

Hälsogeografi

– på väg mot planetär hälsa

Introduktion

För ett par år sedan började vi utveckla en ny kurs i hälsogeografi på avancerad nivå i och med att kulturgeografi erbjöds möjligheten vara med i ett nytt internationellt masterprogram i hälsovetenskap vid Linnéuniversitetet. När kursen så genomfördes för första gången, vårterminen 2020, var vi själva även ansvariga för all undervisning och examination. Här kommer vi emellertid inte att redogöra för våra erfarenheter av att genomföra kursen utan istället ta upp några centrala aspekter som aktualiserades i och genom vår kursplanering av ”Hälsogeografi” (7.5 hp). Dessa handlar om principiella innehållsliga överväganden och ställningstaganden gällande hälsogeografi som sub-disciplin, särskilt i perspektiv av kulturgeografisk ämnesteorin. De handlar även, och inte minst, om hur vi kom att placera hälsa i relation till vår planetära klimatsituation, vilket återspeglas i att kursen succesivt kom att inriktas mot ”planetär hälsa”. I avslutningen placerar vi planetär hälsa i perspektiv av den akuta utmaning för mänskligheten som följer av Antropocen och klimatnödläget. Denna utmaning berör naturligtvis inte bara hälsogeografi utan även all nutida geografi och kulturgeografi.

Vi kommer i vår redogörelse att ta utgångspunkt i kursens tre lärandemål, och därför är det lämpligt att börja med

att återge dessa redan här (kursen ges på engelska, men vi väljer här den svenska översättningen). Efter avslutad kurs skall den studerande kunna:

- redogöra för centrala ämnesteoretiska begrepp i hälsogeografi,
- analysera geografiska och rumsliga aspekter av hälsa,
- identifiera konsekvenser av planetära klimatförändringar i Antropocen för människors hälsogeografier.

Lärandemål 1: ”Redogöra för centrala ämnesteoretiska begrepp i hälsogeografi”

I vår kursplanering enades vi tidigt om en pedagogisk premis. Kursen skulle inte bara ge en introduktion till hälsogeografi, utan även tydliggöra placeringen av hälsogeografi som subdisciplin i kulturgeografi. Detta ledde successivt fram till ställningstaganden om vilka kunskaper som först skulle förmedlas i kursen, och därmed även diskussion rörande lärandemålets inbördes ordning. Vad gäller det första lärandemålet övervägde vi olika alternativ, till exempel möjligheten att utgå från vanligt förekommande indelningar i kulturgeografi, som politisk geografi, social/samhällsgeografi, kulturens geografi, ekonomisk geografi, eller liknande. Med dessa som utgångspunkt kunde vi sedan

relatera hälsogeografi till olika hälsoområden. I bakgrunden fanns därmed även möjligheten att på olika sätt anknyta till området ”global hälsa” som på olika sätt finns representerat på andra kurser som ingår i det hälsovetenskapliga masterprogrammet.

Vi övervägde även att utgå från andra tänkbara, mer tematiskt inriktade, indelningar av hälsogeografi. Kanske kunde vi utgå från olika indelningar/perspektiv av/ på hälsa och ohälsa (fetma, psykisk ohälsa, välbefinnande, sociala ojämlikheter, etc), och därefter relatera dessa till hälsans geografier genom exempelvis terapeutiska landskap, plats, rum, eller andra rumsliga bestämningar? Ett annat tematiskt alternativ var att istället fokusera mer på hälsovårdssystem eller hälsoplanering, alternativt olika geografiska bestämningar av hälsa. Succesivt valde vi emellertid bort dessa alternativ, för att istället koncentrera oss på ämnesteorin. I de pedagogiska förutsättningarna ingick att de flesta studenterna förväntades ha någon form av naturvetenskaplig eller vårdvetenskaplig utbildning, och att de under programmets första termin redan förvärvat olika typer av kunskaper om och perspektiv på hälsa. Utmaningen, resonerade vi, kanske därför handlade främst om att förmedla den (sub)disciplinära grunden för en hälsogeografi förankrad i aktuell kultur- och samhällsvetenskapligt präglad kulturgeografisk ämnesteorin. Därigenom kunde vi även utnyttja möjligheten att kontrastera hälsogeografi gentemot andra discipliners ämnestoretiska perspektiv på hälsa/ohälsa.

Redan tidigt i vår kursplanering ställdes vi inför vad som kan beskrivas som det grundläggande interna spänningsfältet

inom det som i litteraturen betecknas som hälsogeografi i subdisciplinär mening. Under rubriken ”hälsogeografi” finner vi numera, å ena sidan en äldre medicinsk geografi med påtagliga kopplingar till den rumsvetenskapliga kvantitativa traditionen inom kulturgeografi, och å andra sidan den yngre hälsogeografen som etablerades i samband med den kulturella vändningen under 1990-talet. Skulle vi i kursen särskilja dessa ämnestoretiska traditioner, och i så fall hur? På ytan tycktes det i litteraturen handla om val av ämnestoretiska grundbegrepp. Den mer sjukdomsorienterade medicinska geografien föredrog rumsbegreppet, vilket kontrasteras mot den ”nya” mer hälsoorienterade hälsogeografen med fokus på begreppet plats.

Samtidigt var vi förstås mycket väl medvetna om att det var länge sedan ämnesteorin i kulturgeografi kunde reduceras till val mellan ämnestoretiska begrepp som rum och plats. Frågan som kommer med ämnesposten är naturligtvis vilken typ av rumsteori och vilken platsteori det handlar om. I vår egen planering var vi angelägna om att kursen skulle förmedla en hälsogeografi som var uppdaterad i relation till aktuell ämnesutveckling i kulturgeografi. Därmed började vi kartera och överväga ämnestoretiskt innehåll utifrån sådant som till exempel; ”non-representational theory”, affektteori, icke-människor (”more-than human geographies”), topologiska teorier om rum och plats, relationella geografier och tillblivelseontologier, ”assemblage theory”, och materiell handlingsförmåga (”non-human agency”).

Detta skall inte förstås som att vi därmed var ute efter att ge en avancerad teorikurs. Faktum är att områdena ovan speg-

lar mycket av det ämne-teoretiska innehållet i boken *Non-representational theory and health: the health in life in space-time revealing* (Andrews 2018) som sedermera kom att ingå som kurslitteratur. I perspektiv av kursens första lärandemål, ”redogöra för centrala ämne-teoretiska begrepp i hälso-geografi”, så innebar kraven på ett aktuellt ämne-teoretiskt innehåll därmed att redogörelsen för centrala begrepp i alla fall inte på något enkelt sätt kunde reduceras till att handla om rumsliga utfall av, eller ”platsliga” förutsättningar för, hälsa/ohälsa. Detta leder oss över till nästa lärandemål.

Lärandemål 2: ”Analysera geografiska och rumsliga aspekter av hälsa”

Detta lärandemål uttrycker nästa steg i vad vi tänkte oss som en ganska traditionell kursprogression. Först får studenterna lära sig ämnesgrunder i form av centrala ämne-teoretiska begrepp i hälso-geografi, och därefter är det dags för dem att ”tillämpa” dessa på något sätt. I detta fall utgörs tillämpningen av den kognitiva operationen ”analysera”, som är ett steg upp i den Bloomska taxonomin jämfört med ”redogöra”.

Att ”analysera geografiska och rumsliga aspekter” är en klassisk formulering som en geograf alltid kan använda sig av, oavsett om kunskaperna handlar om hälsa eller något annat. Samtidigt aktualiserade lärandemålet den konstruktiva länkningen till lärandemål 1. Som framgått så placerade vi ”centrala begrepp” (enligt lärandemål 1) i ett bredare kulturgeografiskt perspektiv, och där vi eftersträvade anknytning till aktuell ämne-teoretisk utveckling i hälso-geografi. I kursplaneringen ställde vi oss frågor om vad som egentligen var rim-

ligt att kräva utöver en grundläggande insikt om de centrala begreppen. Javisst, tillgången till rent vatten är ojämnt fördelad även geografiskt/rumsligt, men hur uppstår hälsorelaterade vattenproblem som en konsekvens av topologiskt komplexa assemblage (”sammansättningar”) där människor och ”icke-människor” utbyter och genererar handlingsförmågor?

I vår kursplanering försökte vi i alla fall begränsa möjligheten för studenterna att uppfylla lärandemålet ”analysera geografiska och rumsliga aspekter av hälsa” genom att reducera dessa till vad som traditionellt ofta har hanterats som hälsans geografiska/rumsliga utfall eller dess geografiska förutsättningar. Som Folkhälsomyndigheten uttrycker det så är en sådan hälso-geografi snarast:

en metod för att visuellt visa olika slags information och data om hälsa kopplat till en geografisk plats. Studier visar att hälsa och förutsättningar för hälsa är ojämnt fördelad och då kan hälso-geografi vara en metod för att kartlägga och visa på dessa skillnader” (<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/miljohalsa-och-halsoskydd/samhallsplanering/halso-geografi/>, åtkomst 12 december 2020)

Samtidigt hade vi försökt ha det hälso-geografiska ämnesfönstret relativt öppet, och därmed inbjudit till en variation i bestämningen av ”geografiska och rumsliga aspekter”. I dagens hälso-geografi är det möjligt att analysera geografiska aspekter av kroppens för-kognitiva relationer inom den affektiva domänen med hjälp av ”non-representational theory”. Men det är även möjligt att analysera rumsliga aspekter av hälsa

och kapitalism, till exempel genom att uppmärksamma det moderna jordbrukets geografier som skapar rumsliga förutsättningar för zoonoser (sjukdomar som smittar från djur till människor). Dessutom hittar vi inom dagens hälsogeografi även många exempel på en slags re-vitaliserad medicinsk geografi som kan handla om biopolitikens rumsligheter likaväl som om icke-människornas biogeografier (till exempel ”coronaviruset”). I kursplaneringen tänkte vi oss att det här fanns stora möjligheter att utnyttja studenternas befintliga kunskaper och intressen inom naturvetenskapliga delar av hälsoområdet. Den som till exempel är utbildad farmaceut har då möjlighet att analysera geografiska och rumsliga aspekter av läkemedelsproduktion och konsumtion, inklusive antibiotikaresistensens hälsogeografiska konsekvenser.

Lärandemål 3: ”Identifiera konsekvenser av planetära klimatförändringar i Antropocen för människors hälsogeografier”

En av de pedagogiska förutsättningarna vi hade att ta hänsyn till i kursplaneringen var att det hälsovetenskapliga masterprogrammet, i vilken kursen skulle komma att ingå, har klimathandling (”climate action”) som en värdegrund. För vår del innebar detta att vi började laborera med möjligheterna att knyta hälsogeografi till klimat. Ett alternativ var att uppmärksamma den traditionella inriktningen inom hälsogeografi, den som på olika sätt studerar (o)hälsans beroende av externa faktorer som vi finner i miljö, omgivning, plats, och rum. I dessa kan vi hitta sådant som luftföroreningar, sanitära förhållanden, bakterier, eller ”gröna rums” betydelse för hälsa och ohälsa.

Allt detta är naturligtvis alldeles centralt för människors hälsogeografier, men det är samtidigt så att ”klimat” introducerar en delvis helt annorlunda problematik, till och med en annan typ av geografi om man så vill. I geografisk terminologi kan vi säga att vi genom den aktuella klimatsituationen konfronteras med en ny skala – den *planetära*. Men när vi själva sökte efter hälsogeografisk litteratur inom detta område så stod väldigt lite att finna om just ”det planetära och hälsa”. Vi kunde inte heller identifiera hälsogeografisk litteratur som på något substantiellt sätt uppmärksammade Antropocen i ett hälsoperspektiv. Vi började därför tänka i termer av att vi befann oss på relativt obruten hälsogeografisk mark, och att vi i någon mening även kunde ge ett slags bidrag genom att inkludera Antropocen i lärandemålet.

Antropocen är det föreslagna namnet på en ny geologisk epok, och innebär i sin essens att människan definieras utifrån att vara en kollektiv geo-kraft. I egenskap av denna kraft påverkar människan Jordsystemets funktioner. Denna ”geologiska människa” är därför någon annan än den vi hittills förgivet-tagit i geografiämnet, det vill säga människan som en geografisk varelse som påverkar, och påverkas av, jordytans landskap och platser. Antropocen blir därmed även ett sätt att begreppsliggöra det planetära. I och med att vi nu har att göra med en relation till ett helt Jordsystem så utmanas den traditionella hälsogeografins bundenhet till jordytans geografiska och rumsliga differentiering. Med andra ord så blir den moderna geografins ”jordytmosaik” överlagrad med en planetär dimension.

Lärandemål 3, att ”identifiera konsekvenser av planetära klimatförändringar i

Antropocen för människors hälsogeografier”, kan därmed ses som ett uttryck för vår ambition att introducera denna planetära problematik i ett hälsogeografiskt perspektiv. Därigenom aktualiseras även en slags ny konflikt mellan ”det planetära” i relation till ”det globala” som ofta präglat förståelsen inom hälsoområdet. Följaktligen handlar ”global hälsa” företrädesvis om (o)hälsans olika sociala dimensioner, vilka begreppsliiggörs genom att på olika sätt utgå från, eller hänvisa till, ”det globala”. (O)hälsan är ojämnt fördelad globalt, och av det följer att hälsoarbetare därmed kan sträva efter att stärka marginaliserade grupperns hälsa, eller verka för att motverka den neoliberalisering som genererar hälsoskillnader genom att varugöra hälsa till en produkt att konsumera på den fria marknaden. Som kontrast tar det planetära oss istället till Jordsystemets klimatförutsättningar. (O)hälsa är därmed även intimt relaterat förlorad biodiversitet, smältande glaciärer, ökande halter av atmosfärisk koldioxid, stigande temperaturer, och allt annat som är av betydelse för människans jordliga hälsogeografier och den fortlevnad som dessa möjliggör. Allt det som är eftersträvansvärt i global hälsa blir så konfronterat med sådant som de jetströmmar som alltmer meandrar, och som leder till extremt väder på de platser där jordbruket är beroende av relativt stabila klimatförutsättningar.

Avslutning – planetär hälsa och planetärt klimathälsonödläge

Så här mot slutet kan vi nu lägga till att berättelsen om vår kursplaneringsprocess egentligen även innefattar ett ytterligare steg. Alla som arbetat med kursplane-

ring på ett universitet vet att det inte sällan handlar om att under en mycket begränsad tid ta fram en kursplan som uppfyller de formella kraven för att bli godkänd av någon form av kursplaneutskott. Så var det även för oss. Men sedan kom nästa steg. Vi behövde återvända till kursplanen, men nu i syfte att operationalisera denna till undervisningsmoment, examinationer, och mer precisa litteraturanvisningar för den kurs som skulle genomföras vårterminen 2020.

När vi inledde vår undervisningsplanering hösten 2019 kom vi i kontakt med ett område som vi inte tidigare känt till – ”planetär hälsa”. Detta visade sig vara ett relativt nyetablerat område, med transdisciplinära förtecken, och som dessutom var fokuserat precis på det som vi själva hade börjat att identifiera som en påtaglig brist i existerande hälsogeografi. ”Planetär hälsa” handlade nämligen specifikt om det ömsesidiga beroendet mellan ”människans hälsa och planetens hälsa”. Vi blev även varse om att det sedan 2017 till och med fanns en egen tidskrift som var inriktad just mot planetär hälsa (The LANCET Planetary health). Genom denna upptäckt kunde vi inte bara lägga till värdefull kurslitteratur. Faktum är att kursen i mångt och mycket kom att präglas av ett undersökande av mötet mellan hälsogeografi och planetär hälsa. Både vi och studenterna tvingades därmed att konfronteras med utmaningen att försöka artikulera och utveckla en planetär ”klimatrelevant” hälsogeografi som på allvar fokuserar på relationen mellan människors hälsa och planetens hälsa. I detta möte kunde vi förvisso allmänt luta oss tillbaka på Antropocen och den hälsoproblematik på planetär skalnivå som därmed introduceras. Men litteraturen var begränsad. Som exempel kan nämnas att bo-

ken *Health in the Anthropocene: living well on a finite planet* (Zywert & Quilley 2020) ännu inte var utgiven. Och vi väntar fortfarande på en motsvarande bok i hälsogeografi med planetär inriktning.

När vi arbetade fram kursplanen, vilken fastställdes 2019-04-17, var vi själva knappt medvetna om den då pågående formella etableringen av det som nu kallas "klimatnödläge". Detta begrepp accelererade i dignitet under 2019, och i november samma år utlyste EU klimatnödläge. Spolar vi fram bandet i tiden så utlyste Kalmar kommun klimatnödläge i oktober 2020, vilket är av lite extra betydelse för oss eftersom kursen ges vid Campus Kalmar. När dessa rader skrivs (13 december 2020) har FN:s generalsekreterare alldeles nysst uppmanat alla världens länder att deklarerat klimatnödläge.

När vi under hösten 2019 påbörjade vår kursplanering var vi förvisso väl medvetna om att Världshälsoorganisationen (WHO), åtminstone sedan 2015, har karakteriserat "climate change" som vår tids "största hälsohot". Men detta är inte alls samma sak som att utlysa ett "klimathälsonödläge" där den helt avgörande faktorn handlar om relationen mellan människans och planetens hälsa. Frågan som här och nu kan ställas är varför WHO inte utlyser ett "klimathälsonödläge" på motsvarande sätt som när man utlyste internationellt hälsonödläge på grund av coronaviruset i januari 2020. Mot denna bakgrund skulle vi

nu kunna argumentera för att *den största och viktigaste utmaningen för all hälsogeografi är att utveckla sätt att hantera det planetära klimatnödläget just på grund av att detta samtidigt är ett planetärt hälsonödläge*.

"Vårt hus brinner!" Det är en formulering som Greta Thunberg, bland andra, använder sig av för att beteckna vår planetära klimatsituation. Denna innebär att vi nu, och väldigt väldigt snabbt, behöver utbilda hälsogeografer och hälsoarbetare som kan artikulera innebörder och samband mellan hälsa och klimat på planetär skalnivå. De behöver också kunna "klimatagera" och klimatomobilisera i enlighet med dessa kunskaper. I vidare mening stannar inte det planetära uppdraget vid det fängsel som avgränsar det hälsogeografiska subdisciplinära territoriet. Den som är geograf vet mycket väl att den klassiska översättningen av geografi är "jord(be)skrivning". Skillnaden nu, när vi lever i Antropocen och där det råder planetärt klimat(hälso)nödläge, är att Jorden i realtid också skriver oss.

Referenser

- Andrews, Gavin C (2018). *Non-representational theory and health: the health in life in space-time revealing*, Routledge, London och New York.
- Zywert, Katherine & Quilley, Stephen [red] (2020) *Health in the Anthropocene: living well on a finite planet*, University of Toronto Press, Ontario.

Martin Gren, Institutionen för kulturvetenskaper, Linnéuniversitetet
E-post: Martin.Gren@lnu.se

Kristina Tryselius, Institutionen för hälso- och vårdvetenskaper, Linnéuniversitetet
E-post: Kristina.Tryselius@lnu.se