

# Existentiell hälsa - en underutnyttjad resurs inom vård, skola och omsorg

*Jag var där, jag var där. en stund på jorden* sjunger vi med Laleh (1), och Paulo Freire säger att vår roll under den stunden är *att förändra* (2). Under vår tid på jorden i dag, i tider som gått och de som kommer, finns de existentiella frågorna. Frågor om liv och död om klimathot och himlens oändlighet, existentiella frågor som: stjärnorna i skyn – *De är alltid där, men syns bara om natten* (3).

## Inledning

Vi vill inleda med en bild från Cecilias forskning:

”Vi sitter på översta våningen i sjukhusets psykiatridel. Ute börjar träden skifta till sin praktfulla höstskrud. I rummet ställs frågan: ”Har någon av era behandlare talat med er om hur ni ser på meningen i livet eller på hopp inför framtiden?” Alla deltagare skakar på huvudet och svarar att sådana frågor aldrig tidigare förekommit. Detta trots att alla i den lilla gruppen har gjort allvarliga försök att ta sina liv och har stor erfarenhet av psykiatri. Överläkaren blir lika sorgsen som jag, över att dessa underbara människor i sin svåra situation inte fått hjälp att adressera dessa livsviktiga frågor. Inte ens när de stått på randen till att dö. När vi avslutar vår suicidprevention, efter att ha träffats två gånger i veckan á tre timmar under åtta veckor, så har hösten övergått i snökaos. Alla fem deltagare lever. De går hem i t-shirtar de bestämt sig för att trycka som en avslutning – med texten ”JAG EXISTERAR” skrivet i ett färgglatt collage på bröstet. Jag är tacksam över att jag ha fått möjlighet att genomföra interventionen i samarbete med överläkaren i psykiatri med omfattande kunskap i Suicidologi från forskning och beprövad erfarenhet. I utvärderingarna läser vi att det sämsta med interventionen var att: ”det tog slut”, ”det inte var fler träffar” och att ”kommer inte på något för allt var bra”. Dessa är bara några av alla de personer som etsats sig fast i mitt minne. Minnen från samtal om existentiell hälsa som jag haft, efter min disputation år 2011, med unga, gamla, sjuka, friska, lyckliga, olyckliga och alla där mitt i mellan. Det handlar inte om någon övermänsklig optimism, utan en mänsklig vägran att inte ge upp och en strid för att fortsätta vandra den osäkra och svåra vägen framåt, för att parafrasera Egargo & Kahambings formulering i *Journal of Public Health* när de påtalade behovet av existentiellt hopp i suicidpreventioner i Filippinerna under början av Covid-19 pandemin, 2021. (4). Gång på gång förvånas jag över hur okomplicerat existentiella samtal kan komma till stånd, samtal som i stunden blir ärliga, djupa och allvarliga. Jag minns till exempel konferenser när vi i grupper presenterat

tekniken och i ”prova-på” samtal fått del av vad människor på allvar hoppas på, vad som får de sömnlösa på nätterna och vad som får dem att känna mening i livet. Men jag vet inte vad de heter, jobbar med, hur gamla de är eller några andra av de attribut som vi brukar presentera oss med. Det enda jag vet är att vi alla existerar, i medgång och motgång. Och vi har behov av att skapa mening, system ofta formade i dialog med andra, behovet blir inte minst tydligt i livets övergångar och i det svåra”.

## Existentiell hälsa och Sveriges Kommuner och Regioner

Diskussion om behovet av existentiella samtal har aktualiserats alltmer under de senaste tio åren. Frågan har i flera år uppmärksammats av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Ing-Marie Wieselgren var den drivande motorn i SKR:s insatser för bättre psykisk folkhälsa och för betydelsen av existentiell hälsa. Som en hyllning till Ing-Marie Wieselgren inleds temanumret av en artikel av *Martin Rödbolm*, specialistläkare inom psykiatri och en av de ansvariga för det fortsatta arbetet med SKR:s Uppdrag Psykisk Hälsa och Nära Vård. Martin beskriver Ing-Maries arbete och SKR:s ambition att fortsätta hennes arbete i artikeln: *Existentiell hälsa – en outnyttjad resurs*.

Ing-Marie ville lyfta in existentiella frågor som ett sätt att hjälpa patienter/brukare att formulera vägar framåt. Det var också de frågor som Ing-Marie alltid satte ljuset på, i sin roll som ledare för SKR:s kraftsamling inom Uppdrag Psykisk hälsa. Där lyfte hon vikten av samverkan med brukarorganisationer och att våga öppna upp samtal om de existentiella frågorna, kopplade till psykisk hälsa. Tillsammans kan vi i Ing-Maries anda åstadkomma långsiktig förändring, skapa arenor för samtal, samverkan och agera brett där också existentiell hälsa i högre grad kan vägas in i arbetet med att främja hälsa.

Efter en diskussion om meningsskapande system presenteras några artiklar om hur existentiell hälsa uppfattas, dess betydelse för vår hälsa och hur den kan mätas och påverkas. Därefter följer artiklar som beskriver forskningsbaserade interventioner. Temadelen avslutas dels med utvecklingen i region Jönköping för praktisk genomförande av att lyfta existentiell hälsa inom hälso- och sjukvården, dels också inom olika bildningsförbund.

## Behovet av meningsskapande system som grund för existentiell hälsa

Begreppet *meningsskapande system* är ett begrepp som återkommer i flera av de följande artiklarna. Det kan sägas vara det vi till vardags kallar värdegrund, livsåskådning, tro eller livsinställning. Våra egna meningsskapande system är långt ifrån alltid genomtänkta eller vedertagna, utan syftar på det som vi dagligdags

använder för att göra tillvaron någorlunda begriplig. En distinktion vi kan göra för att förtydliga innebörden i svårfångade begrepp är att skilja mellan substantiella och funktionella definitioner (5). Den substantiella definitionen omfattar innehållet, till exempel vad som hålls för sant, som en specifik gudom, politisk inriktning, filosofi eller naturens kraft, samt tillhörande texter, traditioner, riter och artefakter. Den funktionella definitionen utgår i stället från funktionen, erfarenheterna om vad det ”gör” för människan på micro-, mezzo- och makronivå, dess konsekvenser, med andra ord vad det kan bidra med.

Segelbåtens köl kan vara en bild för en funktionell definition av existentiell hälsa. Våra meningsskapande system utgör skissen för kölen och livet utgör själva seglatsen. Ibland är livet som att segla i medvind en solig sommardag. Men innan vi vet ordet av kan vädret slå om. Vi befinner oss i ovädret där orkanvindar rycker och sliter i segel och roder, har vi då ingen köl finns det riska att vi kantrar. Kölen hjälper oss att hålla oss upprätta och någorlunda på kurs. Grundskissen i form av meningsskapande system kan bestå av olika livsåskådningar, värdegrunder med mera, men för att den ska stå oss bi när vi som bäst behöver den måste den vara förankrad, formad och omformad för de olika vatten vi färdas i, någorlunda hel och gärna väl underhållen. Existentiell hälsa är inget statiskt utan ett dynamiskt tillstånd, på samma sätt som fysisk och psykisk hälsa. Vår psykiska och fysiska hälsa kan vara god och utgöra en resurs, en skyddsfaktor eller friskfaktor för hälsa i vid bemärkelse. Den kan även vara svag och bräcklig och då kan det vara en riskfaktor. På samma sätt är det med den existentiella hälsan. I tider med god existentiell hälsa kan den fungera som en resurs för hälsa i vid bemärkelse och i andra stunder kan den vara svag. Då kan det behövas stöd för att vidmakthålla och utveckla den existentiella hälsan. Dessa tillstånd kan ofta existera parallellt, vi kan vara bräckliga och resilienta på en och samma gång.

## **Olika perspektiv – frustration eller rikedom**

I de olika artiklarna utgår författarna från olika teoretiska perspektiv, med olika studieobjekt och skilda syften. Måhända kan det upplevas frustrerande att vi inte kan leverera en sanning med stort S eller ens en gemensam definition. Men här vill vi lyfta vikten av olika och ibland motstridiga perspektiv, som en viktig väg mot vidgad klokskap. Detta är nödvändigt när det är svåra och komplexa områden som studeras. I synnerhet när det handlar om att utforska delvis nya områden som aktualiserats till följd av kulturella förändringar. Med nyfiken öppenhet får vi utgöra en del av den konstruktiva kritiska massan som utvecklar kunskap och med fokus på människans ve och väl, blir vi klokare. Detta förutsätter att vi följer rådet från Owe Wickström, professor emeritus i religionspsykologi vid Uppsala universitet. Han framhåller ofta att vi inte får

hänfalla till ontologisk reduktionism och proklamera att vi har den enda universellt giltiga förklaringen. Han menar att vi i stället ska tillämpar metodologisk reduktionism. Då kan vi utifrån våra specifika metoder och studieobjekt bidra med viktig kunskap, som jämte andra studier kan öka den gemensamma kunskapsmassan inom ett område (5).

### **Utveckling och kulturell anpassning av internationell forskning**

I det skandinaviska arbetet har denna explorativa ansats varit nödvändig. Mycket av den tidiga forskningen inom området skedde i andra kulturella kontexter, än den sekulariserade och samtidigt multikulturella- och multireligiösa (se utveckling av dessa begrepp i Melder & Haglund i detta nummer). I början av 2000-talet uppmärksammades i Skandinavien att den internationella forskningen om religiös och andlig hälsa även hade bäring i våra länder, trots ländernas höga grad av sekularisering. I Danmark uppmärksammades tidigt, i en studie publicerad 2006, att 25% av de drygt 1500 tillfrågade cancerpatienterna uppgav att: de tankar på liv och död som sjukdomen aktualiserat inte hade hanterats på ett tillfredställande sätt av vården (6). Förutom det uppgav 17% att deras diagnos lett till mer existentiella reflektioner och av dessa uppgav 31% att reflektionerna inte hade blivit bemötta på ett tillfredställande sätt. Vid samma tid, år 2005–2006, genomfördes en patientenkät på det Danska Rikshospitalet, där bland andra forskaren Peter la Cour fann att, av de 480 inläggande patienterna (inklusive en mindre grupp föräldrar till inläggande barn och patienter i ambulans-vård), uppgav 53% att de: ”Tänker mere på mening og formålet med livet under sygdom” (7). Däremot uppgav deltagarna, var av 14% uppgett att de var regelbundna gudstjänstdeltagare, att deras inställning till religiösa föreställningar endast i liten grad hade påverkats av sjukdomen” (7). Forskarna konstaterade att de inläggande patienterna som deltagit i studien uppgav en intensifiering av generella existentiella och andliga frågor, men utan att nödvändigtvis tolka det i termer av religiös tro eller praktik (7). Dessa och andra tidiga studier tydliggjorde två saker, dels att de existentiella frågorna är aktuella i mer sekulariserade länder, även för patienter som inte definierar sig som troende, dels att teorier och metoder som utvecklats internationellt behövde anpassas till den skandinaviska kulturella kontexten (8).

Niels Christian Hvidt professor vid institutionen för folkhälsovetenskap, SydDansk Universitet (SDU) och kollegan Peter la Cour publicerade 2010 en konceptuell begreppsapparat för existentiellt meningsskapande och hälsa i en sekulariserad kontext. Hvidt och la Cour uppmärksammade behovet av att både i forskning och klinisk verksamhet kunna ställa adekvata frågor i skärningspunkten existentiellt meningsskapande och hälsa. Utifrån sina omfattande litteraturstudier konstaterar la Cour & Hvidt att det dels finns två huvudinrikt-

ningar inom området, den som utgår från andlighet och religion och dels den som utgår från den filosofiska inriktningen Existentialismen med tillhörande psykologisk orientering. Utifrån deras syfte, att utarbeta adekvata frågor för forskning och klinisk verksamhet, menar de att dessa inriktningar är förenliga:

*"[T]he divide between them is artificial and counterproductive for relevant research in the field. When concepts are not adequately delimited and defined, and when close traditions seem to ignore each other, then the opportunities for grasping the rich clinical reality of meaning-making in the experience of medical conditions are reduced. In the real world, patients may think about existence in secular, in spiritual and in religious terms, and a majority do so simultaneously. In their minds these currents may separate, may shift position and may fuse at different times during the course of their life. Reality is multi-layered, and investigation, theory and research should reflect this."* (8)

la Cour & Hvidt föreslår en operationalisering av konceptet, det vill säga att begreppets delas upp i sina betydelsebärande enheter för att det ska var möjligt att beforska och omsätta i praktiken (9). I sin artikel presenterar de "existentiellt meningsskapande" som ett samlingsbegrepp för 1) religiöst, 2) andligt och 3) sekulärt meningsskapande (8). Dessa delar av det existentiellt meningsskapande kan vara:

1. Religiöst meningsskapande: utifrån till exempel kristendom, islam, judendom eller den buddistiska gemenskapens tradition;
2. Personlig/privat andligt meningsskapande: som till exempel tro på astrologi, panteism, naturens inneboende kraft, Gaia eller valda delar av olika religioner som utgör en personlig kombination av meningsskapande strukturer; eller
3. Sekulärt meningsskapande: som grundar sig i till exempel en filosofisk, politisk eller ideologisk inriktning som Existentialism, Liberalism eller Sekulär Humanism.

Oberoende av inriktning så handlar det om kognition/veta, praktik/göra och betydelse/vara: "knowing, doing and being" (10). Denna konceptuella modell validerades i en studie i flera steg som avslutades med enkätsvar för att identifiera vilka associationer deltagarna hade till begreppet "det existentiella" (9). Totalt värderade 1016 personer 107 positiva och negativa innebörder av "det existentiella" kopplat till de tre uttrycken: veta, göra och vara (9). Tre grupper framträder i faktoranalysen, de som associerade "det existentiella" till 1) de essentiella meningarna i livet, 2) andlighet/religion och 3) existentiellt tänkande (4). Det är denna innebörd av existentiellt meningsskapande som ligger till grund för användningen existentiell hälsa i denna text.

Internationellt, i vetenskapliga studier och praktisk erfarenhet, har konstaterats att det finns ett starkt samband mellan människors fysiska, psykiska, sociala hälsa och hennes existentiella. Denna existentiella dimension inverkar fysiologiskt bland annat på blodtrycket, immunförsvaret, hjärt-och kärlsjukdomarna. Redan 1924 när FN antog de första Barnkonventionen skrevs, i de första av då fem artiklarna, in barns rätt till andliga förutsättningar för en normal utveckling (3b). När sedan WHO formades utvecklades från början en helhetssyn på hälsa. Och 1968 startade diskussioner mellan Kyrkornas världsråd (WCC) och Världshälsoorganisationen (WHO) om att lyfta in även den existentiella dimensionen i definitionen av hälsa och arbetet med *Hälsa för alla strategin* (11). Arbetsgrupper inom WHO har sedan slutet av 1900-talet uppmanat medlemsländerna att beakta den andliga dimensionens betydelse för en god hälsa (12). I Sverige har detta ännu inte fått fullt genomslag, varken i regeringens och riksdagens beslut eller i Folkhälsomyndighetens verksamhet.

Teol. Dr *Christina Sophia Lloyd*, från Centrum för mångvetenskaplig forskning om religion och samhälle presenterar en forskningsöversikt i sin artikel *Vad är existentiell hälsa och varför är den viktig?* Hon utgår från en definition av existentiell hälsa som: ”En grundläggande känsla av trygghet och tillhörighet i världen som dels gör det möjligt för människor att i sin vardag skapa mening med sig själva och med livet, dels stödjer förmågan att hantera kriser och tillvarons yttersta frågor.” I artikeln tydliggörs hur de olika utgångsperspektiv/discipliner man kommer från, med forskare från olika områden som filosofi, teologi, antropologi, psykologi, sociologi, traumapsykologi och religionsbeteendevetenskap bidrar med olika beskrivningar av vad existentiell hälsa är. En del av dessa discipliner tar mer tydligt fasta på hälsoaspekterna, medan andra mer fokuserar på hur människan kan leva ett gott och meningsfullt liv. Lloyd säger att samlad forskning visar att upplevelsen av mening i livet har en rad positiva effekter på vår hälsa och utveckling som människor. Källor till mening med livet är bl. a. en känsla av tillhörighet, del av ett större sammanhang och att betyda något för andra. Aktuell forskning har även undersökt sambanden mellan mening i livet, stress, ensamhet, depression, inflammatoriska processer i kroppen och neurologiska funktioner i hjärna. Andra källor är kreativitet som finns inom konst, musik, litteratur och teater.

En grupp inom WHO (WHOQOL SRPB Group, 2006) har i 18 länder genomfört en pilotstudie om hur andlig, religiös och personlig tro (SRPB) relaterar till livskvalitet (QoL) för att inkludera den dimensionen i bedömning av hälsorelaterad livskvalitet. Resultaten visade att SRPB korrelerade med alla WHOQOL-domänerna ( $p < 0.01$ ), även om de starkaste korrelationerna uppmättes med psykologiska och sociala domäner och övergripande livskvalitet. Hälso-dimensionerna är (1) fysisk hälsa, (2) psykisk hälsa, (3) mått av självständighet, (4) sociala relationer, (5) miljö samt (6) spiritualitet, religiositet och personlig

tro. Genom faktoranalys framkom åtta aspekter som tvärkulturellt bidrar till ökad livskvalitet, där en av dem är mening med/i livet.

## **Kropp, själ och ande, WHO?**

Innan vi släpper resonemanget om definition, begrepp och innebörd är det ytterligare några begrepp som behöver förtydligas. När Riksdagen den 5 juni 2008 antog Prop. 2007/08: 110 om en förnyad folkhälsopolitik framhölls vikten av en helhetssyn på människan och att folkhälsoarbetet bygger på ett gemensamt ansvarstagande där offentliga, ideella och privata krafter samverkar. Som skäl för den förnyade folkhälsopolitiken angavs bedömningen att: ”Människan har såväl kroppsliga som själsliga och andliga behov” (8). Denna syn uppmanar till att inkludera den existentiella dimensionen i synen på hälsa, samtidigt som den sätter fingret på en av de stora utmaningarna för att göra just det. För vad är skillnaden mellan själsliga och andliga behov, när själsliga i ett vardagligt bruk inte sällan har andliga konnotationer och tvärtom. Även internationellt finns en tvetydighet i användningen av begreppen. När vår västerländska syn på människan utvecklades rådde en helhetssyn på människan som en enhet bestående av just kropp, själ och ande, i ett grekiskt språkbruk kallade sarx/soma, psyche och pneuma (14). Med tiden kom denna hela människa alltmer bestå av olika, separata delar som inbördes var hierarkiskt ordnade. Tolkningen av psyche som den mentala och kognitiva aspekten av att vara människa, kvarstod in på 1900-talet i Sverige (se. Jakobsson). Pneuma, är ordet för vind, andning, livskraften (15). Utifrån detta kan vi säga att människan är fysisk, psykisk och existentiell, i ett engelskt språkbruk består då människan av subjekten: body, mind eller soul samt spirit. Det engelska ordet Spirit har genom åren utmanat möjligheten att inkludera den existentiella dimensionen i synen på hälsa.

Detta blir tydligt i WHO:s olika dokument från senare delen av 1900-talet. Antalet medlemsländer i WHO ökade kraftigt från 1970-talet, då avkolonisering möjliggjorde för nya självständiga länder att bli medlemmar och därmed få möjlighet att påverka organisationens syn på hälsa (16). Därmed kom ett delvis annat perspektiv att betonas i folkhälsoarbetet, dels vikten av att prioritera primärvård, dels att ta tillvara kunskapen från den traditionella medicinen med en helhetssyn på människan. Utifrån ett initiativ av doktor Samuel Hynt, läkare och hälsominister i Swaziland fattade WHO:s styrelse, *The Executive Board*, 1984 ett viktigt beslut (17). De uppdrog till WHO:s generaldirektör att lägga ett förslag till WHO:s generalförsamling (The World Health Assembly) om att inkludera den existentiella dimensionen, kallad spiritual, i definitionen av hälsa (18). Styrelsen består av drygt 30 delegater som är sakkunniga inom området hälsa. Svårigheterna att få samsyn beträffande den existentiella dimensionen avspeglades i mötet. Det beskrivs i protokoll och i generaldirektörens egen berättelse,

om hur han konsulterat *Oxford English Dictionary* för att försöka hitta en lämplig definition av Spiritual i relation till hälsa (8). I maj samma år tas förslaget upp i generalförsamlingen, där alla medlemsländer är representerade, ofta med flera delegater (19). Där antas en definition för tolkning av denna dimension:

*”Understanding the spiritual dimension to imply a phenomenon that is not material in nature but belongs to the realm of ideas, beliefs, values and ethics that have arisen in the minds and conscience of human beings, particularly ennobling ideas”* (19).

Vidare beslutas att medlemsländerna ska föreslås att inkludera den antagna dimensionen i sin ”Hälsa för alla”-strategi, utifrån de egna kulturella och sociala mönstren. Däremot avslogs förslaget att inkludera den existentiella aspekten i den gemensamma definitionen av hälsa (19).

I linje med definitionen som generalförsamlingen antog 1984, presenterar WHO:s forskargrupp för studier om hälsorelaterad livskvalité, WHOQOL-Group, tio år senare sin tolkning av denna dimension, utifrån sina studier (20). Gruppen kallar de olika dimensionerna av hälsorelaterad livskvalité för *facetter* och den existentiella dimensionen kallar de för *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs* förkortat till SRPB-facetten (21). I *Position paper from the World Health Organization* 1995 beskrivs SRPB facetten:

*“This facet examines the person’s personal beliefs and how these affect his quality of life. This might be by helping the person cope with difficulties in their life, giving structure to their experience, ascribing meaning to spiritual and personal questions, and more generally providing the person with a sense of well-being. This facet addresses people with differing religious beliefs (e.g. Buddhists, Christians, Hindus, Muslims), as well as people with personal and spiritual beliefs that do not fit within a particular religious orientation. For many people religion, personal beliefs and spirituality are a source of comfort, well-being, security, meaning, sense of belonging, purpose and strength. However, some people feel that religion has a negative influence on their life. Questions are framed to allow this aspect of the facet to emerge. Examples: Muslims living in a Hindu area; a person with a terminal illness”* (21).

Parallellt med forskningen utifrån en helhetssyn på hälsorelaterad livskvalité pågick försöken att stadfästa helhetssynen i ”Hälsa för alla”-strategin på organisationsnivå, då det för många medlemsländer bedöms vara en förutsättning för hälsa (18). Men vi kan konstatera att utmaningen att förstå och enas om en gemensam syn på begreppet *Spiritual* fortsätter att gäcka. Begreppet behöver inte referera till någon andlig eller religiös livskraft i engelskan: det kan handla om: ”The spirit off” naturen, vänskap, vetenskap, filosofi eller konst till exempel. Eller flygplan som en delegat i WHO:s vetenskapliga hälsoråd påpekade.



Han refererade då till Charles Lindbergh som 1927 lyckades flyga över Atlanten utan mellanlandningar i ett plan som hette "Spirit of St. Louis" (22). Det är lätt att inse frustrationen hos dessa kompetenta och skolade personer, när de söker en koncis och stringent definition på denna dimension, på samma sätt som flera andra delar av hälsan har tydliga definitioner. Men dessa definitioner har utvecklats under århundranden av vetenskapligt kunskapande och den existentiella dimensionen är bara i början av den vetenskapliga utvecklingen. För att citera professor John-Paul Vader som skriver i sin ledare, "Spiritual health: the next frontier", *The European Journal of Public Health* 2006:

*"It is perhaps easier to take the path of least resistance and focus on what we can readily measure, irregardless of its relative importance. However, it would not seem unreasonable to expect that a scientific community that can map the human genome and go to the moon and back can find ways and means, if the will is there and in collaboration with other elements of society, to define, measure, and ultimately improve manifestations of the spiritual dimension of health."* (23)

Den 22 januari 1998 beslutar WHO:s styrelse trots allt att ånyo uppdra till generaldirektören att lägga fram ett förslag till generalförsamlingen om att inkludera den existentiella dimensionen (24). Förslaget är att ersätta den första paragrafen i konstitutionen från 1946 (fastställd 1948) med formuleringen: "Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". När generalförsamlingen samlas i maj året därpå, uppstår det ännu en gång osäkerhet runt förståelsen av begreppet *Spiritual* och ännu en gång röstas förslaget om att inkludera denna dimension ner. I protokollet går det att läsa att delegaterna inte är mot förslaget i sak (25). Men majoriteten av medlemsländer stödde förslaget från EU:s representant, som även företrädde flera östeuropeiska länder, att behålla den ursprungliga hälsodefinitionen, delvis med motiveringen att organisationen måste fokusera sitt arbete på den stora omorganisationen som nyligen hade gjorts (25). Samtidigt ville inte generalförsamlingen släppa frågan helt utan beslutade att: "[T]he Director-General would keep the matter under review" (25, s.162). Då liksom nu är det framförallt fyra av WHO:s sex regioner som uppmärksammar denna fråga, nämligen regionerna: Africa, South-East Asia, Eastern Mediterranean & Western Pacific (18). Under 2000-talet har det fortsatt att komma propåer om att inkludera den existentiella dimensionen i WHO:s hälsodefinition, men inget förslag har nått lika långt i beslutsordningen som under slutet av 1900-talet (26).

Då är vi över i nästa artikel av Teol. Dr. *Cecilia Melder* och professor *Bo J A Haglund*, *Existententiella aspekter i modell för hälsans orsaksfaktorer*. Här redovisas åtta aspekter av existentiell hälsa som är utvecklade från WHO:s studier av SRPB

och som ligger till grund för flertalet av de andra artiklarna och de frågor som använts. En arbetsdefinition som används i artikeln är: ”Existentiell hälsa är de sammantagna processerna av grundläggande tankar, handlingar och känslor när människan förhåller sig till livets olika situationer i relation till sig själv, sin omgivning och/eller en transcendent eller immanent kraft” inklusive sekulär kraft (38).

De åtta aspekterna är: Existentiell/Andlig kontakt (SP1), mening och syfte med/i livet (SP2), Upplevelse av förundran (SP3), Helhet och Integration (SP4), Existentiell/Andlig styrka (SP5), Harmoni och inre frid (SP6), Hoppfullhet och Optimism (SP7) och Tro som resurs (SP8).

Hälsans bestämningsfaktorer innehåller både fysiska, psykiska, sociala och andliga dimensioner. En modell för att pedagogiskt och lättfattligt kunna förstå hur och vilka bestämningsfaktorer som påverkar vår hälsa, är den s.k. Regnbågsmodellen. I en nyligen publicerad artikel *Rainbows over the world's public health: determinants of health models in the past, present, and future* redovisas och diskuteras i den s.k. Regnbågsmodellen och hur dessa faktorer på olika nivåer påverkar vår hälsa med den kunskap vi har idag (27). I den avslutande krönikan i detta nummer redovisar Bo J A Haglund utvecklingen på svenska av Regnbågsmodellen. Poängen med Melder's arbete är att tydliggöra de åtta existentiella aspekternas betydelse i Regnbågsmodellen som grund för hälsofrämjande arbete.

I artikeln *Om hur själen försvann från psykiatrin och psykiatrins ointresse för den existentiella hälsan* diskuterar professor och psykiatriker *Lars Jacobsson*: Vad finns kvar av människans mysterium i den alltmer naturvetenskapligt orienterade psykiatrin? Psykiska sjukdomar beskrevs som själssjukdomar och psykiatrer som själsläkare ända in på mitten av 1900-talet. Själsläkarna var framför allt psykoterapeutiskt verksamma privatpraktiker, de som arbetade på de stora mentalsjukhusen, med de svårast sjuka patienterna beskrevs mera sällan som ”själsläkare. För naturvetare och psykologer är själen inget objekt utan kan ses som ”den arbetande hjärnan”, en individs mentala processer. Själen behövs inte för naturvetenskapen. Frågor om livets mening, den icke-materiella identiteten och livets mysterium har fortsatt en självklar plats i modern psykiatri men frågan är hur detta skall värnas. Jacobsson lyfter Johan Cullbergs tankar om själen där Cullberg menar att psykiatrin måste röra sig mellan det medicinskt-naturvetenskapliga paradigmet och det humanistiska paradigmet ”där objektet är den upplevande, unika människan och hennes själ... Därför måste förhållandet mellan psyke och själ ständigt lyftas fram inom psykiatrin”. Jacobsson drar slutsatsen att: Själen hör nog bäst hemma hos själasörjaren som inte behöver evidens för sitt arbete med den lidande människan.

Därefter presenteras under rubriken *Existentiell hälsa – Dilemman och möjligheter* en kritisk analys av begreppet *Existentiell hälsa* som avslutas med förslaget att i stället dels använda begreppet *andlig hälsa*, dels fokusera på synsättet *Existens och hälsa*.

Det är docent och existentiell psykoterapeut *Dan Stivne* som är författare. Stivne har publicerat en bok om existens och hälsa (28) som tidigare recenserats i SMT.

Efter att ha presenterat några definitioner av existentiell hälsa skriver han: Först kan invändas att begreppet existentiell, som normalt är ett holistiskt begrepp, har fått en smal definition som mest tar upp vad som brukar beskrivas som *den fjärde livsvärlden*. De övriga tre är naturvärlden; den sociala världen och den personliga världen medan den fjärde rör just andlighet, mening och djupa värden. För det andra är begreppet existentiell hälsa beskuret i den meningen att nästan enbart positiva aspekter av människans tillvaro tas upp. Men den främsta invändningen mot begreppet existentiell hälsa rör att begreppet definieras som just ett hälsobegrepp och som ett tillägg till fysisk, psykisk och social hälsa. Stivne hävdar att Existentiella livsproblem och dilemman lämpar sig särskilt illa för att definieras inom ramen för hälso- och sjukvård. Han hänvisar till Ola Sigurdsson för denna slutsats (24).

*Elisabeth Serrander*, existentiell psykoterapeut och lärare vid Mälardalens universitet, presenterar sedan en beskrivning av *Existentiell psykoterapi – en introduktion*. Existentiell psykoterapi, med rötter i existensfilosofin och existensens psykologi, tar sin utgångspunkt i den unika individens livsvärld. Vad innebär det att vara människa, hur lever man ett gott liv och vad är meningen med det hela? Frågorna, som är eviga och alltid närvarande för var och en av oss, är centrala i den existentiella psykoterapin. Existentiell filosofi och psykologi, som den existentiella terapin vilar på, handlar om människans grundläggande villkor och hur vi som individer kan hitta ett sätt att förhålla oss till dem. Det är ett holistiskt synsätt som betonar att människan är sammanflätad med världen och existerar i relation till den tillvaro vi lever i. Således mår vi som vi lever – lever vi inte väl så mår vi mindre bra. ”Att leva väl är grundat i förmågan att ta sig själv på allvar, att uppleva och respektera att ens liv äger rum just nu och att det är verkligt; man är en agent i ett komplicerat drama som man är inbjuden till och man har rätt och förmåga att träda fram som en unik, värdefull och häpnadsväckande variant av människosläktet” (30, s. 94).

Det är ett pragmatiskt synsätt där klienten betraktas som medansvarig för sitt sätt att leva, med både kriser och misslyckanden i bagaget, men även med kapacitet och möjlighet att ompröva sina villkor och finna ny riktning. Den andliga världen, som omfattar våra grundantaganden, tro, religion, livsfilosofi, värderingar och mening, betraktas som avgörande för hur vi lever vårt liv i de övriga dimensionerna.

## **Sverige i en föränderlig tiden**

I många länder, inte minst i Skandinavien, har det skett en kulturell förändring sedan andra världskriget, privatiseringen och individualiseringen har ökat och

människors värdering av traditionella och religiösa värden har minskat (31). Denna utveckling innebär att den enskilda människan har mer individuell frihet och väljer ett eget meningsskapande system, fri från gruppnormer i högre utsträckning än tidigare (32). Vi lever nu i en tid med många bilder och teorier om hur vi kan tolka livet. Detta är särskilt tydligt i så kallade sekulära länder. I intervjuer med svenska ungdomar, fann vi om livet i ett större sammanhang (med frågor om heliga och profana, sorg och glädje i relation till någon högre existens) har ersatts av personliga övertygelser som bygger på en ”tro på sig själv” och en ”tro på [att] man ska lyckas” (33). Naturligtvis skiljer sig kontexten i Sverige i dag från den kontext som rådde i slutet av 1900-talet och fick WHO att satsa på ”Hälsa för alla” och länder att kämpa för att den existentiella dimensionen i deras traditionella medicin skulle erkännas av WHO. Men det är värt att notera att trots de kontextuella skillnaderna återkommer behovet av den existentiella hälsodimensionen hos både människor som betraktar sig som religiösa eller andliga och hos människor som saknar eller valt bort en livsåskådning. En central aspekt som dock skiljer sig mellan olika kontextuella kulturer är hur tillgängliga och närvarande olika meningsskapande system är i vardagen. Tillgängligt då både i form av öppenhet och i möjlighet att omsätta det till en funktionell existentiell hälsa med delarna: veta, göra och vara.

## Interventioner för bättre hälsa

*Anders Rosengren*, läkare och professor i molekylär medicin vid Göteborgs universitet, presenterar artikeln: *Ett nytt sätt att behandla livsstilssjukdomar och befrämja existentiell hälsa med Livsstilsverktyget*. Han beskriver sitt projekt Livsstilsverktyget som syftar till att hjälpa människor att uppnå bättre hälsa. Verktyget är ett nytt sätt att förbättra sin hälsa, både mentalt, fysiskt, socialt och existentiellt. Anders Rosengren började med Livsstilsverktyget efter sin 20-åriga forskningskarriär. Han kom fram till att hälsa är något som människor i dag har bättre kunskap om och att det finns bra med information för den som letar. Men trots ökad kunskap är det väldigt många som bortprioriterar hälsan. Verktyget är en app som man laddar ned till sin mobil och kan använda gratis. Den innehåller inspirerande information, frågor att reflektera kring och mycket annat som hjälper till att skapa vanor för att må bättre. Det finns ca 80 teman om mat, motion, stress, sömn men också om oro, negativa automatiska tankar, ensamhet och självkänedom. I studier har verktyget hittills visats ge lägre blodtryck, blodsocker, vikt och ökat subjektivt välbefinnande. Hälsoekonomiska analyser har visat att det skulle vara kostnadsbesparande om fler använde appen. Livsstilsverktyget används idag av cirka 100,000 personer, inom flera sjukvårdsregioner och inom primärvården.

Om ovan är en artikel som kan beskrivas som egenvård så har nästa artikel fokus på professionellt stöd i vård. Författarna *Madeleine Sandegård* leg. hälso-

och sjukvårdskurator, Örebro Universitetssjukhus och *Camilla Udo*, docent i socialt arbete Högskolan Dalarna och Marie Cederschiöld högskola i Stockholm, redovisar *Existentiella samtal inom hälso- och sjukvård: Kuratorers erfarenheter av samtal om döden*. De presenterar en studie med hermeneutisk ansats med syfte att undersöka kuratorers perspektiv på och förhållningssätt till samtal om döden med patienter och närstående inom hälso- och sjukvården, samt vilka faktorer de anser vara hindrande respektive underlättande för dessa samtal. Följande teman framträdde; perspektiv på samtal om döden, kuratorns förhållningssätt till samtal om döden, och hindrande och främjande faktorer för samtal, som visar att kuratorer anser samtal om döden som en viktig del i det stöd en kurator erbjuder. Resultatet i denna studie visar att kuratorer ibland hanterar svåra samtal genom att samtala med kollegor efter patientsamtalen och ibland lyssna på musik för att komma tillbaka. I sista numret av SMT för 2022 om Musikterapi och Musik och hälsa behandlas musikens roll för vår hälsa mer fördjupat (34).

I artikeln av Träkonstnär *Stefan Sjöblom* med rubriken *Bildrikt talat - en intervju med ärkebiskop Martin Modéus om bilder som existentiellt samtal* redovisas ett samtal om bilders betydelse som dörrar till inre landskap. Det kan handla om att våga gå in i ett rum som rymmer mycket smärta, och där utmaningen heter kamp. WHO:s åtta teman kan upplevas rätt så "snälla", eftersom de tecknar ett tänkt mål. Men vägen dit, för individen, är en kamp, och där kan bilder erbjuda både utmaning, vägledning och tröst.

Universitetslektor *Håkan Nilsson*, FD i socialvetenskap och religionspsykologi vid Högskolan Väst i Trollhättan, skriver i artikeln *Existentiell ångest och den tragiska treklövern i ljuset av ungas psykiska ohälsa* är en pärla. Genom en komparativ närläsning av Paul Tillichs bok *Modet att vara till* och Viktor Frankls bok *Livets måste ha en mening* belyser han likheter och olikheter i synen på existentiell ångest som ett predikament i individens sökande efter mening. I artikeln diskuteras hur ångest kanaliseras via ödet och döden, skuld och förtappelse och tomhet och meningslöshet. Som en röd tråd löper Frankls tragiska treklöver; lidande, skuld och död. Ur en samtida kontext väcker Tillich och Frankls tankar frågor om hur vi kan närma oss ungas psykiska ohälsa. Ångest säger Frankl måste göras kontrollerbar genom *skapande* verksamhet såsom hantverk, att måla, att skriva, att fotografera etcetera, eller genom *upplevelser*; att resa och att utforska samt att inte minst intaga en konstruktiv *attityd*.

I artikeln *Meningen med mig. Samtalsgrupper för unga 13 år och uppåt* återkommer teol. Dr *Christina Sophia Lloyd*, Centrum för mångvetenskaplig forskning om religion och samhälle (CRS), Uppsala universitet. Lloyd presenterar ett forskningsbaserat pedagogiskt material som riktar sig till unga från 13 år och uppåt. En viktig fråga idag är hur vi kan stödja unga att förstå livet och hitta en tillräckligt trygg och meningsfull väg in i vuxenlivets hållande sammanhang.

Materialet som tagits fram bygger på två kända skyddsfaktorer för psykisk hälsa: 1) att tryggt kunna prata om känslor, samt 2) att uppleva mening i livet. Det kostnadsfria och självinstruerande materialet presenteras i artikeln. Meningen med mig har tagits fram inom uppdraget: Ett existentiellt folkhälsoprojekt (13-18 år), Västerås Stift – främja barn och ungas psykiska och existentiella hälsa. För mer information om materialet: [www.svenskakyrkan.se/meningenmedmig/](http://www.svenskakyrkan.se/meningenmedmig/)

Fil. Kand. *Pia-Lotta Bylund* och grafisk designer *Hanna Burnesson* berättar under rubriken *Erfarenheter av att utveckla metoder och arbetsätt för att främja existentiell hälsa i grundskola och gymnasieskola i Helsingborgs stad*, om vad och hur man i projektet ”Snacka om livet” tog fram metoder, arbetsätt och material som skapade förutsättningar för reflektion och samtal om existentiella frågor. Några insikter från projektet var att en visuell bild av existentiell hälsa, som SOL-modellen byggd på fem av de åtta aspekterna av WHO-dimensionerna, gjorde det lättare att lyfta upp de existentiella frågorna i vardagen. Den var enkel att ta till sig utan att tappa komplexiteten. En annan insikt var att alla inte vill *prata* om livet. Då är det viktigt att erbjuda andra sätt, exempelvis kreativa uttryck, skrivande eller kultur. Värt att lyfta är att varken eleverna eller medarbetarna efterfrågade några digitala lösningar. Inget av appar, digitala övningar eller digitala samtalsrum önskades. Istället var det närvaro, tid att ses, fysiska möten och samtal som efterfrågades.

Doktor i religionspsykologi *Åsa Schumann*, redovisar under rubriken *”Corona för mej var ingen särskilt stor grej” Barns upplevelser av pandemin*, en intervjustudie av elever i årskurs 5 och deras förhållningssätt till pandemin. Den teoretiska utgångspunkten var att en trygg skolsituation och tillitsfulla relationer utgör viktiga faktorer för en känsla av sammanhang och meningsfullhet bland barn och ungdomar. Intervjuerna analyserades induktivt. Resultatet sammanfattas som i rubriken men det framgick också att en majoritet uttryckte att umgänget med kamrater och med familjen, att delta i skolan och att utöva fritidssysselsättningar var av stor betydelse under pandemin.

Teologen, författaren och prästen *Anna Rosengren*, presenterar en kompletterande modell till de modeller som presenterats av WHO för existentiell hälsa och FN med sina hållbarhetsmål under rubriken *Existentiell hälsa och hållbarhet bland unga i Täby*. Projektet fokuserar insatser kring hållbar existentiell hälsa för unga och rubriceras *Utmana – 12 steg för globalt välbefinnande*. De unga inspireras att bli ”hållbarhetsagenter”, som kan utmana och utbilda beslutsfattare och bidra i sitt lokalsamhälle med nytänkande kring hållbarhet och livskvalitet. De existentiella aspekterna av livet, ligger nära det som kallas KASAM, ett begrepp skapat av Aaron Antonovsky. Begreppet står för ”en känsla av sammanhang” och handlar om upplevelsen av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Sammanfattningsvis skriver Rosengren kan vi finna stöd i forskningen bl.a. att få verktyg för meningsskapande och känsloreglering skapar förutsättningar för

existentiell hälsa i form av inre välbefinnande och förmåga till medkänsla.

M.Sc. *Sara Elofsson* vid Barn- och ungdomshälsan, Region Jönköpings län har tillsammans med M.Sc. *Anna Larsson* utvecklat ett digitalt föräldrastödsprogram under rubriken *Möt ditt barns oro - digitalt. Utvärdering och erfarenheter av ett digitalt föräldrastödsprogram*. Målgruppen är vårdnadshavare till barn 6-13 år med mild till måttlig orosproblematik med tillfredsställande god funktionsnivå. Programmet innehåller fyra moduler som bygger på vårdnadshavares självständiga arbete och reflektion med regelbunden digital interaktion med behandlare. *Möt ditt barns oro* utvecklades för att vara ett lättillgängligt och resurseffektivt digitalt föräldrastödsprogram med syfte att främja psykisk hälsa hos barn i låg och mellanstadieåldern.

I nästa artikel presenteras en undersökning som genomförts i Västra Sverige vid Uppföljningsmottagning (UFM) efter barncancer, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg. Författarna är docent *Margaretha Stenmarker*, MD. *Maria Olsson* och docent *Marianne Jarfelt*. Rubriken för bidraget är: *Att drabbas av cancersjukdom under barndomen. Om existentiell sårbarhet och kraft i ett långtidsperspektiv*. Studien är en deskriptiv retrospektiv kohortstudie med frågeformulär. 40 % av studiepopulationen hade behandlats för leukemi-sjukdom och 15% för hjärntumör. Den högsta andelen svarande var kopplad till påståendet *Känner ansvar att leva ett meningsfullt liv* (25 %) och därefter *Oro för vilken påverkan canceren haft på familjen* (22 %). *Ifrågasättande av tro och andlighet* hade den lägsta procentuella andel svarande (5%). Resultaten talar också för att individer som insjuknat under tonårstiden, de som har behandlats för hjärntumör samt de som har behandlats med strålbehandling utgör särskilt sårbara grupper.

Allt fler personer överlever cancer och som konsekvens ökar behovet av cancerrehabilitering. Men, det det råder otydlighet kring vilka rehabiliteringsinsatser som efterfrågas och vilka aktörer som erbjuder dessa. I artikeln; *Övergången från att vara patient med cancer till person med erfarenhet av cancer. Civilsamhällets roll i rehabilitering efter cancer*, ger MD *Hanna Gabrielsson* vid Röda Korsets Högskola, Stockholm, och fil.dr. *Elin Hjorth*, *Viktoria Wallin* och *Lilian Pohlkamp* vid Marie Cederschiöld Högskola, Stockholm genom en klassisk litteraturöversikt svar på dessa oklarheter. ”Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancer-sjukdom och dess behandling. Rehabiliteringsinsatserna ska ge patient och närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt.” Syftet med litteraturöversikten var att belysa hur forskningen idag beskriver civilsamhällets roll i rehabiliteringen efter cancer i de nordiska länderna, samt beskriva hur deltagares erfarenheter av cancerrehabilitering skildras i forskning.

## Aktiv livshjälp – en modell för att stödja funktionell existentiell hälsa

Med utgångspunkt i den kulturella kontexten som råder i Sverige, utformades interventionerna för att passa en mångkulturell och mångreligiös kontext med en hög grad och individualisering och sekularisering (35). Målsättningen var även att utveckla en modell som kunde användas i grupp i många olika sammanhang men där interventionen ändå hade en hög grad av personcentrering (36). För det är först då vi kan åstadkomma existentiella interventioner, som både stödjer den enskilde att erövra en personligt relevant livsåskådning och samtidigt stödjer gruppen att utveckla känslan av ömsesidig gemenskap. Detta är en grundläggande strävan i den modell för intervention som Cecilia Melder utvecklat och kallar *Aktiv livshjälp – hållbar hälsa hela livet* (37). Detta ledde även fram till valet av en funktionell definition av existentiell hälsa som grund för interventionen. Utifrån de vetenskapligt väldokumenterade resultaten att WHO:s åtta existentiella aspekter tillsammans utgör en existentiell dimension, som är signifikant relaterad till hälsa och hälsorelaterad livskvalité, formade Melder en arbetshypotes: Att det är plausibelt att enkätens kvantifierbara frågor, systematiskt kan utvecklas till kvalitativa funktioner som i pedagogisk utveckling kan bidra till ökning av respektive aspekt och till den sammantagna existentiella hälsodimensionen: den stärkta existentiella hälsodimensionen kan då i förlängningen leda till att övriga delar av hälsa stärks liksom hälsan i vid bemärkelse (37) Med enkätens frågor som inspiration och resultaten från Melders avhandling från 2011 utvecklades det som började omnämnas grundstenar för existentiell hälsa (38). Interventionen består av frågor inspirerade av de åtta existentiella aspekterna i enkäten WHOQOL-SRPB och egen forskning (37). Syftet är att stödja utvecklingen av funktionen hos de åtta aspekterna WHO funnit är signifikanta för HQoL. Sedan är det upp till gruppen som deltar att formulera individuella svar och lyssna och inspireras av de andra deltagarna svar på samma fråga. På så sätt kan var och en med den hjälp av gruppen som de själva önskar utveckla en egen förståelse av de åtta existentiella aspekterna som är signifikanta för hälsorelaterad livskvalité.

Än återstår att validera hypotesen, i mindre studier och kvalitativa analyser är den bekräftad. Men för att göra det i vetenskapligt vedertagna former krävs omfattande studier av olika interventionsgrupper, med matchade kontrollgrupper. Det vore även önskvärt att den existentiella aspekten av hälsa inkluderades i större befolkningsstudier och att WHOQOL-SRPB enkäten kunde genomföras i randomiserade kontrollerade studier (RCT) för att ge information på befolkningsnivå, men inget av detta är genomförbart utan resurser.



## Praktiskt stöd till existentiell hälsa

I de avslutande artiklarna i temadelen presenteras praktiskt arbete med stöd till existentiell hälsa inom vård och omsorg.

Region Jönköping har varit föregångare i Sverige och arbetsterapeut och tidigare Sektionschef *Eivor Blomkvist*, har under de senaste 25 åren arbetat inom avdelningen Folkhälsa och sjukvård med samordningsansvar för andlig vård och existentiell hälsa i regionen. Under rubriken; *Framväxt av en strategi för ökad existentiell hälsa inom Region Jönköpings län* berättar hon om framväxten av styrdokument och riktlinjer för stöd till existentiell hälsa i Region Jönköping under den senaste 10 års perioden. År 2012 initierades av regionledningens ett tjänsteuppdrag att ta fram förslag till förnyade läns gemensamma riktlinjer för *den andliga vården*. När den första versionen av riktlinjerna fastställdes år 2014 var de unika i landet. Samma år som riktlinjerna antogs skrevs också hälso- och sjukvårdens ansvar för människors existentiella behov och hälsa in i regionens *Budget med verksamhetsplan*. Med små variationer i ordalydelsen har regionfullmäktige sedan dess årligen förnyat styrdokumentet om vikten av helhetssyn och bearbetning av existentiella frågor. I tillägg har man också slagit fast att all vårdpersonal i regionen ska kunna ge grundläggande existentiellt stöd. Hon avslutar artikeln: ”Alla utbildningsinsatser till trots är det förmodligen vårdpersonalens deltagande i samtalsgrupper, och därmed egen bearbetning av livsfrågor, som varit den största framgångsfaktorn för spridning av kunskap och engagemang i ämnet existentiell hälsa”.

Forskningsobjektet för artikeln *Existentiella samtal i grupp Två studiers perspektiv är gruppssamtalen om existentiella dimensioner*, som har olika målgrupper, klienter respektive professionella inom hälso- och sjukvård. Författarna är MD, PhD i medicinsk pedagogik och psykoterapeut *Karin Thörne* vid Futurum akademien för hälsa och vård och arbetsterapeut och lektor *Inger Jansson* vid Hälsohögskolan, Jönköpings universitet. I artikeln jämförs erfarenheter utifrån ett raster av olika teoretiska utgångspunkter och hur deltagandet i samtalsgrupperna influerade deltagarna. I de existentiella samtalsgrupperna med ett fritt prov-pratande beskrivs samtalet som dynamiskt med en ständig växelverkan mellan lyssnande, berättande och gestaltande uttryck, där alla i gruppen medverkar och ger varandra utrymme. Orden flödar och man vet att de inte stannar kvar och stelnar i någon journalanteckning, som sedan kan användas för argumentation i någon riktning. ”Bornemark problematiserar den betydelse som den skriftliga dokumentationen tillmäts på bekostnad av den levda verkligheten. Hon menar att denna fokusering på det dokumenterade osynliggör relationella och existentiella perspektiv”. Utvärderderingen av samtalsprocesserna visade att varje person fick upprepat tänka sitt unika sätt att tolka de olika existentiella dimensionerna

i sammanhanget av andras personliga tolkningar. Det innebar ett delande av livserfarenheter som djupnade, men också gav dem en fördjupad förankring kognitivt och emotionellt i sig själva. En slutsats var att utveckla den existentiella hälsan och former för hur man omsätter den i sitt liv ger beredskap för både klienter och professionella att agera utifrån sina reflekterade värderingar och blir en grund när livet krisar.

*Lena Bergquist*, metod- och verksamhetsutvecklare, inom området Existentiell och psykisk hälsa, var den som först tog initiativ till Samtalskorten som hon och Cecilia Melder utvecklade med Studieförbundet Vuxenskolan, Västerås. Lena presenterar olika verktyg för användning i samtalsgrupper under rubriken *Samtal som stärker existentiell hälsa när livet utmanar. Existentiell hälsa ur ett folkhälso- och folkbildningsperspektiv*. WHO:s åtta livsaspekter av dimensionen existentiell hälsa utgör struktur och ramar för samtal, reflektioner och erfarenhetsutbyte i samtalsgrupperna. Samtalskortens innehåller tanke-, känsla- och handlingsfrågor som ett sätt att möta de existentiella frågorna. Det här gör också man får ett gemensamt språk som gör att man kan kommunicera med andra om mående och behov.

I nästa artikel *Existentiell hälsa. Samtal när livet utmanar. Erfarenheter från praktiskt genomförande* av *Anna-Karin Jeppsson*, utvecklingsledare, Qulturum, Region Jönköpings län och *Thomas Sjöberg*, sjukhuspräst. I artikeln beskrivs arbetet med samtalsgrupper för vårdpersonal inom hälso- och sjukvård i Region Jönköpings län. Artikelförfattarna har varit några av nyckelpersonerna för att utveckla den praktiska användningen från 2015 och framgent. År 2017 vidareutvecklades samtalskortet tillsammans med Lena Bergquist och Cecilia Melder efter att ha använt dem inom psykiatrisk vård. Dessa samtalskort fick namnet ”Samtalskort – när livet utmanar” och är nu de samtalskort som används i alla samtalsgrupper – för både patienter och personal.

*Existentiella vardagsamtal på särskilt boende för äldre När hjärta och hjärna möts i harmoni* är rubriken på nästa artikel av *Anna Sundling*, äldrepedagog, Nässjö kommun och *Malin Frank*, specialistundersköterska demens, Nässjö kommun. De presenterar ett förslag på hur samtalskortet får modifieras om det föreligger kognitiva svårigheter.

*Att vara rustad att möta äldre personers existentiella ensamhet kan främja existentiell hälsa* är en artikel som redovisar samordnat tre avhandlingsarbeten från Fakulteten för hälsovetenskap, Högskolan Kristianstad. Författarna är universitetslektorerna *Marina Sjöberg*, *Helena Larsson* och *Malin Sundström*. De beskriver den existentiella dimensionen av ensamhet, existentiell ensamhet, i kontexter där äldre personer vårdas i Sverige idag. Flera av oss får leva allt längre liv som gör att vi kommer att behöva varaktig vård och omsorg från hälso- och sjukvården. En situation som kan innebära sårbarhet och utsatthet och göra att vi känner oss existentiellt ensamma. Den här artikeln är en inblick i de tre avhandlingarna som ger olika per-

spektiv på existentiell ensamhet och betydelsen av mötet för att främja existentiell hälsa. Studien visar att innebörden av existentiell ensamhet för äldre personer kan förstås som att vara avskild ifrån livet, en process som triggas av upplevelser av att sakna mål och mening, att inte ha någon att dela sina tankar och känslor med och att bli ignorerade av andra. De skriver vi kan konstatera att genuina möten med andra människor, samtal och att bli lyssnad till är betydelsefullt.

## Studieförbundet och den existentiella filmfestivalen i Falun

Psykoterapeut *Thomas Ericson* vid Livscentrum, Svenska kyrkan, Sollentuna skriver om *Existentiella samtal och kurser på en psykoterapimottagning*. Thomas skriver i någon mening är varje psykoterapi- eller stödsamtal ett existentiellt samtal. Det handlar om livet, den hjälpsökande människans liv. Livscentrum har hittills genomfört tre kurser i Existentiell hälsa ([www.svenskakyrkan.se/sollentuna/livscentrum](http://www.svenskakyrkan.se/sollentuna/livscentrum)). Under kurserna presenteras de åtta delområdena och relaterar dem till våra egna liv och erfarenheter. Inspiration har hämtats från ett material från studieförbundet Bilda.

*Lisbeth Gustafsson*, journalist, författare, Teol.D. och *Kerstin Enlund*, direktor Betaniastiftelsen, terapeut och folkbildare skriver i artikeln *Leva med ovisshet - Exempel på existentiella praktiker* om boken *Leva med ovisshet* som utvecklats i tillägg med digitalt material. Existentiell hälsa handlar om vår motståndskraft i livets prövningar och svårigheter. I boken med tillhörande studiematerial möter vi öppenhjärtiga livsberättelser utifrån de åtta byggstenarna i existentiell hälsa; hopp, helhet, andlig kontakt, förundran, mening, inre frid, andlig styrka och personlig tro (<https://www.bilda.nu/material-och-metoder/levamedovisshet>).

Under 20 år har *Existentiell Filmfestival Dalarna* under några dagar i april ställt existentiella frågor med hjälp av filmmediet, där både fantasifulla och verklighetstroga världar gett oss tillgång till andras perspektiv, erfarenheter och upplevelser. Årets festival följer samma tradition. Temat i år är *Andra världar* (<https://www.existentiellfilmfestival.se/festival/festivalen-tema>). Under många år var *Tomas Axelson* – professor i religionsvetenskap vid Högskolan Dalarna motorn i festivalen. Idag ingår bland arrangörerna inte bara Högskolan Dalarna utan också Studieförbundet Bilda, Sigtunastiftelsen och Film i Dalarna.

## Många goda krafter

I skärningspunkten mellan det existentiellt meningsskapande och hälsa finns i dag många olika områden. Vi hade önskat att allt det goda som sker inom olika område i denna skärningspunkt kunde rymmas i detta temanummer. Men för att nämna några, men inte glömma andra är exempel på några olika inriktningar: Hälsolotsarna i Göteborg som redan 2015 startade sitt arbetat för att stödja

invånarnas möjlighet till ett liv med god hälsa. Utifrån ett omfattande samarbete med olika samhällsaktörer erbjuder de existentiella samtal i samarbete med bland annat bibliotek och församlingar; Önver Cetrez och Valerie DeMarines arbete med flyktingar och migranternas psykiska, kulturella och existentiella hälsa; Amanda Lagerkvist och hubben för *Digital Existens* som i den digitala kontexten studerar existentiella utmaningar och möjligheter; Tomas Axelson startade, som nämnts ovan, den existentiella filmfestivalen i Falun som nu firar 20-årsjubileum, han har lång erfarenhet av att studera filmens roll i meningsskapande och i utveckling av grundläggande existentiella värderingar; forskarna; syskonparet Peter och Susan Strang som utvecklat ovärderlig kunskap om den existentiella dimensionens centrala betydelse för vård vid livets slutskede, i den palliativa vården och Susanne Rolfner Suvanto med sitt idoga arbete för äldre och deras psykiska och existentiella hälsa. Vilket bland annat manifesterats i den statliga utredningen, med det talande namnet: ”Läs mig!” (SOU 2017:21) (39).

Vi hade önskat att deras och allt det goda som sker i denna skärningspunkt kunde ingå i detta temanummer. Men just här vill vi fokusera på det existentiella perspektivet och hälsa ur ett generiskt, folkhälsoperspektiv. Detta är den första svenska samlingen av artiklar om existentiell (folk)hälsa. Vår förhoppning är att detta SMT-nummer kan fungera som inspiration till framtida existentiellt folkhälsoarbete i forskning och praktik. Läs det som ett startskott snarare än ett slutdokument.

Vi vill till slut tacka för alla bidrag till vårt temanummer om Existentiell Hälsa. Utan Era bidrag hade det inte blivit en så spännande bok.

Så låt oss verkställa alla goda intentioner i forskning och praktik och lyfta existentiell hälsa till nästa nivå och inkludera det systematiskt i svenskt folkhälsoarbete.

För i snitt tar cirka fyra personer om dagen livet av sig i Sverige, det blir ca 1500 personer om året (40). Om systematiskt arbete med existentiell hälsa kan stödja fyra av dessa personer att i stället leva, tjänar samhället in kostnaden för flera års forskning inom området. Men framför allt så får någon behålla sin: mamma, farfar, syrra, jobbkompis eller son kvar i livet och fyra människor fått ytterligare en liten stund på jorden med nya möjligheter till förändring.

Lets do it!

Stockholm, mars 2023

Cecilia Melder, teologie doktor och lektor vid Enskilda Högskolan, Stockholm.

Bo J A Haglund, professor vid Karolinska Institutet och chefredaktör SMT.

## Referenser

1. <https://www.youtube.com/watch?v=9XojNnZho-s>
2. Freire P. (2021). *De förtrycktas pedagogik*. Trinambai, Stockholm. ISBN 978-91-88226-12-9.
3. Lloyd C S (2023). Vad är existentiell hälsa och varför är den viktig? *Socialmedicinsk tidskrift* detta nummer
- 3b. UN, League, of Nations. (1924). *Geneva Declaration of the Rights of the Child*.
4. Egargo, F. J., & Kahambing, J. G. (2021). Existential hope and humanism in COVID-19 suicide interventions. *Journal of Public Health*, 43(2), e246-e247.
5. Geels, Anton, and Owe Wikström. 2017. *Den religiösa människan: en introduktion till religionspsykologin*. Stockholm: Natur och Kultur.
6. Grønvold, M., Pedersen, C., & Jensen, C. R. (2006). *Kræftpatientens verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. Resultater, vurderinger og forslag*. [The world of cancer patients. An investigation of what Danish cancer patients need. Results, judgments and suggestions]. København: Kræftens Bekæmpelse. (In Danish).
7. Ausker, N., la Cour, P., Busch, C., Nabe-Nielsen, H., & Mørk Pedersen, L. (2008). Danske hospitalspatienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv. [Danish hospital patients intensify existential thoughts and religious life]. *Ugeskrift for Læger*, 170(21), 1828e1833, (in Danish).
8. la Cour, Peter, and Hvidt Niels Christian. (2010). "Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations." *Social Science & Medicine* 7/71: 1292–1299.
9. Hvidt, N.C., Assing Hvidt, E. & la Cour, P. (2022). Meanings of "the existential" in a Secular Country: A Survey Study. *J Relig Health* 61, 3276–3301. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01253-2>
10. la Cour, Peter, and Hvidt Niels Christian. (2010). "Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations." *Social Science & Medicine* 7/71: 1292–1299.
11. Melder C. (2022). Existential public health and existential care in secular and interfaith contexts PP 191-235 In *Studies in Spiritual Care*. Edts: Simon Peng-Keller, Eckhard Frick, Christina Puchalski, and John Swinton, Volume 8. DOI <https://doi.org/10.1515/9783110717365> Open Access. © 2022 the author(s), published by De Gruyter
12. World Health Organization (WHO). 1985. "WHA37.13." In: *Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board*. Vol. II 1973–1984 (WHA37.13 The Thirty-seventh World Health Assembly).
13. Sverige. Regeringen (2008). *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.
14. Sakenfeld, K D. (2006). *The New Interpreter's Dictionary of the Bible*. Nashville, Tenn: Abingdon
15. Browning, W. R. F. (2009). *A Dictionary of the Bible*. OUP Oxford. Oxford: Oxford University Press
16. Winiger, F. (2022). The spirituality of Others and the WHO Discourse on Traditional Medicine. I Peng-Keller, S., Winiger, F., & Rauch, R. (2022). *The Spirit of Global Health: The World Health Organization and the spiritual Dimension of Health, 1946-2021* (p. 265). Oxford University Press.

17. Toniol, R. (2022). The World Health Organization's production and enactment of spirituality. I Lüddeckens, D. (*Dorothea Lüddeckens, Philipp Hetmanczyk, Pamela E. Klassen, Justin B. Stein*) (2022). *The Routledge handbook of religion, medicine and health* (D. Lüddeckens, Ed.). Routledge.
18. WHO, World Health Organization. (1985). "WHA37.13." In: Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board. Vol. II 1973–1984 (WHA37.13 The Thirty-seventh World Health Assembly).
19. WHO (u.å). WHO:s Eemsida. <https://www.who.int/> (2023-03-20)
20. WHOQOL-QOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
21. WHO (2006). WHOQOL-SRPB Group. "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life." *Social Science & Medicine* 62: 1486–1497. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.08.001
22. Nagase, Masako. Does a Multi-Dimensional Concept of Health Include Spirituality? Analysis of Japan Health Science Council's Discussion on WHO's Definition of Health" (1998). *International Journal of Applied Sociology* 2.6 (2012): 71–7.
23. Vader, J. P. (2006). Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*, 16(5), 457-457.
24. WHO. (1998). Session, Executive Board. "Executive Board, 101th session: summary records." Executive Board Session, 101. World Health Organization.
25. WHO, (1999). WHA52th. 7.13 Fifty-Second World Health Assembly, Geneva, 17-25 May 1999. Summary Records Of Committees And Ministerial Round Tables Reports Of Committees. Geneva, 2000.
26. Charlier, Philippe, Yves Coppens, Jean Malaurie, L. Brun, Marc Kepanga, Van Hoang-Opermann, J. A. Correa Calfin, George Nuku, M. Ushiga, X.E. Schor, and S.Deo. (2016). "A new definition of health? an open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO." *European Journal of Internal Medicine* 37/2016–2017: 33–37.
27. Dyar OJ, Haglund BJA, Melder C, Skillington T, Kristenson M, Sarkadi A. (2022). Rainbows over the world's public health: determinants of health models in the past, present, and future. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2022;50(7):1047-1058. doi:10.1177/14034948221113147 Rainbows over the world's public health: determinants of health models in the past, present, and future
28. Stiwne, D. (red.) (2018). *Existens och psykisk hälsa – om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa*. Stockholm: Natur och Kultur. Recenserad i smt 2020. Se: Haglund BJA. *Existens och psykisk hälsa – om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa*. <https://socialmedicinsktdskrift.se/index.php/smt/article/view/2409/2199>
29. Sigurdsson, O. (2016). Existential health. Philosophical and historical perspectives. *LIR Journal*, 6, 7-23. Department of Literature, History of Ideas, and Religion, University of Gothenburg.
30. Stiwne, D. (red.) (2018). *Existens och psykisk hälsa – om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa*. Stockholm: Natur och Kultur, sid 94.
31. Inglehart, R. (2021). *Religion's sudden decline : what's causing it, and what comes next?* Oxford University Press.
32. Inglehart, Ronald. 2018. *Cultural evolution: People's motivations are changing, and reshaping the world*. Cambridge University Press.

## ledare

33. Melder, Cecilia, Ida Jyrell, and Fredrik Söderqvist. 2016. "Measuring adolescents health-related quality of life [HRQL] in a secular context-introducing a Swedish WHOQOL-SRPB-adolescent instrument." *Quality of Life Research* 25: 88.
34. Socialmedicinsk tidskrift (2022). Musikterapi i vård och omsorg. <https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt>
35. Melder, C. (2022). Existential Public Health in the time of challenges– existential care in secular and interfaith contexts. In Grung, A. H. (Ed.). *Complexities of Spiritual Care in Plural Societies: Education, Praxis and Concepts* (Vol. 8). Walter de Gruyter GmbH & Co.
36. Melder, C. (2012). The epidemiology of lost meaning: A study in the psychology of religion and existential public health. *Scripta Instituti Donneriani Aboensis* (Vol 24, pp. 237–258). Doi:10.30674/scripta.67417
37. Melder, C. (2019). Aktiv livshjälp. In Fahlgren, S. (Ed.) (2019). *Uppdrag pastor: teologi och praktik* (pp. 146-164). Karlstad: Votum.
38. Melder, Cecilia. (2011). Vilsenhetens epidemiologi En religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS, <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-134249>
39. SOU 2017:21, Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Tillgänglig via [www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentligautredningar/2017/03/sou-201721/](http://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentligautredningar/2017/03/sou-201721/)
40. (NASP). Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. (2023). Själv-mord och covid-19-pandemin. Risk för ökande självmord och självskador i samhället efter pandemin. <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige>