detta, framhåller man, gäller särskilt patienter med kognitiv svikt. En annan effekt som påtalas är att samtal kring individens minnen och livshistoria kan vara lugnande för en orolig patient, och konstverken blir då ett verktyg att inleda ett samtal som kan vara roigande.

Vidare berättar personalen att konsten kan erbjuda aktivitet och stimulans i samband med anhörigas besök och öppna upp för samtal om andra saker än patientens mående och sjukdom.

”Det är klart att det kan vara skönt att ha någonting att prata om förutom ... ja, den egna vardagen och det jobbiga i att man ligger på sjukhus och så där. Då kan man fokusera på något annat” säger en i personalen.

Några ur personalen tar även upp vad de upplever som utmaningar kring konsten och konstvandringarna. En del patienter kan vara tystlåtna och det är då svårt att få igång en dialog. Det gör att personalen måste vara lyhörd för om patienten vill samtala men behöver uppmuntran eller hjälp, eller snarare föredrar att reflektera tyst för sig själv. Många av patienterna har någon form av kognitiv svikt, till exempel en demenssjukdom, vilket kan påverka dynamiken i gruppen. Samtidigt poängterar personalen att kognitiv svikt inte är ett hinder för att delta i konstvandringarna och uppleva och reflektera över konstverken. Konstvandringarna påverkas också av patienternas dagsform, hur mycket de orkar just den dagen eller just den timmen. De flesta patienterna behöver stöd av personalen för att förflytta sig, vilket styr hur många som kan delta i visningen, berättar en ur personalen.

En personal påpekar att Stig Lindbergs keramikinstallation i sjukhusentrén, *Funderingar i väntrum*, som kom på plats redan 1965 när sjukhuset byggdes, i praktiken inte inkluderas i konstvandringarna. Orsaken, menar hon, är den praktiska logistiken och att hissarna ofta är upptagna och att man därför kan bli stående en lång stund och vänta. ”För egen del glömmar jag bort att det [Lindbergs verk] finns där nere. Däremot tänker jag att det absolut är möjligt att använda det.”

Personalen berättar vidare att de finner vissa konstverk svårare än andra att använda i konstvandringarna. Henrik Jonssons ljudkonstverk *Fönstermusik*, där lyssnaren har på sig hörlurar, kan vara svår för personer med nedsatt hörsel att ta till sig. Själva ljuden har också väckt skrämmande associationer till krig och eldsvådor, enligt personalen. Dessutom är ljudresan relativt lång, 15–20 minuter, och personer med kognitiv svikt kan ha svårt att koncentrera sig under så lång tid. Akvareller i utställningen, med svaga färger och kontraster, kan vara svåra att urskilja för personer med nedsatt syn. Abstrakta bilder är också något som personalen har uppmärksammat kan vara svåra för vissa patienter att ta till sig.

Personal 1: ”Ibland kan jag tycka att vissa konstverk kanske är lite för ... Ibland kan det vara bra för en äldre person att kanske ha ... alltså, att man ser vad det är. Att det kanske är lite mer natur eller att ... Ibland kan det bli lite för ... jag vet inte hur jag ska uttrycka mig.”

Personal 2: ”Det kan vara för långt bort från deras associationer ...”

ÅA (Åsa Alftberg): ”Det var ju många frågor [under konstvandringen] om, ‘vad är det för nånting?’”

Personal 2: ”Ja, precis. Så jag tror att vissa konstverk kanske är för avancerade för dem att tolka.”

Personalen påpekar också att det ibland kan vara svårt för dem själva att förmedla hur man ska närma sig konsten.

Personal 1: ”Ett annat [konstverk] som jag tycker är en utmaning, det är den här med djuren [Björn Larsson, *Mitt i naturen*, bild 7–9], de här fotografierna, hur man ska närma sig dem? Hur man ska berätta om det, liksom utan att stå där och informera?”

Här är det alltså snarast den konstpedagogiska inriktningen som upplevs som en utmaning. Det är inte alltid lätt att stimulera till samtal på annat sätt än genom att förmedla information och fakta om konstverket.

Personalen vittnar också om att man är väl medveten om de särskilda omständigheter som gäller för konstvandringarna på vårdavdelningen. Man berättar att planeringen måste ta i beaktande andra aktiviteter, exempelvis gymnastik, liksom besökstiderna på eftermiddagen. Vårdavdelningarna är dessutom en miljö med mycket liv och rörelse: ”Det är ljud, det är folk som springer” som en ur personalen beskriver det. Detta kan vara distraherande för såväl personal som patienter. Risken finns att personalen tappar tråden: ”Man tappar bort sig och så får man liksom plocka upp tråden igen.” Samtidigt påpekar personalen att avdelningarna faktiskt är en arbetsplats och att det inte går att undvika sådana distraktioner.

Personalen talar uppskattande om att konsten finns så nära och är lätt tillgänglig.

”Många av de här konstverken vill man gärna sätta sig ned och begrunda och bara känna in, och det är klart, det är ju en ström av folk, det är inte så lätt att sitta ned och bara ... bara titta på dem.”

”Den här mörka tavlan [*Asylum* av Lovisa Ringborg], då skulle man ju vilja sätta dem [patienterna] där och sitta en stund och bara få filosofera i lugn och ro. Men det är ju den miljön vi har och samtidigt är det så tacksamt att det är så nära. Hade den [konsten] varit någon annanstans, då hade vi ju inte utnyttjat det på samma sätt.”

Personalen berättar också att konstverken påverkar arbetsmiljön positivt. Någon berättar att konsten ger stimulans under arbetsdagen och skapar en levande arbetsmiljö. Konsten har också blivit ett samtalsämne mellan personalen. ”Alla har väl en åsikt!” berättar en personal och säger att det är många ur personalen som har valt att vara med i konstvandringarna. Att konsten

innebär något positivt för avdelningarna är en uppfattning som genomgående förmedlas i intervjuerna.

Intervjuerna med personalen bekräftar också vår observation att rollfördelningen är lite olika mellan olika personalkategorier. Oftast är det arbetsterapeuter som agerar vandringsledare under konstvandringarna. En arbetsterapeut anger att hon tror att detta beror på att deras utbildning har fokus på hälsofrämjande och läkande aktiviteter och på att ”kropp och psyke hör ihop”. Därför, menar hon, upplever många arbetsterapeuter det naturligt att använda konsten som ett medel i rehabiliteringen.

Arbetsterapeuten berättar också att vissa fysioterapeuter använder konstverken som stationer vid gångträning, såsom nämnts ovan. Hon ger exempel på fysioterapeuter som tidigare jobbat på geriatrikavdelningarna men sedan flyttat till andra avdelningar – de återvänder med patienter från sina nya avdelningar därför att de uppskattar att arbeta med konsten. Detta inkluderar bland annat en fysioterapeut som numera jobbar på avdelningen för palliativ vård. Arbetsterapeuten påpekar att det mycket handlar om den enskilda personalens intresse för konsten.

Slutligen nämner arbetsterapeuten att personalen skulle kunna påminna varandra om att informera

anhöriga som besöker patienterna, om att det finns ett pedagogiskt material till konstverken, alltså arbetshandboken.

REFLEKTIONER

Alla ur personalen som vi intervjuat uttalar sig positivt om konstvandringarna och menar att konsten berikar vårdmiljön. Samtidigt visar de att de är medvetna om olika logistiska och pedagogiska svårigheter förknippade med vandringarna, såsom distraktionselement i miljön, varierande kognitiv förmåga hos patienterna och konstverk som av olika skäl kan vara svåra att ta till sig och förmedla.

Vi noterar att personalen talar med påtagligt engagemang om dessa saker, vilket stärker vår iakttagelse att personalen medverkar engagerat i interaktionen med både patienterna och med konstverken under konstvandringarna. Personalens tankar om konstverkens ”lämplighet” och om pedagogiska utmaningar vittnar likaledes om detta. Vi utvecklar våra resonemang om personalens roll och om en möjlig vidareutveckling eller breddning av pedagogiken i kapitlet Slutsatser.



Bild 7–9: Björn Larsson, *Mitt i naturen*. Foto: Björn Larsson

Verksamhetschef

I vår intervju med verksamhetschefen för geriatriken tar denne upp flera aspekter som framkommit i intervjuerna med personalen men också vissa andra infallsvinklar. Han talar om den geriatriska vården vid sjukhuset i dess helhet, och menar att den bör signalera att den bryr sig om *hela* patienten och inte ser vård som enbart medicinsk omvårdnad. Han påpekar också att patienterna i geriatriken är en sårbar grupp: de är äldre, ofta multisyuka med kroniska sjukdomar eller har drabbats av skador på grund av åldrandet, till exempel genom fallolyckor. Detta, menar verksamhetschefen, kan väcka svåra känslor hos patienten, känslor som konsten kanske kan hjälpa patienten att komma i kontakt med och hantera. Därmed kan en process påbörjas mot att återfå livslusten och viljan att göra saker. Verksamhetschefen understryker vikten av att patienten finner livslust, något vården kan tappa ur sikte om ett rent nyttotänkande drivs för långt.

”Konsten kan fungera som en lockelse för patienterna att komma upp ur sängen och aktivera sig, vilket är en naturlig del av rehabiliteringen, och även ge en ingång till patienternas känsloliv... För det kan jag tänka, att konst handlar mer om lust än om ... Vi i vården är ju rätt inriktade på nyttan av allting. Och egentligen, det gör ju inte så stor nytta om vi får folk att läka ihop fysiskt och kanske berätta om sina svårigheter, om de sedan inte känner någon lust att leva eller ... att det är en pina bara.”

Verksamhetschefen påpekar att detta med lust också gäller personalen. Han tror att konstvandringarna kan bidra till en arbetsglädje som är värdefull. En god stämning bidrar till en god arbetsmiljö, vilket i sin tur påverkar patienternas upplevelse av vården. Verksamhetschefen betonar också en aspekt som hittills inte berörts men som han menar hänger ihop med det lustfyllda, nämligen den stolthet som han menar både personalen och han själv känner inför projektet med konstvandringarna. Konstvandringarna, säger han, ger stolthet eftersom avdelningarna därigenom kan erbjuda patienterna någonting extra och unikt.

Verksamhetschefen tar upp att projektet inledningsvis väckte vissa funderingar hos personalen: finns det risk att konstverken kan väcka oro hos patienterna och att konsten kan upplevas som obegriplig? Därför, påpekar han, är det viktigt vid ett projekt som detta att vara tydlig med syftet med konstvandringarna och att komma överens med personalen att det inte handlar om att konsten bara ska vara dekorativ och se fin ut.

”Alltså, vad är syftet med det här och måste det alltid vara att man tycker konsten är vacker? Eller är

det bra om det skaver och man får fundera lite och kanske tolka?”

I sammanhanget lyfter verksamhetschefen också att det kan vara bra att uppmärksamma den forskning som finns om konst och kultur i vården, att hänvisa till kunskap som visar på konstens positiva effekter på patienters välbefinnande.

REFLEKTIONER

Verksamhetschefens synpunkter avviker inte på avgörande sätt från de som framkommit i intervjuerna med personalen eller i våra observationer. Han resonerar dock om konstvandringarna utifrån mer principiella aspekter, såsom vilka värden som den geriatriska vården som helhet bör vägledas av och vad konstvandringarna innebär för verksamhetens självbild. Här betonar han känslan av arbetsglädje och stolthet. Han understryker också betydelsen av samsyn inom verksamheten på vad syftet med konstvandringarna är och fördelen med att hänvisa till vetenskaplig forskning om konstens hälsoeffekter.

Verksamhetschefens perspektiv pekar mot de frågor vi har tagit upp i rapportens bakgrundskapitel om konst och hälsa, särskilt begreppet existentiell hälsa och förutsättningarna för ett sådant synsätt att vinna gehör inom olika delar av vårdapparaten, från verksamheten ute på avdelningarna till vårdpolitiska beslutsfattare.



Bild 10: Amy Bennett, *This is the Before*. Foto: Per Mannberg

Kulturförvaltningen i Region Stockholm

Vi har intervjuat en samordnare och konsthandläggare vid Region Stockholms kulturförvaltning, som arbetat med att kuratera och installera utställningen för konstvandringarna. Framför allt ville vi veta vad som ur detta aktörsperspektiv är den viktigaste komponenten för att framgångsrikt realisera ett projekt av detta slag. Svaret från samordnaren är entydigt: det viktigaste är att projektet är förankrat i verksamheten. ”Att personalen är med på noterna är A och O för att det ska bli lyckat”.

Samordnaren beskriver att man från kulturförvaltningens sida tidigt påbörjade förankringsarbetet. Det underlättades av att initiativet till konstvandringarna kom från verksamheten. En chefsjuksköterska hade tidigare arbetat i mindre skala med konst i geriatrisk vård på ett annat sjukhus, med de därstädes befintliga konstverken, och ville starta något i större skala. Samordnaren beskriver att kulturförvaltningen gavs förtroendet från verksamhetschefen och chefsjuksköterskan i Nacka att välja ut konstverk. Man diskuterade verken tillsammans men kulturförvaltningen

fattade besluten. Samordnaren påtalar även vikten av att verksamhetsledningen förankrar projektet med personalen ute på avdelningarna. Alla bör vara införstådda med att konstverken ska finnas där inte bara av dekorativa skäl, något som också verksamhetschefen framhöll. Som nämnts inledningsvis har personalen fått handledning av en intendent från Moderna museet i Stockholm, som också författat texterna i arbetshandboken. Men innan konstpedagogen kom in i bilden genomförde kulturförvaltningen ett antal visningar med personalen för att introducera dem till konsten. Orsaken var att man insåg från start att förankringsarbetet var viktigt för att personalen skulle kunna göra konstverken och konstvandringarna till ”sina”. Samordnaren påpekar att det faktum att verksamheten investerade i en dedikerad och påkostad belysning för konstverken var ett viktigt steg.

Som svar på frågan vilka råd samordnaren skulle ge till andra projekt av samma slag, understryker hon återigen vikten av att förankra projektet hos personalen. I backspegeln skulle hon velat ha ännu närmare dialog kring urvalet av verk, särskilt kring önskemålet från

verksamheten om verk som riktar sig till flera sinnen. Hon påtalar att ljudkonstverket inte fungerar som tänkt i sammanhanget (vilket inte säger något om verkets konstnärliga kvalitet) och att vissa akvareller kan vara svåra att urskilja för personer med nedsatt syn, något som personalen också kommenterat.

Samtidigt påpekar samordnaren att andra verk fungerar mycket bra för konstvandringarna. Hon berättar att urvalet bland annat tar fasta på teman som antas kunna vara meningsfulla för patienter från just det upptagningsområdet, såsom närheten till naturen och tallrikarna från Gustavsbergs porslinsfabrik. Vidare har man velat inkludera konstverk som appellerar till fantasin och uppmuntrar till fria associationer och påhittade världar, och nämner som exempel Amy Bennetts tre akvareller med titeln *This is the Before* (bild 10), i vilka konstnären målat av miniatyrmodeller hon byggt av fiktiva landskap.

REFLEKTIONER

Det faktum att samordnarens resonemang i så hög grad överensstämmer med de synpunkter och erfarenheter som personalen och verksamhetschefen ger uttryck för, vittnar om samsyn mellan aktörerna, både under uppbyggnaden av projektet och efter initieringen av konstvandringarna. I synnerhet gäller detta medvetenheten om syftet att konsten ska berika patienternas tillvaro bortom det rent dekorativa.

Slutsatser

I denna avslutande del av rapporten presenterar vi våra slutsatser från följeforskningen inklusive utvidgade resonemang om personalens roll och en möjlig vidareutveckling av pedagogiken samt om existentiell hälsa.

Sammanfattande intryck

Vårt övergripande intryck är att konstvandringarna i den geriatriska vården på Nacka sjukhus är ett lyckat och välfungerande projekt. Framför allt slogs vi av engagemanget och delaktigheten från patienternas sida. Samtalet kring och utifrån konstverken är livligt och mångfacetterat och spänner över olika nivåer och stämningar, från munterhet och humor till allvar och eftertänksamhet, från tankar om allmänna ting till reflektioner om det personliga. Denna livlighet och variation kan sammanfattas i ordet *dynamik*. I andra forskningssammanhang har vi observerat konstvisningar för patientgrupper som genomförts på museer och konsthallar. Vi konstaterar att dynamiken i konstvandringarna på Nacka sjukhus är ovanligt stor.

Det faktum att samtliga aktörer vi intervjuat uttalar sig uppskattande om konstvandringarna förstärker förstås detta positiva intryck. Alla påpekar vissa svårigheter eller utmaningar som de erfar och flera har idéer som de menar kan förbättra eller komplettera konstvandringarna. Men detta görs inom ramen för en genomgående positiv värdering av konstvandringarna och vittnar, menar vi, om aktörernas engagemang i dem. Vi har inte mött någon som uttryckt att konstvandringarna inte är värda besväret eller utgör en negativ erfarenhet.

Vad är det då det viktigaste i konstvandringarna betraktade som en helhet? Det finns ju konst upphängd på de flesta vårdavdelningar på svenska sjukhus, så på vilket sätt skiljer sig konstvandringarna i Nacka från dem? Här vill vi framför allt lyfta fram två saker.

Vi är övertygade om att en avgörande faktor är att man ägnar uppmärksamhet åt konsten, aktivt ger sig i kast med den. Det är en stor skillnad mot att hänga upp

konstverk på väggen och sedan bara låta dem finnas där. Då blir konsten, i bästa fall, bara en dekoration av vårdmiljön eller – kanske troligare – mer eller mindre osynlig, en del av bakgrunden som man inte noterar för att fokus ligger på andra saker. Konstverk är inte trollspön som av sig själva åstadkommer förändring. Konstvandringarna handlar i grunden om att hjälpa och locka patienterna att öppna sig för konsten och att genom den dynamik som uppstår – som omfattar såväl tolkningsarbete som social interaktion – erfara sig själva på ett nytt och mer levande sätt. Detta är nära kopplat till vad vi kallar *agens*, vilket vi beskriver närmare nedan.

En annan viktig faktor i konstvandringarna är att konstverken tillsammans utgör en sammansatt, sammanhållen utställning, som sträcker sig genom hela miljön på de två geriatriskavdelningarna. Det är inte fråga om enstaka verk utan förbindelse med varandra. Man kan säga att konsten tillåts ta ett helhetsgrepp över den fysiska miljön, även om konstverken förstås måste samsas med alla de föremål och aktiviteter som hör till vårdverksamheten. Personalen har berättat att man har i viss mån anpassat miljön för att låta konsten vara så ostörd som möjligt på väggarna. En viktig faktor är belysningsystemet som verksamheten investerat i. Strålkastarna exponerar konstverken väl och låter dem vila i ett annat, vitare ljus än resten av avdelningsmiljön. Sedan bidrar det faktum att konstvandringarna rör sig genom hela miljön, liksom arbetshandboken, till att konsten uppfattas som en hel utställning snarare än som ett antal solitära verk.

Resultatet är att geriatriskavdelningarna, som vi uppfattar dem, innehåller två ”världar” på samma plats: den ena världen är den ordinarie vårdverksamheten med sitt fokus på de olika göromål och rutiner som ska utföras så effektivt som möjligt, den andra är konsten som uppmuntrar fantasi, tankelekar, eftertanke och hågkomster och att helt enkelt stanna upp, betrakta och låta sig absorberas av något för upplevelsens egen skull, utan att det pekar mot vidare mot ett

framtida mål. Denna andra värld öppnas upp just genom att konstverken aktivt ägnas uppmärksamhet och tid. Det har varit fascinerande att se hur patienter och personal träder in i och ut ur dessa världar, som ju existerar på samma ställe. I vissa konkreta ögonblick kan man säga att de stöter ihop, när ett telefonsamtal kallar någon i personalen bort från konstvandringen, kanske till en annan avdelning, eller när gruppen måste ge plats åt en säng som ska rullas förbi i korridoren.

Att observera konstvandringarna har också gjort oss varse om hur få ting det normalt finns i vårdmiljöer, som uppmuntrar och kan utgöra en grundval för utflykter in i denna andra värld, som både är en yttre och en inre värld. I de flesta vårdmiljöer hänger konstverk på väggen, men är de placerade och exponerade så att patienten uppmuntras att stanna upp och ta in dem? Och än viktigare, finns det incitament till att göra så, till exempel någon som är nyfiken på patientens erfarenheter av konstverken? I övrigt finner man som regel några böcker och tidskrifter, kanske en utsikt utanför fönstret, en TV-apparat – men sällan en samlad ansats att öppna fantasins och hågkomstens inre värld. Konstvandringarna sedda som en sammanhållen helhet rubbar en aning vår invanda bild, som vi tagit för given utan att reflektera kring det, om vad som kan ske på en vårdavdelning.

Personalens roll och kompetens

Interaktioner med konst i vårdmiljöer fordrar en kombination av konstpedagogisk kompetens och förmåga att kommunicera med och ta hand om de patienter som deltar. Personalen som håller i konstvandringarna är inte tränade konstpedagoger och har inte heller, enligt egen utsago, något påfallande stort konstintresse privat. Som nämnts har personalen därför först själva fått följa med på konstvandringar, först under ledning av personal från kulturförvaltningen, sedan med en intendent från Moderna museet i Stockholm.

Vi har deltagit i två sådana konstvandringar för personalen med intendenten från Moderna museet. Det är uppenbart att dessa visningar ger personalen kunskap, metodologiska verktyg och antagligen stärkt självförtroende att själva leda konstvandringar. Samtidigt har vi slagits av att konstvandringarna med patienterna är mycket annorlunda än visningarna för personalen. Detta beror helt enkelt på att patienterna är en annorlunda grupp, som ofta har funktionsnedsättningar av både fysisk och kognitiv art. Konstvandringarna med patienterna är långsammare och kräver mer uppmärksamhet och lyhördhet från personalens sida gentemot

deltagarna. Det är tydligt för oss att konstvandringarna i lika hög grad är beroende av den yrkeskompetens som personalen själva för med sig, som av den konstpedagogiska kompetens som de får lära sig. Personalens mellanmänniska kommunikation och samspel med patienterna, deras förståelse för patienternas särskilda sätt och svårigheter att uttrycka sig, samt deras förmåga att uppmuntra patienterna och få dem att känna sig trygga, är en viktig nyckel för att öppna upp konsten. Vi understryker detta: personalens kompetens är oundgänglig i konstvandringarna.

Detta förstärker den aspekt som både verksamhetschefen och samordnaren betonar i intervjuerna: konstvandringarna måste förankras hos personalen, måste bli "deras" för att projektet ska vara framgångsrikt, särskilt om konstvandringarna ska fortsätta när kulturförvaltningen lämnat över projektet till verksamheten. Det har också att göra med frågan om vilka slags konstverk som är lämpliga för konstvandringar i vården. Det var ett tidigt önskemål från verksamheten att projektet skulle innehålla konstverk som riktade sig till flera sinnen, men flera har sedan påpekat att ljudkonstverket inte fungerar optimalt i sammanhanget. Det kan vara så att ljudverk där lyssnaren ska ha på sig hörlurar inte är lämpliga för projekt som bygger på social delaktighet. Det har också påpekats att bilder med svaga färger och kontraster kan vara svåra urskilja för patienter med synnedsättning. Sådana synpunkter relaterar direkt till verkens grundläggande egenskaper.

Men dessutom har några i personalen uppgett att de tycker att innehållet i vissa konstverk är svåra att förmedla. Ett exempel som nämns i intervjuerna är Björn Larssons fotografier med titeln *Mitt i naturen*, som en ur personalen finner svåra att hitta ingångar till. Här tänker vi att det vore möjligt att pröva kompletterande varianter av dialogbaserad pedagogik. I vår tidigare forskning har vi exempelvis funnit att frågor som uppmuntrar betraktaren att föreställa sig själv inuti bilden kan öppna nya ingångar till den. (Möjliga frågor inkluderar "Vilken bild skulle du helst vilja gå in i?", "Vad skulle du se om du gick in i bilden?" et cetera.) Det finns flera konkreta förmedlingstekniker, varav vissa bygger på perception, andra på kognition, som syftar till att förhöja betraktarens inlevelse, som skulle kunna prövas i konstvandringarna och som kanske kan göra somliga verk enklare att arbeta med. Geriatrikavdelningarna på Nacka sjukhus, med sin permanenta konstutställning och personalens erfarenheter från konstvandringarna, är förmodligen ett ovanligt lämpligt sammanhang för ett sådant konstpedagogiskt experimentarbete.

Existentiell hälsa

Avslutningsvis vill vi återvända till begreppet existentiell hälsa. Som tidigare nämnts inkluderar WHO:s definition av hälsa tre dimensioner av ”totalt välbefinnande”: den fysiska, den mentala och den sociala dimensionen. Kritik har riktats mot att definitionen är för ambitiös och att ingen människa förmodligen kan uppnå ett sådant tillstånd av allomfattande välbefinnande. Vad är då poängen med att lägga till ytterligare en hälsodimension, den existentiella? Svaret är att denna dimension inte bör ses som en rent kumulativ addering till de övriga. Existentiell hälsa, så som vi förstår begreppet, avser istället känslan hos individen av att ha en inre ”kärna” eller (för att använda en annan metaforik) en inre ”rymd”, där han eller hon kan finna en grundval eller ett utrymme för ett *förhållningssätt* till sitt liv, inklusive sin eventuella ohälsa i de övriga dimensionerna. När livet innehåller sjukdom, smärta och förlust kan en sådan känsla bli en resurs för att ändå skapa välbefinnande och därmed möjliggöra identifikation med det friska. Som Insoo Hyun påpekar, kan individer finna existentiell näring ur skilda saker, som naturen, gemenskap med andra, religiösa traditioner, eller den stimulans som konstverken erbjuder. Oavsett konceptuell inramning, menar Hyun, handlar det i grunden om att erfara sin egen person i ett *sammanhang* som kan ge kraft, frid och stöd.

Atul Gawande, som studerat vården i och inför livets slutskede, urskiljer två komponenter som centrala och avgörande för det vi här benämner existentiell hälsa (även om Gawande själv inte använder detta begrepp). Dessa komponenter är *autonomi* och att *bryta isoleringsringen* som ofta följer på sjukdom. Vi har valt att använda begreppen *agens* och *delaktighet*, eftersom de bär på konnotationer som stämmer väl med våra iakttagelser under konstvandringarna. Delaktighet bryter isolering just genom att akten att *dela* – dela sina egna erfarenheter med andra och ta del av andras upplevelser. Det är just vad vi iakttagit under konstvandringarna, att deltagarna ger uttryck för egna upplevelser och är uppmärksamma på andras och att de ger respons till varandra.

Det andra begreppet, autonomi, härleds från grekiskans ord för ”själv”, *auto*, och ”lag”, *nomos*, och konnoterar alltså något eller någon som ”sätter sin egen lag”. Agens kommer från latinets verb *agere*, ”göra” eller ”försätta i rörelse”, och konnoterar därigenom en vilja och förmåga att påverka, men utan samma association till lag och gränssättande som etymologin bakom ordet autonomi bär på. Gawande understryker, att när det yttre oberoendet är kringskuret av sjukdom blir det

än viktigare att utveckla och stärka en *inre* autonomi. Översatt i termer av agens, handlar det, enligt vårt synsätt, om att *välja* att låta något sättas i rörelse *inom* *inombords*, vilket också är vad vi iakttagit under konstvandringarna, på ett mycket konkret sätt. Vi har sett att patienterna under konstvandringarna undersöker och erfar *förändringar* och *skillnader*, både kognitivt och perceptuellt. Kognitivt sker detta när de genom associationer och minnen skapar sig en uppfattning av vad konstverket kan betyda, och sedan, genom dialogen, får lyssna på och sätta sig in andras tolkningar, baserade på andra tankar och minnen. Detta växelspel mellan olika tolkningar utgör ett kognitivt arbete, som vi tror kan stärka patienternas kognitiva förmåga och föda en reflexiv medvetenhet om den egna kognitionen.

Perceptuellt handlar det om att på motsvarande sätt erfara växlingar mellan olika varseblivningar, något som ofta är nära sammanbundet med kognitiv rörlighet. Som exempel kan nämnas tallrikarna i Maria Boijss *Träd*. När tallrikarna tolkas som moln innefattar det också att percipiera väggen som tallrikarna hänger på som en avlägsen himmelsfond istället för en fast vägg. Likaså inbegriper det att varsebli avstånden mellan keramiskulpturen, tallrikarna och väggen annorlunda än hur man vet att de fysiskt är. Denna rörlighet eller frihet i varseblivningen – som inom estetisk filosofi anses vara ett centralt element i den estetiska erfarenheten – är i sig själv njutbar och stärker en reflexiv medvetenhet om den egna varseblivningen.

För att sammanfatta: agens handlar i detta sammanhang inte främst om att bli fri från yttre hinder som i sjukdomen kanske är ofrånkomliga, utan om att erövra känslan av att vara *någon*, någon som har tankar, minnen och sinnesupplevelser och som trots de yttre hindren är förmögen att njuta. Som någon har sagt, att njuta är i sig ett uttryck för agens. Denna tanke kan också länkas till Hyuns resonemang, om att se sig själv i ett sammanhang. Det betyder att vidga sin inre horisont, så att man blir varse sig själv ur ett perspektiv som omfattar något mer, något som står i en relation till. Detta ”mer” kan vara ett socialt sammanhang, men också jagets närvaro inför ett konstverk i ett intensifierat här-och-nu-ögonblick, återigen ett viktigt element i den estetiska upplevelsen.

Framtiden

Konstvandringarnas framtid kommer i hög grad att bero på huruvida ledning och personal finner att de är ett konstruktivt inslag i verksamheten över tid. Vårt intryck är att de är ett väl implementerat initiativ som berikar patienternas tillvaro på flera plan. I ljuset av att intresset för konst i vården tycks växa snabbt tror vi att erfarenheterna som konstvandringarna genererar kan bli vägledande för framtida satsningar av liknade slag. Med bakgrund i resonemanget ovan om existentiell hälsa tror vi att konst och estetiska upplevelser kan spela en positiv roll i vården, särskilt för patientgrupper där en förstärkning av inre agens har stor betydelse

för välbefinnandet, till exempel patienter inom geriatriken, delar av den psykiatriska vården och i palliativ vård.

Men vi tror också att det behövs mer kunskap inom fältet konst och hälsa. Dels finns det utrymme, som vi beskrivit ovan, för att vidareutveckla konkreta förmedlingsmetodiker för patienter med kognitiva funktionsnedsättningar. Dels tror vi att en bättre förståelse av existentiell hälsa kommer att behövas för att värdet av konstinteraktioner i högre grad ska bli erkända inom vårdpolitiken. Konstvandringarna kan utgöra en fruktbar grogrund för båda slagen av utvecklingsarbete.

Referenser

- Alftberg, Å. & Rosenqvist, J. (2017): Meetings with complexity: Dementia and participation in art educational situations. I: K. Hansson & M. Idvall (red.): *Interpreting the brain in society. Cultural reflections on neuroscientific practices*. Lund: Arkiv Förlag, 109–126.
- Antonovsky, A. (1996): The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11:1, 11–18.
- APPG (2017): *Creative Health: The Arts for Health and Wellbeing*. All-Party Parliamentary Group on Arts, Health and Wellbeing Inquiry Report. London: APPG.
- Aure, V., Illeris, H. & Östergren, H. (2009): *Konsten som läranderesurs*. Skärhamn: Nordiska Akvarellmuseet.
- Bishop, C. (red) (2006): *Participation*. London: Whitechapel.
- Brodén, D. (2014): Vad säger forskarna om kultur och hälsa? I: O. Sigurdson (red.): *Kultur och hälsa. Ett vidgat perspektiv*. Centrum för kultur och hälsa, Göteborgs universitet, 137–170.
- Costantino, T. E. (2002): Problem-Based Learning: A concrete Approach to Teaching Aesthetics. *Studies in Art Education*, 43:3, 219–231.
- Crossick, G. & Kaszynska, P. (2016): *Understanding the value of arts & culture. The AHRC Cultural Value Project*. Swindon: Arts and Humanities Research Council.
- Ehn, B. & Löfgren, O. (2012): *Kulturanalytiska verktyg*. Lund: Gleerups.
- Gawande, A. (2014): *Being Mortal. Illness, Medicine and What Matters in the End*. London: Profile Books.
- Halberstam, J. (2011): *The Queer Art of Failure*, Durham, Duke University Press.
- Hein, G. E. (1998): *Learning in the Museum*. New York: Routledge.
- Holmbom Larsen, A., Minthon, L. & Londos, E. (2014): Creativity, Creative Challenges, and Creative Expression, and Their Interaction in Patients Suffering From Neurodegenerative Disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 10:4: Poster Presentations: P3–366.
- Hooper-Greenhill, E. (1994): *The Educational Role of the Museum*. London: Routledge.
- Hooper-Greenhill, E. (2000): *Museums and the interpretation of visual culture*. London: Routledge.
- Hyun, I. (2016): The Surprising Complexities of Stem Cell Medical Travel. I: S. Lundin, C. Kroløkke, M.N. Petersen & E. Muller (red.), *Global Bodies in Grey Zones. Health, Hope, Biotechnology*. Stellenbosch: SUN MeDIA, and STIAS, 123–138.

- Illeris, H (2002): *Billede, pædagogik og magt: postmoderne optikker i det billedpædagogiske felt*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Kinney, J. M. & Rentz, C. A. (2005): Observed well-being among individuals with dementia: Memories in the Making, an art program, versus other structured activity. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 20, 220–227.
- Kosofsky Sedgwick, E. (2003): *Touching Feeling: Affect, Pedagogy, Performativity*. Durham: Duke University Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Den kvalitative forskningsinterview*. Lund: Studentlitteratur.
- Liljefors, M. (2019 kommande): Aesthetic Certainty and Existential Health. I: R. Irwing & K. Hansson (red.): *Movement of knowledge: introducing a medical humanities perspective on medicine, science and experience*. Lund: Nordic Academic Press.
- Lindberg, A L. (1991): *Konstpedagogikens dilemma: historiska rötter och moderna strategier*. Lund: Studentlitteratur.
- Macnaughton, J., White, M. & Stacy, R. (2005): Researching the benefits of arts in health. *Health Education*, 105:5, 332–339.
- Melder, C. (2011): *Vilsenhetens Epidemiologi: En religionspsykologisk studie i existentiell hälsa*. Acta Universitatis Upsaliensis. Psychologia et sociologia religionum 25. Uppsala: Uppsala University Press.
- Mittelman, M. & Epstein, C. (2009): Evaluation of Meet Me at MoMA. I: F. Rosenberg, A. Parsa, L. Humble & C. McGee (red.): *Meet Me. Making Art Accessible to People with Dementia*. New York: The Museum of Modern Art.
- Priebe, G. & Sager, M. (2014): Konst och hälsa. I: O. Sigurdson (red.): *Kultur och hälsa. Ett vidgat perspektiv*. Centrum för kultur och hälsa, Göteborgs universitet, 55-90.
- Rice, D. (1991): The Art Idea in the Museum Setting. *Journal of Aesthetic Education*, 25:4, 127–136.
- Rosenberg, F., Parsa, A., Humble, L. & McGee, C. (2009): *Meet Me. Making Art Accessible to People with Dementia*. New York: The Museum of Modern Art.
- Rosenqvist, J. & Suneson, E. (2016): Konst och subjektskapande. Neurodegenerativa nedsättningar och dialogbaserad konstpedagogik. *Socialmedicinsk tidskrift*, 93:3, 288-296.
- Sigurdson, O. (red.) (2014): *Kultur och hälsa. Ett vidgat perspektiv*. Centrum för kultur och hälsa, Göteborgs universitet.
- Sigurdson, O. & Sjölander, A. (red.) (2016): *Kultur och hälsa i praktiken*. Centrum för kultur och hälsa, Göteborgs universitet.
- Tyack, C., Camic, P. M., James Heron, M. & Hulbert, S. (2017): Viewing Art on a Tablet Computer: A Well-Being Intervention for People With Dementia and Their Caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 36:7, 864–894.
- Young, R., Camic, P. M. & Tischler, V. (2015): The impact of community-based arts and health interventions on cognition in people with dementia: A systematic literature review. *Aging & Mental Health*, 20:4, 337–351.

