

Lennart Nordenfelt

Att karakterisera hälsa: ett humanistiskt begrepp

Diskussioner om hälsans natur och hälsobegreppet är spännande på många sätt. Ämnet har högsta prioritet för många människor, särskilt för dem som är aktiva i hälso- och sjukvården. Att skapa eller återskapa hälsa är ju det viktigaste målet för de flesta av hälso- och sjukvårdens aktiviteter. Alltså måste ett klarläggande av hälsans natur vara viktigt för att styra dessa aktiviteter. Inte minst sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har funnit att reflektioner över hälsans natur har varit viktiga för att definiera deras verksamhet. Men ämnet är också viktigt för en humanist. Våra idéer om hälsa säger något om det önskvärda livet, eller snarare något om grunden för det önskvärda livet, det liv som skall innehålla så mycket av den skapande aktivitet som är humanistens objekt för studium.

En antropolog vet också att föreställningarna om det önskvärda livet varierar, ibland starkt, mellan olika kulturer. Det tycks därför inte vara en självklarhet vad hälsa innebär. Kanske måste ett karakteriseringsarbete av hälsans natur därför bli i form av olika berättelser som speglar dessa olika kulturer. En historiker vill gärna understryka detta och påvisa hur olika hälsan uppfattats över tid. En psykolog och sociolog vet dessutom att hälsan och ohälsan har olika uttrycksformer och olika relationer till det omgivande samhället. Framför allt vet de att isynnerhet ohälsan inte bara är en realitet utan också en av subjektet *upplevd* realitet och att det är en realitet som har konsekvenser för individens samhällsliga status. För en filosof som mig själv är hälsan bl.a. av alla dessa skäl ett förbryllande och samtidigt fascinerande begrepp.

Men varför skulle hälsa egentligen vara förbryllande för en filosof? Det borde knappast vara det. Hälsa tillhör inte de centrala begreppen i filosofin. Det har ingen status av att vara filosofiskt krävande, att kräva något större skarpsinne för sitt klarläggande; det har inte (med vissa berömda undantag) blivit föremål för studium av historiens största filo-

sofer. Hälsa och ohälsa tycks dessutom vid första anblicken vara en enda vetenskaps bord, nämligen den medicinska vetenskapens. Att karakterisera hälsa borde vara en enkel medicinsk uppgift. Varför skall filosoferna (eller andra humanister) bekymra sig? Lämna hälsan i de framgångsrika medicinarnas händer: Filosof blir vid Din läst!

Men, nej så enkelt är det inte. Och min misstanke om detta började gnaga redan ganska tidigt i mitt liv. Jag gick då till medicinska läroböcker för att få svar på mina frågor. Det som var mest slående i mina undersökningar var att hälsan hade så liten plats i dessa läroböcker. Det slående är att hälsan, dvs. den positiva hälsan *inte* är ett objekt för studium i de traditionella medicinska vetenskaperna. Vad de medicinska vetenskaperna studerar – och det med en frenetisk och ofta framgångsrik energi – är de enskilda sjukdomarna och deras behandling. Sjukdomar är förstas relaterade till hälsa eller snarast dess motpol ohälsan. Men det är inte självklart vilken denna relation är.

Men de medicinska vetenskapernas mycket noggranna kännedom om enskilda sjukdomars mekanismer innebär inte heller att de normalt försöker definiera det allmänna begreppet *sjukdom*. Endast en medicinsk disciplin, patologi, dvs. den allmänna sjukdomsläran, tar på sig denna uppgift. Men det är förbluffande att utrymmet för det allmänna begreppet sjukdom även där är mycket begränsat. Man nöjer sig oftast med en allmän karakteristik i termer av att "varje avvikelse från normal kroppsstruktur eller kroppsfunction är en sjukdom" (Mitchinson, *Essentials of Pathology*, 1996). Texterna problematiserar inte detta påstående och de speglar ingen medvetenhet om att det finns flera olika normalitetsbegrepp som får delvis olika konsekvenser för definitionernas användning.

Jag säger inte detta för att raljera med medicinsk vetenskap. Medicin är givetvis en vetenskap, eller snarare en grupp vetenskaper, som under det senaste århundradet haft större framgång än de flesta andra. Jag menar inte heller att man skall avkräva av enskilda vetenskapsmän att de ägnar sig åt sin vetenskaps grundvalsfrågor. Det är förvisso många humanister som inte gör det. Det är inte varje konstvetare som försöker definiera begreppet konst, eller varje antropolog som försöker definiera begreppet kultur, eller för den delen varje filosof som försöker definiera begreppet filosofi.

Min lilla exkurs visar bara att frågan om hälsans och ohälsans natur inte är på ett enkelt sätt medicinarens eller någon annan hälso- och sjukvårdsforskarens bord. Den visar också ganska snabbt att det till synes triviala begreppet hälsa är mera undflyende och svårkaraktiserbart än man i förstone kan tro.

Hur kan detta då komma sig? Hur kan den så påtagliga realiteten som ohälsan vara så svår att begreppsligt fånga? Är det inte ett hån gentemot alla allvarligt sjuka människor, mot den person som har stark smärta eller den som lever under svår ångest, att säga att man inte vet vad det innebär att ha ohälsa? Jo, det skulle vara ett hån att uttrycka sig så i ett vanligt livssammanhang. Men det är inte det saken gäller.

I de allra flesta pragmatiska sammanhang klarar vi oss mycket bra med vardagsbegreppen hälsa och ohälsa. Vi är alla fullkomligt överens om många paradigmfall. Att vara medvetlös, att i stark smärta genomleva en cancersjukdom, att uppleva psykosens ångest, det är att vara vid grav ohälsa. Detta är inget som någon seriös person ifrågasätter. De praktiska svårigheterna inträder i speciella fall, några gånger, men inte alla, i vad vi vill kalla gränsfall.

Svårast är det kanske med den mentala ohälsan. När skall vi säga om den kriminella person som visar liten ånger och hänsyn till andra människor att han eller hon måste anses lida av en personlighetstörning? På vilka grunder skall vi fatta besluten att döma en sådan person till sluten psykiatrisk vård i stället för livstids fängelse? Eller hur är det med de sexuella variationerna? Var det fel år 1973 att ta bort sjukdomsstämpeln på homosexualitet? Är det rätt att fortfarande anse pedofili vara en sjukdom? Men det finns också problem som rör somatiska förändringar och ohälsa. Skall vi säga att varje cell-förändring, t.ex. varje förändring till ett statistiskt ovanligt tillstånd i kroppen, automatiskt är en sjukdom och automatiskt innebär ohälsa? Skall vi säga att varje genetisk abnormalitet är en sjukdom?

Några av dessa frågor innebär faktiskt praktiska svårigheter. Och lösandet av några av dem är livsviktiga. Det torde vara av viss vikt för den brottsling som står inför domstol att antingen klassas som fullt frisk eller gravt psykiskt störd, om det i det förra fallet innebär att han eller hon skall få livstids fängelse. Och det är livsviktigt för den person som har en sexuell avvikelse om samhället betraktar vederbörande som sjuk eller inte.

Och när man står inför dessa fall, så skulle jag förundras om inte de flesta tänkande människor ändå reagerar på följande sätt: detta problem är ju något som vi måste teoretiskt lösa. Vi måste ju få en klarhet i vad ohälsa och sjukdom är för något. Vi måste dessutom få en klarhet i relationen mellan sjukdom och ohälsa. Det är egentligen en skandal att detta inte är tillfredsställande löst. Sällan kan vi väl skåda en situation där en begreppsanalys kan motiveras med mera krut än i detta fall.

Men hur är det då med begreppet hälsa och dess motpol ohälsa? Hur skall vi ta itu med analysen av det? Finns det en chans att komma fram

till ett entydigt svar på frågan? Är detta möjligt, om antropologerna har rätt i sitt påstående att idéer om hälsa i själva verket är helt kultur-relativa.

En första intressant fråga är om svårigheten bara handlar om *gränsdragningar*. Vi vet ju att nästan alla naturliga begrepp är mer eller mindre vaga. Därmed menar vi att gränsdragningarna utåt mot andra begrepp är obestämda. Ta t.ex. begreppet stol; det är inte alltid solklart hur stolar skall avgränsas mot fåtöljer eller mot pallar. Kanske fåtölj t.ill och med skall inordnas under begreppet stol. Det här är ett slags problem som möter oss i nästan alla analyser. Det är också delvis ett trivialt problem. Här inser vi att vi om behov uppstår ganska lätt kan stipulera en gränsdragning och att en sådan stipulering knappast kan vara kontroversiell.

Hälsa är förstås också ett vagt begrepp och den exakta gränsen mellan hälsa och ohälsa är svår att dra. Många gånger får denna gräns stipuleras, t. ex. när en läkare frisk- eller sjukskriver. Men denna gräns är inte trivial på samma sätt som i fallet stol. En sjukskrivning får stora konsekvenser för den enskilde och för arbetsplatsen. Konsekvenserna är både personligt existentiella och ekonomiska. Stipuleringen här, menar vi, måste vara på något sätt välmotiverad. Vi kan alltså inte nöja oss med den rent godtyckliga gränsdragningen.

Men man kan snabbt inse att svårigheten med hälsobegreppet inte bara har med gränsdragning att göra. Svårigheten är mycket mer grundläggande; det handlar om att ta ställning till vilken typ av begrepp som hälsa och ohälsa är. Och det är detta som gör hälsobegreppet så filosofiskt intressant. Det ser ut som om man kan ha mycket goda skäl för att anta att begreppet hälsa hör till två logiskt olikartade kategorier, å ena sidan att det är ett rent *deskriptivt* begrepp och å andra sidan att det är ett *värderande* begrepp. Och detta är hälsa (och dess släktingar på den negativa sidan, såsom ohälsa och sjukdom) inte ensamt om. Motsvarande olikartade åsikter råder om många humanistiska och samhällsvetenskapliga begrepp såsom fred, rationalitet och demokrati. Det som i alla dessa fall är gemensamt, trots olikheter, är att begreppen är kopplade till värderingar. Med detta menar jag att fenomenen hälsa, fred, rationalitet och demokrati är starkt positivt värderade av de flesta människor.

Den fråga som lätt uppstår när man har med starkt värderade fenomen att göra är om det begrepp med vilket fenomenet vanligtvis omfattas *också i sin betydelse* är *värderande* eller inte. Alltså, man kan fråga: ingår det i själva betydelsen av ordet "hälsa" att hälsan är ett positivt fenomen? Dvs. om man skall definiera begreppet hälsa, måste man då också bland villkoren ange att hälsan är något gott? Till exempel: hälsa är ett

kropp- och själstillstånd hos en människa eller ett djur som har egenskaper a, b och c. Dessutom är detta tillstånd något gott.

Några teoretiker hävdar att det förhåller sig så; andra förnekar det. De senare förnekar inte att hälsa oftast värderas positivt, men de säger att hälsa som begrepp inte är mer värderande än vad begreppet äppelpaj är. Många tycker mycket om äppelpaj, men få skulle påstå att värderingen ingår i själva betydelsen av ordet "äppelpaj".

Det här låter som en filosofisk subtilitet. Har den här frågan någon praktisk betydelse? Kan man inte bortse från värderingen om alla andra delar av analysen är lika? Om den ena teoretikern säger att hälsa innehåller villkoren a, b, eller c och den andre att den innehåller a, b, c och godhet så borde väl resultatet kvitta.

Det skulle kunna kvitta. Nu är det emellertid så att i praktiken kopplas ofta denna skiljelinje mellan hälsan som deskriptivt och värderande begrepp ihop med en annan skiljelinje som är mera välkänd. De som menar att hälsa helt och fullt kan definieras i beskrivande termer har oftast också uppfattningen att dessa termer skall vara biologiska eller i några fall (vad avser mental hälsa) psykologiska. Hälsa handlar om biologisk organfunktion eller om funktion hos våra mentala fakulteter, säger man. "Om en persons samtliga organ (inkl. de mentala fakulteterna) ger sina statistiskt normala bidrag till personens överlevnad, då är denna person frisk." Detta är en förkortad variant av en känd beskrivande hälsodefinition, producerad av amerikanen Christopher Boorse (1977) och sedan citerad av många efterföljare. I denna definition finns inte något värde nämnt. Det ingår inte i själva definitionen av hälsa att hälsa är något gott.

Helt annorlunda är det med sådana definitioner som innehåller uttryck som "att må väl", "att vara pigg och kry" eller på den negativa sidan "att känna obehag" eller "att vara handikappad". Här lyser värderingen igenom och här handlar det inte om biologisk organfunktion utan om den totala personens livskänsla och handlingsförmåga. Hälsoanalysen är här inte bara värderande; den förlägger på sätt och vis hälsan till ett annat territorium, nämligen den hela människans territorium och inte bara till kroppens territorium.

Det är för övrigt inte så konstigt att de två skiljelinjerna ofta går hand i hand. Organfunktioner är knappast i sig högt värderade av människor i allmänhet. Om de är det så är de det indirekt såsom förutsättningar för att man just skall må väl eller ha sin handlingsförmåga intakt. Att känna sig rask och stark och att kunna göra vad man vill det är däremot väsentligt och högt värderat av de flesta människor.

Så utkristalliserar sig alltså de två huvuduppfattningarna om hälsa

och ohälsa som jag själv i olika skrifter kallat den *biostatistiska* versus den *holistiska* uppfattningen. Det finns varianter på dem och dessa kan klassificeras efter olika indelningsgrunder. Den som vill få en katalog på de flesta existerande varianter kan studera norrmannen Björn Hofmanns avhandling: *The Technological Invention of Disease*, Oslo 2002.

Men går det att ta ställning i denna djungel av begrepp, en djungel som naturligtvis kan göras än mer komplicerad om vi tar med de fynd som antropologer och historiker kan bistå oss med? Måste vi inte acceptera att det finns en mångfald parallella hälsobegrepp och att det ena är lika så gott som det andra? Är inte detta den sanna vetenskapliga hållningen?

Nej, nu reagerar både vetenskapsmannen och filosofen i oss. Detta går inte an. Det är inte så att den ena hälsodefinitionen är lika så god som den andra. Hur skulle det i så fall gå med den kliniska och vetenskapliga kommunikationen om hälsa och sjukdom? Hur skall vi förhålla oss till all internationell nomenklatur på området? Vilar den bara på lösan sand?

Det finns uppenbart ogenomtänkta och ofullständiga definitioner. Sådana vill vi inte ha med att göra. Och många definitioner är snarlika varianter på samma tema och kan sammanslås till en enda. Det är egentligen bara ett fåtal definitioner som kan sägas uppfylla rimliga test på att vara användbara definitioner.

Finns det då några sådana test? Finns det kriterier som en definition måste uppfylla för att passera nålsögat? Ja, jag vill med bestämdhet hävda detta och dessa kriterier kan hjälpa oss långt i valet av definitioner.

Ett första krav är det som kan kallas *språkbrukskravet*. Om vi vill definiera hälsa måste vi på något sätt hålla oss till det språkbruk som föreligger till vardags och i det kliniska sammanhanget. Definitionen måste täcka alla de solklara paradigfallen av hälsa och ohälsa, som jag nämnde i början av föredraget. Den definition av ohälsa som inte får med den medvetlöse, den lidande cancersjuka eller den ångestfylld psykotiske bland personer med ohälsa, den är helt enkelt inte adekvat. Och här kan vi få hjälp av omfattande konsultation av lexikon till andra språk och av jämförelser med andra kulturer. Överensstämmelsen är stor när det gäller paradigfallen av hälsa och ohälsa.

Men språkbrukskravet kan inte vara helt utslagsgivande. Språkbruket är ofta vacklande. Det finns situationer när våra vardagliga intuitioner inte är tillräckliga för att avgöra hur ordet skall användas. Som vetenskapsmän har vi ett krav på oss att göra definitioner som täcker också otydliga situationer. Den vetenskapliga terminologin skall vara skarpare än det vanliga språkbruket. Denna terminologi skall inte vackla inför att

karaktisera de svåra fallen, t.ex. psykopaterna, eller människor med avvikande sexuell läggning eller människor med medfödda genetiska förändringar som kan innebära risker för framtida ohälsa. Vetenskapsmän bör göra explikationer, inte bara deskriptiva definitioner. Här skiljer sig *det vetenskapsteoretiska kravet* från t.ex. antropologernas ambitioner att direkt spegla kulturella uppfattningar om ett begrepp.

Låt mig efter dessa preliminäer antyda något om hur jag själv ser på hälsobegreppets analys. För att illustrera det vill jag ta fram ett mycket tydligt paradigmfall och jag vill huvudsakligen tala om den negativa delen av hälsodimensionen dvs. ohälsan. Jag håller med sådana tänkare som Knut-Erik Tranøy (1995) och Hans-Georg Gadamer (1991) att ohälsan är den del av dimensionen som engagerar oss mest. Det är förvisso sant att hälsan ofta tigger still.

Jag skall alltså ta min utgångspunkt i den vanliga situation som består i att en människa söker sig till sjukvården för ett ohälsoproblem. Vi kan tänka oss en kvinna, Lisa, som länge lidit av magsmärtor. Dessa smärtor har nu blivit så allvarliga för henne att hon tvingats stanna hemma från sitt arbete. Lisa har låtit sjukskriva sig. Hon har, helt självklart, definierat sitt problem som ett hälsoproblem, och söker sig nu till sjukvården för att få hjälp.

Observera alltså vad som händer i denna vardagliga situation. Personen med buksmärtor definierar själv sitt problem som ett ohälsoproblem. Hon gör det på grundval av stark smärta och andra obehagskänslor, känslor som försvårar eller till och med omöjliggör allt koncentrerat arbete. Lisa noterar således sådant som jag tidigare kallat holistiska fenomen, de som har att göra med hennes totala livskänsla och förmåga. Den holistiska observationen är tillräcklig för att ställa en egen *ohälsodiagnos*. (Observera, jag talar inte om sjukdomsdiagnos).

Det är också viktigt att notera vad Lisa inte gör. Hon försöker inte att göra en inspektion av sin kropps inre. Hon försöker inte ta prover av sig själv eller se på sig själv genom en röntgenapparat för att se om hon har några interna fysiologiska funktioner som ger ett statistiskt sub normalt bidrag till hennes överlevnad. Det är fullkomligt onödigt för att inte säga vansinnigt att försöka göra så. För att hon skall kunna konstatera att hon inte mår väl räcker det så bra att helt enkelt på vanligt sätt känna av och betrakta sig själv och sitt beteende.

Den person som Lisa kommer till, doktorn på vårdcentralen, gör där emot ett antal saker. Men utgångspunkten för hans eller hennes handlingar måste vara Lisas beskrivning av sitt speciella problem, sin speciella form av ohälsa, som har med buksmärtor att göra. Doktors uppgift är att hjälpa Lisa från sin specifika ohälsa och egentligen ingenting annat. Dok-

torn vill tillsammans med Lisa få reda på vad som ligger bakom och har orsakat Lisas ohälsa. Det kan vara en organisk sjukdom eller skada som är orsaken, men det kan också vara ett personligt problem som givit somatiska symtom utan att en egentlig sjukdom eller skada uppkommit. Av många goda skäl vill doktorn utesluta att det faktiskt är en allvarlig sjukdom eller skada. Han eller hon vill utesluta en ordentlig katarr, ett magsår eller en ännu allvarligare sjukdom. Denna undersökning innebär förvisso delvis en inspektion av Lisas kropp, men också i bästa fall en undersökning av Lisas livsförhållanden. Den innebär en fysiologisk, biokemisk men också en psykosocial undersökning. Den innebär ett sökande efter en organisk förändring, en organisk defekt, eller ett allvarligt psykosocialt förhållande.

Men observera igen. Det är inte ett sökande vilket som helst. Doktorn söker efter orsakerna till Lisas ohälsa och egentligen inte något annat. Det är Lisas ohälsa, dvs. hennes buksmärtor och det handikapp dessa ger, som är utgångspunkten för undersökningen. Doktors undersökningar gäller inte alla delar av kroppen eller sådana fenomen som rimligen är helt orelaterade till Lisas ohälsa. Doktorn gör inte en totalscreening av Lisas kropp för att söka subnormala organfunktioner i största allmänhet.

Och vad är målet för det kliniska mötet? Jo, målet är att Lisa åter skall må helt bra och kunna utföra de sysslor hon önskar utföra. Slutmålet handlar helt enkelt om Lisas återgång till hälsan såsom holistiskt definierad. Startpunkten var holistisk ohälsa. Slutmålet är holistisk hälsa. Däremellan söker vi efter orsaker till ohälsan. Detta innebär ofta att vi söker efter organiska sjukdomar, men inte bara efter detta.

Ett resonemang av det här slaget innebär, menar jag, ett mycket gott argument för att hävda att *hälsans begreppskärna ligger i personens livskänsla och handlingsförmåga*. Att närmare karakterisera denna begreppskärna och argumentera för den är en annan sak. Detta problem har många personer stångats med. Problemet är svårt och det kan finnas flera alternativa svar som har ungefär lika starka skäl för sig. Det finns här inte plats för en närmare diskussion av detta intrikata ämne.

Men kanske jag ändå bör bemöta *en* invändning som kan komma från den biologiskt orienterade hälsoteoretikern. Denne kan kanske hålla med mig om att jag beskrivit en typisk situation där hälsobedömningar spelar en roll. Men han kan med rätta invända att detta inte är den enda tänkbara situationen. Det finns situationer när sjukdom upptäcks utan att någon lidande människa finns till hands som ber om hjälp och förklaring.

Vi kan tänka oss att en doktor vid en hälsokontroll av en person finner tecken på en allvarlig sjukdom. Detta förhållande kan sedan bekräftas vid en fördjupad undersökning. Personen visar sig vara drabbad av en

lungcancer. Hon har aldrig själv sökt för denna sjukdom. Hon har aldrig över huvud tänkt på att hon kunde vara sjuk. Hennes hälsa på personplanet har hittills inte påverkats.

Det finns alltså också ett annat paradigm. Detta är ett paradigm där det inte finns en hjälpsökande patient som klagar över sitt lidande eller sin oförmåga. Visar inte då detta att vi också har ett organiskt hälsobegrepp, att vi kan avgöra huruvida en person har, låt oss kalla det "organisk" hälsa, enbart genom inspektion in i en kropp och genom ett studium av hur organen faktiskt fungerar?

Jag vill givetvis inte försöka lagstifta mot ett sådant begrepp. Det är säkert också ett vi behöver. Jag vill dock framhålla att detta inte är ett begrepp som kan vara fritt flytande och oberoende av det holistiska begrepp som handlar om den hela personen. För hur har vi kommit fram till detta hälsobegrepp? Biologer och medicinare har i själva verket under århundraden kommit fram till hur det kroppsliga maskineriet måste fungera och interagera hos en *välfungerande* människa, dvs. just en människa som kan tänka, handla och må väl. Man har också kommit fram till vissa typiska dysfunktioner som ligger bakom olika former av ohälsa, som smärta, trötthet, och handikapp av olika slag, dvs. man har kunnat kartlägga många olika sjukdomar, till sist alla de sjukdomar som vi klassificerar i de internationella nomenklaturerna, särskilt *International Classification of Diseases and Related Conditions*, utgiven av Världshälsoorganisationen (1992). Som ett resultat av detta kan man många gånger genom inspektion i en människas kropp, utan att fråga henne, komma fram till att här finns att allvarligt hot mot den här personens holistiska hälsa.

Man känner alltså till många hot mot en människas välmående och handlingsförmåga. Genom att kunna påvisa att sådana kända hot inte föreligger hos en enskild person kan man också hävda att hennes kropp företer alla tecken på hälsa. Däremot kan man faktiskt inte sluta sig till att faktisk holistisk hälsa föreligger. Vi känner inte till alla tänkbara sjukdomar. Vi känner framför allt inte till alla orsaker till ohälsa. Det finns många kroppsligt välfungerande människor med betydande ohälsa. Detta säger oss inte minst lärdomarna från den moderna ohälsan med dess ingredienser av stressyndrom och utbrändhet.

Märk väl vilken min tes är: även när vi arbetar med rent organiska bedömningar av en människa så är dessa bedömningar ytterst sett informerade utifrån funna samband mellan organfunktioner och en välmående och välfungerande människa. Om vi tänker oss att det inte skulle finnas ett sådant samband då kan vi fråga oss vilken glädje vi skulle ha av kunskap om den organiska "hälsan" (inom citationstecken). Ett hälsobegrepp som inte har något samband med det mänskliga intresset av att

vara en välfungerande människa torde vara ganska ointressant och torde därmed inte heller ha med traditionell hälso- och sjukvård att göra.

Min analys landar alltså till sist i ett holistiskt värderande begrepp. Den hamnar där inte på grund av något existentiellt val från min sida. Den hamnar där därför att min argumentation leder mig dit. Jag har naturligtvis inte här lyckats göra denna argumentation helt övertygande. För detta krävs mera utrymme. Jag har också gjort mera detaljerade försök på annan plats. (Se Nordenfelt 1995 och 2001.)

Men man kan fråga sig: får en slutsats som min, eller i allmänhet, får ett val av hälsobegrepp några viktiga konsekvenser för hälso- och sjukvården? Mitt svar är att jag tror att ett sådant val skulle få begränsade följder. Men jag tror samtidigt att vissa viktiga saker skulle kunna hända. Låt mig ta upp två områden.

Betrakta först frågan om de problematiska fallen, om huruvida ett visst tillstånd skall anses vara en sjukdom eller inte. Tänk på det spektakulära tillfälle när den amerikanska psykiatrikonferensen 1973 bestämde sig för att utesluta homosexualitet från listan på mentala störningar. Bakom detta beslut fanns faktiskt ett försök till analys av hälsobegreppet, eller framför allt motsatsen ohälsa. Psykiatern Robert Spitzer som var en tongivande talesman på kongressen hade på uppdrag av sin organisation gjort en utredning som utmynnade i en deklaration om kriterier på psykisk ohälsa. Man kan, enligt Spitzer, bara säga att psykisk ohälsa föreligger om subjektet har någon form av lidande eller invalidisering. En sexuellt avvikande person är inte *ipso facto* en lidande eller invaliderad person; ej heller behöver han eller hon, enligt Spitzer, vara på väg mot ett sådant tillstånd. Alltså finns inte något avgörande skäl att klassa t.ex. homosexualitet som en sjukdom. Spitzer och den majoritet som följde honom baserade därmed sitt beslut om att avvisa en sjukförklaring på en analys av begreppet psykisk ohälsa. I själva verket är det begrepp hälsa som därmed antydes en variant på ett holistiskt begrepp. (För en beskrivning av processen kring psykiatrikonferensen se R. Bayer, 1983.)

Att acceptera ett holistiskt positivt begrepp hälsa har emellertid sin viktigaste konsekvens i att ange mål och ramar för hälso- och sjukvården. Enligt ett holistiskt hälsobegrepp är målet för sjukvården att människor verkligen återfår sitt välmående och sin förmåga att förverkliga sina vitala mål. Det viktiga är inte att det kroppsliga maskineriet i sig uppvisar vissa värden enligt ett antal bestämda parametrar.

En sådan slutsats ställer krav på rehabilitering, en länge ganska försummad gren av medicinen. Rehabiliteringen, och framförallt den individuellt avpassade rehabiliteringen, utgör själva finishen och den oundgängliga finishen i vårdarbetet. Att säga detta är inte ett dugg att vara

antibiologisk eller att ställa sig i motsatsställning till traditionell medicinsk vård eller forskning. Hela mitt resonemang utgår ifrån denna vårds och forsknings mycket stora förmåga att se och upptäcka relationer mellan det kroppsliga och själsliga maskineriet å ena sidan och mänsklig vitalitet och handlingsförmåga å den andra sidan. Det mina filosofkolleger och jag försöker göra innebär således knappast en kritik av traditionell medicin. Det är snarare ett försök till en ny karakterisering av medicinen och ett försök att placera den i en bredare ram där hälsofrämjande är ett nyckelbegrepp. Ett resultat av denna karakterisering skulle kunna bli att medicinen får en viss tyngdpunktsförskjutning. Men för att en sådan förändring verkligen skall komma till stånd krävs mycket mer än en enkel filosofs röst.

LITTERATUR

- Bayer, R. 1981. *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*. New York: Basic Books.
- Boorse, C. 1977. "Health as a Theoretical Concept", *Philosophy of Science*, 44, 542-573.
- Gadamer, H.G. 1993. *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Hofmann, B. 2002. *The Technological Invention of Disease*. Oslo: Oslo Universitet.
- International Classification of Diseases and Related Conditions*. 1992. Geneva: WHO.
- Mitchinson, M. J. 1996. *Essentials of Pathology*. Oxford: Blackwell Science.
- Nordenfelt, L. 1995. *On the Nature of Health*, Second revised edition. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Nordenfelt, L. 2001. *Health, Science and Ordinary Language*. Amsterdam: Rodopi Publishers.
- Tranøy, K. E. 1995. "Grunnleggende etiske prinsipper i helsetjensten". I Bo Petersson och Per-Erik Liss (utg.), *Hälsosamma tankar*. Nora: Nya Doxa.