

Medicinsk humaniora – en arena för utmaningar och experiment

BRITTA LUNDGREN är professor i etnologi vid institutionen för kultur- och medievetenskaper vid Umeå universitet. Hon koordinerar nätverket för medicinsk humaniora vid den humanistiska fakulteten. För närvarande arbetar hon med det av Marcus och Amalia Wallenbergs Minnesfond finansierade projektet "Epidemier, vaccinationer och berättelsers makt".



i många artiklar, böcker och samlingsverk har betydelse och definitionerna av det framväxande område som vi här kallar *medicinsk humaniora* diskuterats. Olika benämningar har använts, i Sverige t.ex. "Humanistisk hälsoforskning", "Humanistisk och samhällsvetenskaplig hälsoforskning", "Humanistisk medicin", "Kultur och hälsa" eller "Humaniora och medicin". De internationella förebilderna och bevekelsegrunderna för områdets framväxt har beskrivits och ibland ställts emot varandra. Diskussionerna har rört ämnesområdets ursprung, dess förhållande till de medicinska professionerna, vilka som är bäst skickade att utföra undervisning och/eller forskning inom medicinsk humaniora, samt hur ämnesområdet ska organiseras. Tidskriftsfloran är växande, både sådana med brett anslag, t.ex. *Medical Humanities* och *Journal of Medical Humanities*, och mera specialiserade, såsom *Journal of Medical Ethics*, *Social History of Medicine* eller *Literature and Medicine*. På många lärosäten i Sverige finns ett antal forskare inom olika discipliner, som på ett eller annat sätt knyter sina humanistiska studier till områden inom medicin och hälsa. Olika typer av nätverk har startats och flera lärosäten har inrättat centrumbildningar. Även denna svenska utveckling har fått sina översiktliga redogörelser och många försök till samlande ramverk har gjorts (se t.ex. Svenaeus 2010; Ekström och Sörlin 2012; Kardemark och Sigurdson 2013; Palm 2013; Bernhards-son 2014).

Martyn Evans, filosof och en av grundarna till det inflytelserika *Centre for Arts and Humanities in Health and Medicine* vid Durham University i Storbritannien, har föreslagit att medicinsk humaniora omfattar tre slag av aktiviteter eller områden.¹ Det första området rör "Konst

och hälsa” och inbegriper terapeutiska användningar av t.ex. konst, litteratur och musik. Det andra området utgörs av pedagogiska inriktningar adderade till eller inbäddade i medicinutbildning, t.ex. moduler av litteratur, etik, historia och filosofi i läkarprogrammen. Det tredje området innefattar kritiska studier med ambitionen att förstå människan genom studiet av medicinen, dess teknologi och dess begränsningar (Evans 2007:367).

Inledningsvis ska jag beröra några delar av områdets utveckling, särskilt den pedagogiska uppgiften och områdets kritiska forskningspotential, samt presentera nätverket för medicinsk humaniora vid Umeå universitet och slutligen de artiklar som ingår i det här temanumret.

DEN PEDAGOGISKA UPPGIFTEN

The spirit of Humanities is the greatest single gift in education.

William Osler, *The Old Humanities and the New Science*, 1919.

Citatet ovan är en av många ”oslerismer” som tillskrivs den kanadensiske läkaren William Osler, död 1919 i spanska sjukan. Citatet används centralt på hemsidan för ”Division of Medical Humanities and Bioethics” vid University of Rochester, som driver ett ambitiöst program för läkarutbildningen vid universitetet. Programmet är ett exempel i en rik internationell flora av kortare eller längre utbildningar, kurser eller moduler, obligatoriska eller fristående, där studenter med hjälp av dessa ska ges möjligheten att utvecklas till ännu bättre läkare. Inslag av medicinhistoria och medicinsk etik har länge funnits inom läkarutbildningarna, men denna undervisning har av tradition upprätthållits av medicinerna själva. Själva termen

”medical humanities” emanerar från USA i början på 1960-talet och refererade inledningsvis nästan undantagslöst till dylika pedagogiska insatser inom de medicinska utbildningarna (Evans 2007:365). I många översikter har det primära målet för humanisternas insatser fastställts till att utveckla förmågor hos de kommande läkarna i syfte att dessa i sin professionella gärning på ett bättre sätt ska kunna lyssna till och tolka information från sina patienter.

Sett i relation till de medicinska professionsutbildningarna menar Howard Brody att begreppet ”medical humanities” oftast uppfattas på tre olika sätt: som en katalog av relevanta discipliner, som ett program för moralisk utveckling och som en ”stödjande vän”. Brody menar också att denna tredelning kan sägas gälla för uppfattningar om ”humaniora” i allmänhet och inte bara medicinsk humaniora (Brody 2011:1). Brody poängterar som en central uppgift att inte ge upp arbetet med att försöka definiera vad ”medical humanities” är och inte minst vad dess kritiska och reflexiva attityd kan bidra med inom medicinsk utbildning (Brody 2011:7).

Idén om humaniora som en stödjande vän eller moraliskt korrektiv diskuteras också av Catherine Belling i en kritisk artikel om dikotomin hård/mjuk, där humaniora och i hennes exempel litteraturen, får agera det ”mjuka” svaret. Hon menar att

literature need be perceived as 'hard' – difficult, requiring elucidation by a professional scholar rather than accessible to the amateur reader – in order to function as cultural capital. But this is at odds with the idea that the value of medical humanities lies in its perceived 'softness' (Belling 2006:4).

En annan kritikpunkt rör hur medicinsk humaniora i de pedagogiska användning-

arna oftast blir uttryck för en normativ västerländsk kultur och en västerländsk kanon, inkluderande förkroppsligade idéer om identitet, patientskap eller sjukdomsbegrepp (Hooker och Noonan 2011:79).² Hur ska man bäst kunna bemöta krav rörande kulturell diversifiering såväl från olika studentmålgrupper som från de icke-västerländska och icke-engelskspråkiga regioner och områden, där nu också medicinsk humaniora vinner terräng inom medicinutbildningarna?

Trots att behovet av humaniora ofta är klart uttalat, oavsett om man ser till dess pedagogiska potential eller det man menar vara den moraliskt stödjande eller "bildande" funktionen, är själva utrymmesbristen i de medicinska utbildningarna ett påtalat problem (se t.ex. Grant 2002). På svensk botten har litteraturvetaren Katarina Bernhardsson undersökt den pedagogiska verksamheten, den som oftast utgår från en definierad "brist" i läkares utbildning eller i medicinska förhållningssätt i bred mening. Bernhardsson benämner "reflektion, självreflektion och kritisk reflektion" som tre väsentliga aspekter för att nyttiggöra de humanistiska studierna i läkarutbildningen (Bernhardsson 2014:96) och synliggör detta med exempel på hur humanistiska kurser kommit till användning i läkarutbildningen i Lund. Hon betonar också den väsentliga utvecklingspotentialen för såväl nationellt som nordiskt samarbete. En annan utvecklingslinje som fått stor nationell betydelse är arbetet med att strimma in "professionell utveckling" inom läkarprogrammen, inom vilket humaniora ges plats i olika hög grad (för en översikt se t.ex. Lindström m.fl. 2008).

Ett av problemen när det gäller senare tiders ambitiösa försök att integrera humanistisk kunskap i läkarutbildningarna

är att försöken krockar med kravet på den evidensbaserade praktik, som är basen för medicinarens användning av förklaringsmodeller och terapier. I en tankeväckande artikel diskuterar socialantropologen Stefan Ecks hur medicinsk antropologi kan möta dessa krav genom att utmana begreppet evidens utan att entydigt förkasta det (Ecks 2008). En annan motreaktion har varit riktningen "narrative medicine" med litteraturvetaren Rita Charon vid University of Colombia som en av de namnkunniga uttolkarna. Hon pläderar för "den narrativa vägen till effektiv medicin" med målet att läkare ska uppnå kunskaper och insikter rörande empatisk och effektiv vård, lära sig en förmåga till uppriktig och opartisk reflektion, drivas av professionell idealism och bidra till en ansvarstagande samhällsdiskurs om hälsopolitik (Charon 2006:9).

Trots att Rita Charons och andras verksamhet med "narrative care" eller "narrative-based care" uppnått stora framgångar och ibland har likställts med evidensbaserad medicin, har denna typ av medicinsk humaniora, som vuxit fram vid olika medicinska fakulteter och i intim närhet till den medicinska utbildningen, också kritiserats för att vara enbart en passiv och "compassionate" hjälpdisciplin placerad i marginalen av den "hårdare" huvudfåran av utbildningen. "By and large, medical humanities remain an intriguing sideline in the main project of medical education" skriver Johanna Shapiro m.fl. i en kritisk artikel (2009:193). Mot bakgrund i studenters kritik propagerar författarna i stället för en "cross-disciplinary, collaborative recontextualisation of medicine" som skulle kunna ge medicinsk humaniora en plats i centrum snarare än i periferin.

En annan typ av kritik mot narrativ

medicin rör själva användbarheten av narrativitet som metod och begrepp. Filosofen Galen Strawson har i en provokativ artikel argumenterat mot att alla människor skulle ha narrativa förmågor. "There are deeply non-Narrative people and there are good ways to live that are deeply non-Narrative" (Strawson 2004:426). Angela Woods har i en kommentar till Strawson undersökt narrativitetsbegreppet i form av "six uses, five debates, seven dangers" och menar att Strawsons inlägg borde stimulera till en fördjupad debatt inom medicinsk humaniora och att det är nödvändigt att våga testa gränserna för narrativitetens användningar (Woods 2011). Dylrika kritiska och reflekterande genomlysningar är också nödvändiga för att ta allvarligt på den utmaning och potential som medicinsk humaniora kan dra nytta av från olika typer av kritisk teori, kritiska kulturstudier samt även från konstnärlig forskning (se t.ex. Atkinson m.fl. 2014).

KRITISK FORSKNING INOM MEDICINSK HUMANIORA – VILKA, VAD OCH HUR?

Ovan redovisade diskussions- och kritikpunkter rörande utbildningsverksamheten – dikotomiseringen mjuk/hård, den västerländska dominansen, olika oreflekterade utgångspunkter etc. – kan mycket väl också sägas gälla forskning inom medicinsk humaniora. I olika proklamationer om kritiskt medveten forskning som "a vibrant, pluralistic, experimental, risky movement" (Pattison 2002:34) hålls ideal högt om medicinsk humanioraforskning som en okorrumpierad verksamhet, ett nödvändigt korrektiv eller som en kritiskt värderande instans rörande medicinen och det mänskliga.

Vilka är det då som utför eller ska ut-

föra en kritiskt medveten forskning inom medicinsk humaniora? Liksom Harald Brody argumenterat blir ofta svaret en lång lista, eller en katalog, över discipliner inom humaniora – litteraturvetenskap, historia, filosofi, etnologi, konstvetenskap, teologi, religionsvetenskap m.fl. Oftast inbegrips också gränsdiscipliner inom samhällsvetenskaperna, t.ex. antropologi (särskilt medicinsk antropologi), psykologi, hälsoekonomi eller kognitionsvetenskap. Viktiga karaktäristika för att förklara varför dessa ämnen tillsammans kan grupperas inom medicinsk humaniora, är enligt Evans exempelvis upptagenheten av *erfarenhet* i dess kvalitativa dimensioner, fokuseringen på *subjektivitet* i alla dess individuella uttryck, men också på individens *intersubjektiva* kontexter, inte minst inom klinisk medicin (Evans 2007:368).

Även i Katarina Bernhardssons (2014: 104 ff.) diskussion om den mera forskningsinriktade kritiska verksamheten, inom vilken hon också inkluderar områden som rör konst och hälsa, är utgångspunkten olika ämnen och deras bidrag. Hon exemplifierar med medicinsk etik, filosofi och religionsvetenskap, etnologi och medicinsk antropologi, litteratur, estetiska vetenskaper m.m. Att utgå från ämnena är helt logiskt eftersom den typ av forskning som nu insorteras i medicinsk humaniora även förekommit tidigare och då varit helt och hållet i de enskilda ämnenas hägn. Även om det finns röster för att utveckla medicinsk humaniora till en egen disciplin finns det, som jag ser det, inte mycket som talar emot att uppfatta medicinsk humaniora utifrån olika ämnens bidrag, enskilt eller i mång- och tvärvetenskaplig verksamhet tillsammans med andra. Anders Ekström och Sverker Sörlin talar om "medicinens humaniora"

som en av flera former för *integrativ humaniora*. Denna integrativa humaniora utgör en kunskapsförnyelse som sker genom ”tvärgående initiativ och processer” kännetecknade av ”integration i nya konstellationer snarare än av sedvanligt disciplinärt organisationsbyggande” (Ekström och Sörlin 2012:194).

Det här numret av *Kulturella Perspektiv* har sin utgångspunkt i en sådan process av tvärgående initiativ och integration i nya konstellationer. Vårterminen 2012 startade jag ett arbete vid humanistiska fakulteten vid Umeå universitet för att skapa ett nätverk av forskare, vilka på olika sätt anknyter till områden inom medicin, kropp och hälsa. En förfrågan via fakultetens informationskanaler resulterade i ett snabbt gensvar från trettioålet forskare med hemvist i många olika discipliner. En kartläggning av intresseområden, nyckelord, nyckeltexter, befintliga nätverk och tidskriftsengagemang följde. Bland de olika forskningsområdena fanns exempelvis frågor kring folkhälso- och befolkningsetik, reproduktionsetik, medicin och litterärt berättande, medie- och kommunikationsstudier avseende representationer av sjukdom, historiska studier av sjukdomstillstånd och sjukdomsspridning, urfolksbefolkning och hälsa, folklig och vetenskaplig kategorisering av sjukdomar, teknik- och vetenskapsstudier särskilt avseende forskarideal, bildmedicinens utveckling och forskningskommunikation, funktionshinder, pandemier och vaccination, vårdforskning samt forskning om läkarprofessioner.

Inte oväntat visade sig alltså medicinsk humaniora vid humanistiska fakulteten i Umeå formera sig till en brokig samling forskningstraditioner, kunskapsobjekt, metoder och teorier, grundade i olika discipliner. Både min egen ambition för att

starta nätverket och resultatet av kartläggningen bekräftade den vision som Stephen Pattison formulerat 2003:

a loose coalition of concerns, people, disciplines, approaches, practices, and methods that are engaged in a fairly open ended dialogue and exploration of where humanities approaches etc can be illuminative of, or even obstructive to, health care (Pattison 2003:33).

Det gemensamma kunskapsmålet kan också formuleras på ett likartat allmänt och inkluderande sätt som Katarina Bernhardsson gör 2014: att använda ”humanistiska perspektiv för att studera den medicinska vetenskapen och praktiken och människan i rollen som denna verksamhets objekt (*och subjekt, min anmärkning*), men också det samhälle och den kultur som präglas av medicinen” (Bernhardsson 2014:91).

Förutom seminarieverksamhet och några gästföreläsningar har nätverket i sin första fas fått karaktären av att mera vara en informationskanal än en arena för forskningssamarbete. Detta förtar inte att nätverket som en informationskanal bär en hel del nytta med sig. Den lösa inramningen till trots rymmer detta nätverk emellertid också en väsentlig potential till nya forskningssamarbeten. I likhet med Pattison (2003) och på svensk botten t.ex. Ekström och Sörlin (2012), Kardemark och Sigurdsson (2013) och Bernhardsson (2014:123) vill jag betona vikten av att ta tillvara den mångfald och bredd som finns inom medicinsk humaniora för att både kunna samarbeta med medicinen och utsetta den för kritisk analys.

I stället för att förordas organisatoriska lösningar, t.ex. att skapa en egen disciplin (jämför Pattisons beskrivning av ”death course of disciplines”, i Pattison 2003:34), en tvärvetenskaplig centrumbildning eller

en avdelning inom en institution, vill jag föreslå andra mera experimentella arbetsmetoder för att skapa utrymme för att vidmakthålla komplexitet i form och innehåll, nödvändigt tvivel, ambivalens, oförenligheter och kritik. Dessa metoder är inspirerade av forskningsprogrammet Challenging Gender (finansierat av Vetenskapsrådet) vilket jag ledde under åren 2007–2012. Challenging Gender innefattade fyrtioålet olika forskare från många ämnen och flera fakulteter. Forskningen var organiserad i fem olika teman (Emotioner, Våld, Hälsa, Demokrati/Social rättvisa samt Normalisering) som vart och ett var tvär- eller mångvetenskapliga till sin karaktär. För att finna en samarbetsform där dessa fem teman kunde mötas och diskutera sina forskningsrön utvecklades också en *arena för reflektion och teoriutveckling*. Speciella metodiker skapades (se Lundgren 2013) av vilka jag här endast ska redogöra för en. Denna metodik innebar att alla fem teman i sitt arbete fick till kontinuerlig uppgift att formulera *core questions* och *core statements*. Dessa frågor och utsagor utgjorde en åtminstone temporär kärna för temats gemensamma arbete.

Vid arena-mötena som skedde vid två tillfällen varje termin (1–2 dagar) skulle dessa kärnfrågor och utsagor genomlysas och diskuteras av andra teman. Vad hade t.ex. frågor och utsagor från temat Våld att lära av temat Emotioner eller temat Hälsa? Eller omvänt? Metodiken var en utmaning, liksom hela forskningsprogrammet var det. Den innebar möten, ibland konfrontationer, rörande terminologi, begreppsanvändning, metodaspekter, metaforik m.m. I en del fall upplevdes arbetet som ineffektivt, tidskonsumerande och konfliktfyllt. I de mest lyckosamma fallen ledde det till nya frågor eller proble-

matiseringar eller hittills obeträdda stigar för diskussionen att röra sig på. Dessa dubbla utfall är oundgängliga för vetenskaplig utveckling. Evans och Macnaughton har i en artikel framhåvt vikten av dylika kontexter för medicinsk humaniora, där professionella från olika bakgrunder kan utbyta erfarenheter och idéer, men där en kärna av gemensamma förståelser behöver finnas. Genom ett vad de kallar ”mini-lärlingskap” i varandras discipliner skapas just möjligheten till dessa framväxande – *emergent* – problem eller lösningar, vilka inte vore möjliga utan denna kontext (Evans och Macnaughton 2013:1 ff.).

Finns det då något sätt att underlätta skapandet av dessa temporära och emellanåt experimentella kontexter? I Umeå diskuterar vi och håller på att genomföra ett samarbete med den forskningsmiljö i *Vetenskaps-, teknik- och miljöstudier*, som redan är ett starkt forskningsområde vid fakulteten, men som inte organiseras i form av en centrumbildning eller ett eget disciplinskapande (se Eklöf och Nordlund 2013:49 ff.). Här finns många samarbetsmöjligheter inom flera forskningsområden med medicinsk humaniora. Exempelvis har mitt eget pågående projekt om svininfluensapandemin och den genomförda massvaccinationen många beröringspunkter med aspekter inom vetenskaps-, teknik- och miljöstudier.

En annan viktig väg att gå är att erbjuda kurser på grund- eller avancerad nivå som är integrativa och gränsöverskridande till sin karaktär och inbjuder till ett mera innovativt och experimentellt tänkande (jämför Evans och Macnaughton 2013). I Umeå finns för närvarande tre sådana exempel på kurser: ”Ideas of Human Nature”, ”Blaming the Body: Ethics, Medicine and Culture in Western

Europe” samt ”Reproductive Ethics”. Se <http://www.org.umu.se/usste/english/research/medical-humanities/>.

Att gemensamt arbeta med ett nätverk för medicinsk humaniora är också att skapa en arena för utmaning och experiment. Artiklarna i det här numret är en del av ett sådant arbete i en samverkan mellan idéhistoriker, historiedemografer, språkvetare, medievetare, antropologer och etnologer. De kollektivt framväxande frågorna har diskuterats under arbetet med artiklarna. Naturligtvis skulle skrivandet också haft glädje av ett systematiskt samarbete med forskare inom de medicinska disciplinerna för att få deras åsikter och infallsvinklar. Förhoppningsvis kan en start på ett sådant arbete ske vid den offentliga temadag om medicinsk humaniora som planeras vid Umeå universitet i slutet av februari 2015. Därmed är jag inne på den kritik som Jane Macnaughton levererar i en artikel om medicinsk humanioras utmaning gentemot medicinen. Hon menar att fältet har misslyckats med att framföra sina resultat i samarbete med dem som är frontfigurer i medicinsk forskning och policyskapande. Hon går så långt som att säga att detta innebär en ”fundamental lack of ambition” (Macnaughton 2011:930) och efterlyser ett djupare engagemang och en roll för medicinsk humaniora att hellre vara en ”disruptive teenager” än en ”supporting friend”. Även om dessa positioner inte nödvändigtvis behöver utesluta varandra är detta kanske en utmaning för alla som sysslar med medicinsk humaniora i Sverige?

*

Efter denna inledande översikt ska jag nu kort introducera innehållet i de kom-

mande artiklarna, vilka är inplacerade i kronologisk ordningsföljd. Först kommer de mera historiskt orienterade bidragen och därefter de som är förankrade i en nutidskontext. *Asbjørg Westums* och *Virginia Langums* bidrag ”I människan själv, eller utanför? Föreställningar om pestens orsaker i lärda skrifter och folktro” beskriver och diskuterar föreställningar om digerdödens orsaker och frågan om skuld. Genom att jämföra medeltidens lärda syn på digerdöden och de föreställningar som framkommer i svenskt sägen- och folktror material diskuteras skillnader och likheter och hur dessa får betydelse när det gäller att förklara sjukdomens orsaker.

I likhet med Westum och Langum behandlar *Karin Ljuslinders* bidrag ”farsoter” och pandemier. Artikeln ”Överdrivet alarm eller ödesdiger influensa” sätter den senaste pandemin (svininfluensa eller A(H1N1)-pandemin) i ett historiskt ljus genom att jämföra denna pandemis medieflöde med nyhetsrapportering av ryska snuvan, spanska sjukan, asiaten och Hong Kong-influensan. Artikeln synliggör nyhetspressen som en aktiv medskapare av betydelse med konsekvenser långt utanför mediologikens retorik.

Ett historiedemografiskt arbetssätt är utgångspunkten för *Lotta Vikströms* och *Helena Haages* artikel ”Ett kortare liv än andra? Dödsrisker, funktionsnedsättningar och attityder i 1800-talets samhälle.” Genom att ta dödsstatistiken som grund skapas möjligheter att få kunskap om funktionsnedsatta människors livsvillkor i historisk tid, om vilka förmågor, betenden och utseenden som ansågs ”normala” samt vilka skillnader och likheter som kan skönjas mellan kvinnor och män.

Jenny Eklöfs bidrag ”Mellan friskt och sjukt: Mindfulness som universalmedel” analyserar den omfattande litteraturen om

mindfulness, med tyngdpunkt på hur mindfulness kommuniceras i inomvetenskapliga eller professionsliknande sammanhang. Eklöf diskuterar orsakerna till varför mindfulness åtnjuter sådan popularitet och hur dess universalistiska anspråk bidrar till att bitvis upplösa eller relativisera gränserna mellan friskt och sjukt, terapeut och patient och mellan expert och lekman.

Snus och snusande är temat för *Christer Nordlunds* artikel "Livets krydda? Om snusning som potentiellt studieobjekt för medicinens humaniora". Utifrån en diskussion om den medicinvetenskapliga forskningen om snus i relation till snusets politik, ekonomi och kultur föreslås snusning som ett potentiellt studieobjekt för humaniora. Förslaget baseras på svårigheten att entydigt fastställa snusets hälsoeffekter i kombination med snusandets popularitet och utbredning, den växande ekonomi och den kulturella praktik det inramas i.

Helena Pettersson, Katarzyna Wolanik Boström och *Magnus Öhländer* utforskar yrkesrelaterad kunskap och kunskapskapande i relation till tre grupper av "återvändare" inom det medicinska fältet: Läkare som arbetat för internationella hjälporganisationer, molekylärbiologer som bedrivit forskning utomlands samt läkare som arbetat som kliniker och/eller forskare utomlands. Med hjälp av intervjuer fokuseras i artikeln "Att analysera kunskap – vad internationellt mobila medicinare lär sig av att arbeta utomlands" relationen mellan vardagskunskap och vetenskaplig kunskap, mellan kunskapsproduktion och kunskapsanvändning samt de olika kunskapernas inordning i hierarkiska strukturer.

Avslutningsvis ger *Karine Aasgaard Jansen* i bidraget "Ut över 'illness' og 'dis-

ease'. En faghistorisk introduktion till medisinsk antropologi" en historisk och teoretisk översikt av området medicinsk antropologi, särskilt avseende spänningar och likheter mellan det tolkande och det kritiska perspektivet. Hennes avsikt är att visa hur dessa perspektiv kan komplettera varandra i studier av hälsa och sjukdom och också fungera som brobyggare mellan humaniora och samhällsmedicinska perspektiv.

NOTER

- ¹ Evans är långt ifrån ensam om att göra kategoriseringar. Se t.ex. Brody 2011 och Bates, Bleakley and Goodman 2013 för andra alternativ.
- ² Här intar medicinsk antropologi naturligtvis en annan position med sitt mycket mera uttalade globala perspektiv samt också reflexiva hållning gentemot västerländsk dominans.

Tack till Humanistiska fakulteten, Umeå universitet, för ekonomiskt bidrag till utgivningen av detta nummer av *Kulturella Perspektiv*.

REFERENSER

- Atkinson, Sarah; Evans, Bethan; Woods, Angela & Robin Kearns, 2014. "The medical' and 'health' in a critical medical humanities", i *Journal of Medical Humanities* DOI 10.1007/s10912-014-9314-4.
- Bates, Victoria; Bleakley, Alan & Goodman, Sam (eds.), 2013. *Medicine, Health and the Arts: Approaches to Medical Humanities*. Routledge Advances in the Medical Humanities. Routledge.
- Bernhardsson, Katarina, 2014. "Medicinsk humaniora", i Sigurdsson, Ola (red.), *Kultur och hälsa: Ett vidgat perspektiv*. Göteborgs universitet: Centrum för kultur och hälsa.
- Belling, Catherine, 2006. "Toward a harder humanities in medicine", i *Atrium*, Issue 3.
- Brody, Howard, 2011. "Defining the medical hu-

- manities: Three conceptions and three narratives”, i *Journal of Medical Humanities*, 32:1–7.
- Charon, Rita, 2006. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
- Ecks, Stefan, 2008. “Three propositions for an evidence-based medical anthropology”, i *Journal of the Royal Anthropological Institute (N. S)*, 77–S92.
- Eklöf, Jenny & Nordlund, Christer, 2013. ”En humanistisk fågel fenix: Från kris till offensiv”, i *Kulturella Perspektiv*, 1:49–51.
- Ekström, Anders & Sörlin, Sverker, 2012. *Alltings mått: Humanistisk kunskap i framtidens samhälle*. Stockholm: Norstedts.
- Evans, H. M., 2007. “Medical humanities: stranger at the gate, or long-lost friend?”, i *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2007, 10:363–372.
- Evans, H. M. & Macnaughton, J., 2004. “Should medical humanities be a multidisciplinary or an interdisciplinary study?”, i *J Med Ethics; Medical Humanities*, 30, 1–4.
- Grant, V. J., 2002. “Making room for medical humanities”, i *Medical Humanities*, 2002:28, 45–48.
- Hooker, Claire & Noonan, Estelle, 2011. “Medical humanities as expressive of Western culture”, i *Medical Humanities*, 37:79–84.
- Kardemark, Wilhelm & Sigurdson, Ola, 2013. *Medicinsk humaniora vid Humanistiska fakulteten, Göteborgs universitet. En rapport*. Göteborgs universitet.
- Lindström, Ulf; Johansson, Eva E.; Bodlund, Owe & Hamberg, Katarina, 2008. ”Professionell utveckling: Så förs ämnet stegvis in i läkarutbildningen i Umeå”, i *Läkartidningen*, nr 12–13, vol. 105, 909–913.
- Lundgren, Britta, 2013. “Brave new world? Leading large research structures”, i Griffin, Gabriele; Hamberg, Katarina & Lundgren, Britta (eds.), *The Social Politics of Research Collaboration*. New York and London: Routledge.
- Macnaughton, Jane, 2011. “Medical humanities’ challenge to medicine”, i *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17, 927–932.
- Osler, William, 1919. *The Old Humanities and the New Science*, Presidential Address to the Classical Association, May 16, 1919. Boston and New York Houghton Mifflin company. The Riverside Press Cambridge 1920.
- Palm, Anders & Stenström, Johan, 2013. *Kroppen i humanioraperspektiv*. Göteborg: Makadam förlag.
- Pattison, Stephen, 2003. “Medical humanities: a vision and some cautionary notes”, i *Medical Humanities*, 29:33–36.
- Shapiro, Johanna; Coulehan, Jack & Montello, Martha, 2009. “Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications”, i *Academic Medicine*, vol. 84, nr 2.
- Sigurdson, Ola (red.), 2014. *Kultur och hälsa: Ett vidgat perspektiv*. Göteborgs universitet: Centrum för kultur och hälsa.
- Strawson, Galen, 2004. “Against narrativity”, i *Ratio* 17:428–52.
- Svenaesus, Fredrik, 2010. ”Medicinens humaniora: Vad skulle det kunna vara?”, i Cederberg, Carl & Ruin, Hans (red.), *En annan humaniora – en annan tid: Another Humanities – Another Time*. Huddinge: Södertörns högskola.
- Woods, Angela, 2011. “The limits of narrative: provocations for the medical humanities”, i *J Med Ethics; Medical Humanities*, doi:10.1136/medhum-2011-010045.

SUMMARY

*Medical Humanities,
– An Arena for Challenges and Experiments
(Medicinsk humaniora
– en arena för utmaningar och experiment)*

The term ”Medical humanities” describes an internationally vibrant and growing academic field comprising broad areas, such as therapeutic uses of arts in health, pedagogical interventions in the medical curricula, and critical resources for performance, reflexivity and practice. This introduction gives an overview of the debates and critiques involved in the pedagogical uses and also a discussion about medical humanities’ critical potential for multi- and interdisciplinary research.

The Medical Humanities network at Umeå University is presented, together with introductions to seven articles from different humanistic disciplines at Umeå University.

Britta Lundgren is professor of Ethnology at the Department of Culture and Media Studies, and the coordinator of the Medical Humanities Network at Umeå University, Umeå, Sweden. She is currently working with the project “Epidemics, Vaccination, and the Power of Narratives”, financed by the Marcus and Amalia Wallenberg Foundation.