

Genusperspektiv på medicinen

– två decenniers utveckling
av medvetenheten om kön
och genus inom medicinsk
forskning och praktik

av Anne Hammarström

Högskoleverket • Luntmakargatan 13 • Box 7851, 103 99 Stockholm
tfn 08-563 085 00 • fax 08-563 085 50 • e-post hsv@hsv.se • www.hsv.se

**Genusperspektiv på medicinen
– två decenniers utveckling av medvetenheten om kön
och genus inom medicinsk forskning och praktik**

Utgiven av Högskoleverket 2005, andra upplagan

ISBN 91-85027-22-7

Författare: **Anne Hammarström**

Grafisk form: Högskoleverkets informationsavdelning, Alexander Florencio

Illustrationer: © May Strandberg/BUS 2004

Foto: © Hatte Stiwenius/Mira/Samfoto AS

Tryck: Lenanders Grafiska, Kalmar, november 2006, andra tryckningen

Tryckt på miljömärkt papper

Innehåll

Förord	5
Inledning	7
Begreppen kön och genus	7
Vad innebär ett genusperspektiv inom medicinen?	13
Nya frågor om betydelsen av kön och genus	13
Maktperspektiv	20
Genusteorier	25
Hur har genusforskningen utvecklats sedan 1980-talet?	37
Vilken är skillnaden mellan genusforskning och forskning om könsskillnader?	38
Svensk medicinsk genusforskning av idag	45
Kartläggning av medicinsk genusforskning i Sverige i dag	46
Könade arbetsmiljöer	52
Avslutande ord	57
Referenser	59

Förord

”Genusperspektiv på medicinen” är skriven av Anne Hammarström, professor i folkhälsovetenskap med inriktning mot genusforskning vid Umeå universitet. Det här är den åttonde titeln i serien om genusperspektiv som ges ut av Högscoleverket i samarbete med Nationella sekretariatet för genusforskning. Syftet är att ge en orientering om genusperspektiv inom olika discipliner.

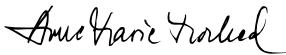
Krav på genusperspektiv i utbildning och forskning möter ofta motfrågan: vad är genus och vad är genusperspektiv? Ett givet och entydigt svar finns inte, eftersom genusforskare inom olika ämnen har olika syn på hur begreppen bäst definieras och används.

Anne Hammarström menar att genusforskningen med sitt reflekterande och kritiska förhållningssätt och med sin starka förankring i vetenskapsteoretiska skolbildningar har mycket att bidra med till den medicinska forskningen. Att lägga ett genusperspektiv på medicin kan t.ex. innebära att ställa nya frågor om hur kvinnors och mäns olika villkor i samhället påverkar deras hälsa, att analysera genusrelaterade maktrelationer i mötet mellan patienter och vården eller att utveckla förklaringsmodeller till varför kvinnors symptom bedöms vara mer diffusa än männens symptom.

Vi hoppas att skrifterna kan väcka läsarens intresse för genusperspektiv på detta och andra områden.



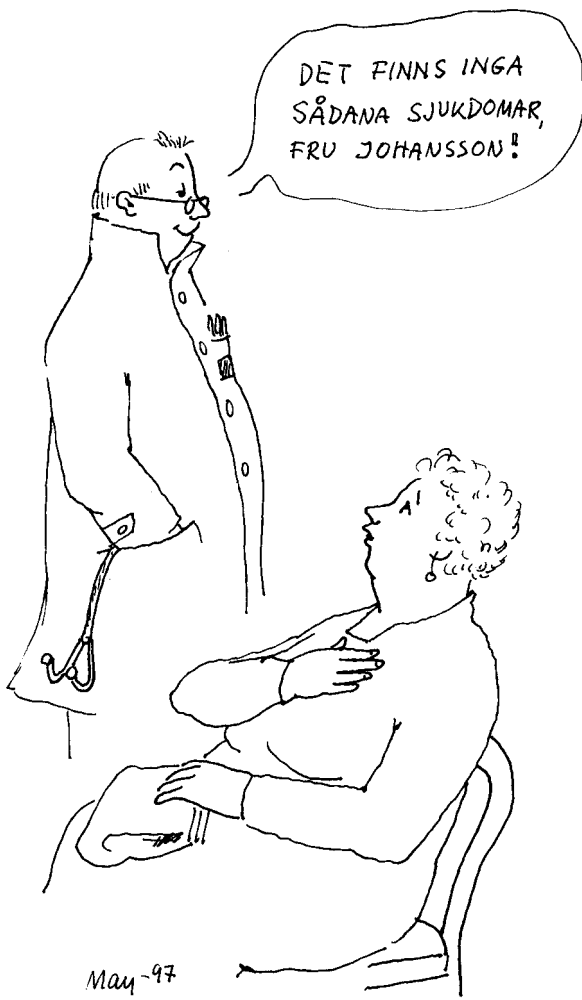
SIGBRIT FRANKE
Universitetskansler, Högscoleverket



ANNE-MARIE MORHED
Föreståndare, Nationella sekretariatet för genusforskning



BENGT WESTERBERG
Ordförande i Högscoleverkets jämställdhetsråd



May-97

Inledning

Idag skulle väl ingen läkare uttala sig som i bilden? Den här skriften ska handla om bland annat den frågan. Jag gör det genom att beskriva vad ett genusperspektiv kan innebära inom medicinen. Medicin utgör ett brett område som omfattar flera yrkesgrupper, förutom läkare också sjuksköterskor, sjukgymnaster, tandläkare, tandhygienister, arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker, logoped, kuratorer och psykologer. Mitt fokus ligger på genusutvecklingen inom läkarvetenskapen eftersom den var tidigast ute och eftersom jag känner till den bäst. Det innebär att jag i skriften inte går närmare in på den genusforskning som har utvecklats inom de andra medicinska områdena.

Skriften inleds med en beskrivning av begreppen kön och genus. Utifrån en fallbeskrivning analyseras vad ett genusperspektiv har inneburit och vad det kan innebära inom medicinen. Därefter behandlas frågan hur genusforskningen har utvecklats och skillnaderna mellan genusforskning å ena sidan och forskning om kvinnor och män å andra sidan. Avslutningsvis beskrivs pågående medicinsk genusforskning i landet. Syftet är att ge en introduktion till genusperspektiven inom medicinen som ska kunna användas av läkarstudenter, universitetslärare och andra intresserade som inte känner till medicinsk genusforskning särskilt väl sedan tidigare.

Begreppen kön och genus

När vi hör ordet kön tänker nog de flesta av oss i första hand på uppdelningen av befolkningen i två biologiska kategorier, kvinnor och män. Den biologiska definitionen av kön kan vid en första anblick te sig relativt okomplicerad. Män har könsorgan, kromosomer och könshormoner som skiljer

sig från kvinnors. Dessa könsskillnader mellan kvinnor och män betraktas ofta som naturliga och biologiskt givna. Men varje år föds barn vars biologiska kön inte går att avgöra vid födseln. När könstillhörighet inte går att bestämma utifrån könsorganens utseende blir andra kriterier centrala för att bestämma om det är en flicka eller pojke (Bergström 2004). Uppdelningen i biologiskt kön är således inte så okomplicerad som vi först tänker oss.

Det finns också andra biologiska skillnader mellan könen som inte är givna. Män har generellt sett större muskelmassa än kvinnor framförallt i de övre extremiteterna medan könsskillnaderna är mindre i nedre extremiteterna. Men vissa kvinnor har större muskelmassa än vissa män. När det gäller synen på genus och kropp brukar två olika modeller lyftas fram (Connell 1995). Den ena modellen har en strikt biologisk utgångspunkt och menar att kroppen kan liknas vid en maskin, där män är genetiskt programmerade för dominans (med bland annat stor muskelmassa). Den andra modellen ser kroppen enbart som en social konstruktion, där kroppen enbart påverkas av sociala processer. Kroppen kan i det perspektivet ses som en målning där vad som helst kan ritas. Connell tar avstånd ifrån dessa två deterministiska modeller och utvecklar en tredje modell, som utgår ifrån både biologi och sociala förhållanden. Han menar att den biologiska kroppen på ett komplicerat sätt påverkas av sociala processer. Så har exempelvis kroppsidealen och därmed muskel- och kroppsstorlek varit annorlunda bland kroppsarbetande män än bland medelklassmän med stillasittande arbete.

Kroppsformer och muskelmassa påverkas inte bara av olika ideal kopplat till genus och klass, utan även av etnicitet. I vårt västerländska samhälle råder kroppsidealen att män ska vara kraftiga och muskulösa, men i exempelvis

Malaysia finns ett starkt religiöst influerat mansideal där finlemmade kroppar anses vara mer i samklang med själslig utveckling än ett grövre kroppsideal (Peletz 1996).

Alla biologiska skillnader mellan kvinnor och män kan således inte betraktas som av naturen givna. Det finns ett samspel mellan biologi och kultur som behöver problematiseras. Begreppet genus introducerades på 1970-talet för att synliggöra att alla skillnader mellan könen inte kan betraktas som biologiska. Innan dess användes kön för att beteckna könsskillnader antingen de var biologiska eller sociokulturella.

Genus betyder det sociala könet och handlar om vad det innebär att vara kvinna eller man i olika samhällen. Vad innebär det att vara man i 2000-talets Sverige, jämfört med för en generation sedan? Vad innebär det att vara kvinna och universitetslärare i dagens Sverige, jämfört med att vara kvinna och lärare i talibanernas Afghanistan? Vi kan föreställa oss att vi som kvinnor och män påverkas både av olika regler (exempelvis att talibanerna förbjöd kvinnor att förvärvsarbeta, att farfar från Finland kallades in i kriget) och olika kvinno- och mansideal (exempelvis att vara tvungen att som kvinna bära burka eller att som man kriga).

Inom genusforskning talar vi om att olika manligheter och kvinnligheter skapas genom de ideal, normer och förväntningar som råder i samhället. Dessa ideal växlar beroende av tid och plats, vilket leder till att det skapas flera olika manligheter och kvinnligheter i varje samhälle och att dessa förändras över tid. Vi bidrar alla i olika sammanhang (som exempelvis läkare, föräldrar och vänner) till att skapa oss själva och omgivningen som kvinnor och män. Det engelska språket är här tydligare än det svenska när man talar om "doing gender" i verbform.

Medan genusforskningen inom samhällsvetenskap och humaniora kan koncentrera sig på det sociala könet så måste den medicinska genusforskningen, med sin kroppsnära praktik, handla om både det sociala och det biologiska könet. Det som har varit särskilt viktigt är att lyfta fram samspelet mellan dessa, dvs. hur det biologiska könet påverkar det sociala och hur det sociala könet i sin tur kan påverka det biologiska. Ett exempel på hur det biologiska könet kan påverka det sociala könet är hur effekten av de



biologiska könsskillnaderna i muskelfibrer tolkas i vårt samhälle. När man inom idrotten säger att kvinnor inte tar i tillräckligt eftersom de inte verkar anstränga sig lika mycket som män, kan det bero på biologiska könsskillnader i muskelfibrer. Skillnaderna i muskelfibrer kan leda till att kvinnor utsöndrar mindre mjölksyra än män vid maximal ansträngning och att det därmed ser ut som om de tar i mindre än män, vilket i själva verket inte är fallet (Henriksson-Larssén 1995).

Att det sociala könet kan få konsekvenser för och därmed påverka olika delar av det biologiska könet framgår på ett konkret sätt om vi analyserar efterfrågan på olika plastikoperationer i vårt västerländska samhälle. Här ser vi tydligt hur kvinno- respektive mansideal ligger bakom olika operativa förändringar av kroppen såsom bröstförstoringar bland kvinnor och muskelförstoringar bland män (exempelvis musculus pectoralis major). Detta är ett exempel på hur socialt och kulturellt skapat genus kan få biologiska konsekvenser vad gäller kroppens utseende.

Vad innebär ett genusperspektiv inom medicinen?

Vad betyder det att ha ett genusperspektiv inom medicinen jämfört med att inte ha det? Vilken betydelse har den medicinska genusforskningen haft sedan sin start i början av 1980-talet? Bägge dessa frågor ska illustreras med en fallbeskrivning från mitten av 1980-talet. Utifrån denna fallbeskrivning ska tre huvudområden lyftas fram, som alla är viktiga delar av ett genusperspektiv inom medicinen.

Signe är en tidigare väsentligen frisk 64-årig kvinna som sedan någon dag besväras av attacker av stickningar i bröstet som inte är ansträngningsrelaterade, lite domningar ut i höger arm kombinerat med illamående. Hon söker akut men skickas hem eftersom EKG liksom den kliniska undersökningen i stort sett är normala. Nästa dag uppsöker hon en vårdcentral eftersom attackerna kommer oftare. Därifrån remitteras hon till sjukhus, där hon läggs in några dagar under diagnos ”ospecifika bröstsmärtor”. Återigen är den kliniska undersökningen, EKG och laboratorieprover (hjärtenzymerna ALAT och ASAT, kolesterol, blodsocker m.m.) väsentligen normala. Några dagar efter hemkomsten dör hon hastigt i vad som visar sig vara en utbredd hjärtinfarkt.

Nya frågor om betydelsen av kön och genus

Ett genusperspektiv på medicinen innebär att ställa nya frågor om vilken betydelse kön och genus har i olika sammanhang. Var det en tillfällighet att det var en kvinnas hjärtsjukdom som inte upptäcktes inom vården? Kan vi se ett systematiskt mönster här?

Mannen som norm

Redan i mitten av 1980-talet lyfte medicinska genusforskare fram betydelsen av den manliga normen inom medicinen. Det visade sig att forskning om hjärtkärlsjukdomar framför allt hade utförts på män, och att slutsatser sedan dragits av dessa studier till att gälla även kvinnor (Björkelund o.a. 2001). Hur fel detta kan bli, kan illustreras med fallet Signe. Det var kanske så att hennes riskfaktorer för hjärtinfarkt aldrig upptäcktes på ett tidigt stadium, eftersom riskfaktorforskningen fram till början av 1990-talet framför allt inkluderade män i studierna. Så visade exempelvis forskning på 100 000-tals män att kolesterol var en riskfaktor för hjärtkärlsjukdomar. När forskningen utfördes på kvinnor var bilden inte lika entydig. Forskare från Göteborg visade att ett annat blodfett (triglycerider) kunde vara en starkare riskfaktor för kvinnor (Bengtsson 1989).

När Signe sedan insjuknade i sin svåra kärlekskramp som senare ledde till hjärtinfarkt, passade hon inte in i bilden av den manliga kärlekskrampspatienten. Omfattande studier hade visat att hjärtkärlsjukdomar var vanligare bland män än bland kvinnor. När nya studier gjordes som även inkluderade kvinnor och åldersgrupper över 65 år så visade det sig att hjärtkärlsjukdomar är en vanlig dödsorsak även bland kvinnor, men kvinnor får hjärtinfarkt i genomsnitt tio år senare än män. Orsakerna till att kvinnor insjuknar senare är okända.

När Signe sökte vård hade hon inte de klassiska symtomen på kärlekskramp med ansträngningsrelaterad trånghets-känsla i bröstet som släpper i vila. Hon stämde helt enkelt inte in i bilden av en akut hjärtsjuk patient. Senare forskning har visat att kvinnors symtom vid kärlekskramp och hjärtinfarkt kan (men behöver inte) vara annorlunda än mäns. En tänkbar förklaring till de olika symtomen bland kvinnor

jämfört med män kan vara könsskillnader i hur syrebristen i hjärtat uppkommer (Braunwald o.a. 2001). Bland kvinnor ses oftare isolerade fibrösa beläggningar medan män oftare har mer utbredd åderförkalkning. EKG-bilden kan därigenom också skilja sig mellan könen. Ytterligare en förklaring kan vara att kärllampen och infarkten beror på en spasm i blodkärlen och att denna spasm är vanligare bland kvinnor än bland män. Spasm kan leda till andra symtom och i vissa fall också till normal EKG-bild liksom normala fynd vid arbetsprov och röntgen av hjärtats kranskärl.

Avsaknaden av klassiska symtom och normala undersökningsfynd¹ kan vara orsaken till att Signes hjärtsjukdom inte diagnostiserades och att hon således inte heller fick någon behandling för sin kärllamp.

Ett flertal studier har påvisat att kvinnor har fått mindre aktiv behandling vid svår kärllamp och vid hjärtinfarkt än män. Därigenom blir också prognosen sämre för kvinnor. När diskussionerna om denna genusbias (dvs. felaktig behandling på grund av könstillhörighet) tog fart under 1990-talet utifrån studier utförda huvudsakligen i USA, menade många att någon liknande felbehandling inte fanns i vårt jämställda land. Men en forskargrupp i Göteborg kunde i en studie av kvinnor och män med hjärtinfarkt konstatera att kvinnorna i mindre utsträckning än männen fick behandling med adekvata mediciner (Dellborg & Svedberg 1993). Studiens resultat ledde till ökad medvetenhet om genusbias och mer aktiv medicinering av kvinnor med hjärtinfarkt vid medicinkliniken på Sahlgrenska sjukhuset. När studien följdes upp några år senare hade medicinanvändningen ökat så mycket bland kvinnor att köns-

1. Hjärtenzymer som användes på 1980-talet var inte lika känsliga som de som används i dagens diagnostik av syrebrist i hjärtmuskeln

skillnaderna var utplånade (Johanson o.a. 1999). Exemplet visar att det går att motarbeta genusbias. Den medicinska genusforskningen har lett till ökad medvetenhet om genusbias vid hjärtkärlsjukdomar. Det innebär förmodligen att om Signe hade levt idag, skulle hennes kärlekskramp ha diagnostiserats och behandlats, och därigenom skulle hjärtinfarkten ha kunnat förebyggas.

Konsultationen

Hur upplevde Signe mötet med vården? Hur kändes det att må dåligt men inte få någon egentlig hjälp? Ett genusperspektiv på medicinen innebär också att ställa nya frågor om betydelsen av genus i mötet mellan patient och vårdgivare. Skulle Signe ha fått ett annat bemötande om hon hade träffat fler kvinnliga läkare? Internationella studier visar att jämfört med manliga distriktsläkare så engagerade sig kvinnliga distriktsläkare mer i kommunikationen med patienten (Roter o.a. 2002). Kvinnliga läkare gav mer tid åt patienten, de ställde fler frågor om psykosociala förhållanden och hade ett mer positivt förhållningssätt till patienten. Dessa skillnader i konsultationen kan bero på hur vi som läkare skapar oss själva som kvinnor respektive män i samspel med kvinnliga och manliga patienter som har olika förväntningar beroende på om läkaren är en kvinna eller man (Hammarström 1997).

Bland gynekologer sågs inga skillnader mellan manliga och kvinnliga läkare. Detta tolkas som att manliga gynekologer måste anstränga sig mer för att få god kommunikation med patienterna, eftersom forskning har visat att kvinnor tycks föredra kvinnliga gynekologer (Roter o.a. 2002). Resultaten tyder på att kommunikationsförmågan går att påverka.

Medikalisering

En annan fråga handlar om hur sjukvården medikaliserar patienter genom att ta över tidigare inte behandlingskrävande tillstånd, såsom klimakteriet (Hovellius o.a. 2000). Genom historien har den medicinska vetenskapen använts för att hålla människor på plats. Karin Johannisson (1994) beskriver situationen under slutet av 1800-talet, då kvinnorörelsen växte sig stark. Den medicinska vetenskapen var ett av de främsta vapnen i kampen mot kvinnors rättigheter. Genom att vetenskapligt slå fast att kvinnors reproduktiva förmåga var hotad av tankearbete kunde kvinnors intellektuella strävanden hållas tillbaka. Läkarvetenskapen bidrog också till att sjukliggöra och medikaliserar medelklasskvinnor genom olika diagnoser (där t.ex. orkeslöshet diagnostiserades som asteni) och farmaka, vilket också bidrog till att bromsa kvinnorörelsens krav.

Idag bidrar läkemedelsindustrins strävan efter vinster till sjukvårdens ökande medikalisering av människor. Om Signe hade kommit i klimakteriet i början på 1990-talet hade hon förmodligen rekommenderats östrogener eftersom det då bedrevs en aggressiv kampanj för att kvinnor i klimakteriet skulle medicineras. När studier nu publiceras över de allvarliga medicinska riskerna med östrogener rasar kvinnoorganisationer över att de känner sig lurade av vården². Kravet på mer genusundervisning av blivande läkare växer.

Ojämlika livsvillkor

En annan orsak till att långtidsprognosen vid hjärtinfarkt är sämre bland kvinnor än bland män kan ha att göra med

2. DN-debatt 2003-08-18. Charles A., Ingvardsson M., Ternström S. Slumpen avgör kvinnors vård

kvinnors och mäns olika livsvillkor. Hur hade Signe det när hon kom hem ifrån sjukhuset? Sjukskrevs hon eller gick hon direkt tillbaka till arbetet? Hur hälsosamt var hennes arbete som vårdbiträde inom äldreården? Fick hon den vila hon behövde efter arbetsdagens slut? Eller bar hon huvudansvaret för hushållsarbetet (inköp, matlagning, diskning, städning, klädtvätt m.m.)? Och vilka emotionella krav fanns det på henne i form av att ta hand om maken, hjälpa till med barnbarnen, komma ihåg födelsedagar och hålla kontakt med släkt och vänner?

Ett genusperspektiv på medicinen innebär att vara medveten om kvinnors och mäns olika livsvillkor (Carlstedt 1992) och vilken betydelse dessa kan få för hälsan.

Genus på strukturell nivå

Genus är inte framförallt ett individuellt karaktistikum utan genomsyrar hela samhället. Ett genusperspektiv inom medicinen innebär att ställa frågor om hur relationerna mellan kvinnor och män i samhället påverkar kvinnors och mäns liv och hälsa. Det finns i varje samhälle en genusordning som handlar om fördelningen av förvärvsarbete, hemarbete, ekonomiska resurser, beslutsfattande och känslomässiga bindningar mellan kvinnor och män (Connell 1987). På en strukturell nivå leder denna fördelning till att män får privilegier på kvinnors bekostnad.

När det gäller fördelningen av förvärvsarbete så visar Statistiska centralbyråns senaste rapport (2004) att kvinnor och män förvärvsarbetar i ungefär samma utsträckning, men fler män jobbar heltid medan kvinnor gör mest av det obetalda hemarbetet. Kvinnors deltidarbete verkar vara en förutsättning för att de ska orka med det obetalda hemarbetet.

Deltidsjobbet är en orsak till att kvinnors ekonomi är sämre än mäns. Men även vid heltidsarbete i samma jobb har män högre lön. Kvinnliga läkares förening anlidade SCB för att kartlägga könsrelaterade löneskillnader bland läkare. Analysen omfattade alla landstingsanställda läkare i landet år 1999 och visade att könsskillnader finns redan på AT-nivå (där män tjänar cirka 200 kronor mer per månad) för att sedan bli allt större till männens fördel ju högre upp man kommer i hierarkin³. På chefsnivå tjänar män cirka 2 400 kronor mer per månad.

Som läkare är det viktigt att fråga patienterna om deras obetalda arbete. Vilken är deras faktiska arbetsinsats och vilken betydelse får detta för deras hälsa? Vi bör också vara medvetna om sambanden mellan dålig ekonomi och den ekonomiska stress och ohälsa som detta kan leda till (Rantakeisu o.a. 1999).

Ojämlig fördelning av beslutsfattande mellan kvinnor och män kan ses i bland annat förvärvslivet, där män oftare befinner sig i beslutande positioner. Omfattande forskning har dokumenterat sambanden mellan lågt beslutsutrymme kombinerat med höga krav i arbetet och ohälsa i form av hjärtkärlsjukdom och psykisk ohälsa (Karasek & Theorell 1990). Utvecklingen i västvärlden under de senaste åren har gått i riktning mot att alltfler kvinnor hamnar i en arbetssituation som karakteriseras av just höga krav och lågt beslutsutrymme.

Kvinnor är olika, män är olika

Ett genusperspektiv på medicinen innebär att ställa nya frågor om riskerna med att lyfta fram hälsoskillnader mellan könen. Den medicinska genusforskningen har visat att olik-

3. Karolina nummer 1 och 2, 2001.

heter inom gruppen kvinnor och inom gruppen män måste uppmärksammas, så att vi inte generaliserar forskning till att gälla alla kvinnor eller alla män. Kvinnor är sinsemellan olika på grund av framförallt social, kulturell och etnisk bakgrund, i-lands- eller u-landstillhörighet, religion, sexuell läggning och ålder. Detsamma gäller män.

Signe hade troligen haft mindre risk att dö i hjärtinfarkt om hon hade varit distriktssköterska, sjukgymnast eller läkare. Omfattande epidemiologisk forskning har visat att det både bland kvinnor och män finns en tydlig social gradient i ohälsa, i den riktningen att ju högre utbildning människor har, desto lägre är sjukligheten och dödligheten (Folkhälsorapport 2001). Orsakerna till socialt ojämlig hälsa är inte helt kartlagda, men är förmodligen en ackumulering av positiva händelser bland människor med hög utbildning. Dit hör tryggare uppväxt, färre ekonomiska problem, större sociala nätverk, mer stimulerande arbetsmiljö med högre inflytande och bättre hälsovanor. Kvinnor som liksom Signe tillhör arbetarklassen har i genomsnitt fyra gånger så hög risk att insjukna i hjärtinfarkt som kvinnor med högre utbildning (Wamala 2001).

Maktperspektiv

Det andra område som har stor betydelse för ett genusperspektiv inom medicinen är analyser av maktperspektiv i förhållande till kön och genus. Det talas sällan om makt inom medicinen, trots att makt finns överallt och på alla nivåer. Motviljan mot att tala om makt och genus kan ha att göra med att moderna män och kvinnor inte vill betrakta sig som förtryckare respektive som förtryckta (Haavind 1985, Holmberg 1993).

Den postmoderna genusforskningen betonar att makt inte nödvändigtvis behöver vara förtryckande, eller komma

ovanifrån från en förtryckande grupp gentemot en förtryckt grupp (Hammarström & Ripper 1999). Tvärtom opererar makten i alla vardagliga sammanhang och i samtliga interaktioner mellan människor, där den strömmar i alla riktningar. Detta innebär till exempel att det i en undervisningssituation inte bara är läraren som har makt genom sin högre position; studenterna har också makt att påverka undervisningen genom sina frågor, sin kroppsställning eller genom att komma för sent.

Ett genusperspektiv inom medicinen innebär att ändra synen på kvinnor – från att betraktas som passiva objekt till att lyftas fram som aktiva och handlande subjekt. Ett aktörsperspektiv kan också användas för att ändra synen på patienter inom vården och att i konsultationen lyfta fram patienternas egna handlingar, strategier och tankar.

Vem bestämmer över forskningen?

Signes fall illustrerar frågan om makten över kunskapen. Vem bestämde att enbart män skulle ingå i exempelvis studierna om riskfaktorer för hjärtkärlsjukdomar? Eller för att göra frågan mer generell: Vem bestämmer över forskningen?

Medvetenheten om att även kvinnor måste inkluderas i forskningen har ökat dramatiskt, sedan kunskapen spridits om genusbias vid hjärtkärlsjukdomar. I USA infördes 1993 en speciell lagstiftning som innebär att det krävs att kvinnor och etniska minoriteter inkluderas i forskning på människor för att medel ska beviljas från det medicinska forskningsrådet NIH (National Institutes of Health). Sverige har ännu inte infört någon liknande rekommendation trots förslag från den statliga bemötandeutredningen (SOU 1996:133).

Att sådana rekommendationer fortfarande behövs framgår av en studie av ansökningar till en forskningsetikkommitté vid ett medicinskt lärosäte i landet. I den kommittén satt en medicinsk genusforskare som argumenterade för att ansökningar som endast inkluderade män skulle återremitteras med krav på motiv till varför kvinnor uteslöts (Söderström 2001). Tre huvudsakliga skäl lyftes fram i de svar man fick. Det första handlade dels om att skydda kvinnor från tester av nya mediciner som skulle kunna skada ett eventuellt foster, dels om att kvinnor äter p-piller, vilket kunde påverka metabolismen så att studien inte kunde genomföras. Söderström argumenterar att det självklart är viktigt att skydda fostret, men kvinnor måste bli betrodda att själva ta ansvar för sin fertilitet. Hon menar att eftersom merparten av djurförsök görs på handjur så saknas kunskap om hondjur och därmed om kvinnors fysiologi. Sedan kan man tillägga att även om en kvinna står på p-piller kan hon behöva andra mediciner.

NU HAR JAG BYTT KÖN
- MEN HUR KATTEN KAN
JAG BLI SLÄKT MED
SAKKUNNIGA?



May 98

Nästa två skäl som angavs talar för sig själva. Ett var att forskarna hade listor på män som redan undersökts och som var villiga att ställa upp igen. Det tredje skälet var ekonomiskt. Forskarna hade inte råd att även inkludera kvinnor i sina studier.

I en analys av vilka forskare som fick medel från Medicinska forskningsrådet kunde Agnes Wold och Christina Wennerås (1997) visa att för att få forskningsmedel måste kvinnor ha dubbelt så många vetenskapliga publikationer som män. Analysen fick stor uppmärksamhet och bidrog till att hela styrelsen fick avgå. Även i detta exempel kan vi se att ett genusperspektiv på medicinen kan leda till förändring. Några år senare hade könsskillnaderna i anslags-tilldelning upphävts.

Våld mot kvinnor

Ett genusperspektiv på medicinen innebär att synliggöra ohälsa som bottnar i ojämlika maktrelationer mellan könen, såsom mäns våld mot kvinnor. Den medicinska genusforskningen har haft avgörande betydelse när det gäller att lyfta fram betydelsen och hälsokonsekvenserna av det våld och de övergrepp som kvinnor utsätts för av framförallt sina makar, sambor och andra närstående män (Risberg 1994, Widding 1999).

Signe var kanske misshandlad av sin make? Kan i så fall Signes hjärtsjukdom ha orsakats av makens misshandel? Hälsokonsekvenserna av våld mot kvinnor är väldokumenterade (Risberg 1994). Varje läkare måste känna till dem, eftersom misshandlade kvinnor ofta själva inte berättar om våldet. De fysiska konsekvenserna omfattar alltifrån olika skador (på inre organ, frakturer, brännskador, skallskador, syn- och hörselskador), till kronisk smärta, högt blodtryck och hjärtkärlsjukdomar. Signes hjärtsjukdom kunde alltså

ha orsakats av misshandel. De psykologiska konsekvenserna av misshandel omfattar bland annat depression, sömnsvårigheter, ångestsyndrom, självdestruktivt beteende, missbruk och självmord. De reproduktiva komplikationerna är graviditet, sexuellt överförbara sjukdomar (inklusive hiv), skador i underlivet, missfall, barn med låg födelsevikt och för tidigt fött barn.

Inte förrän 2000 publicerades den första omfattande studien i Sverige av förekomsten av hot om våld samt fysiskt och sexuellt våld mot kvinnor från män (Lundgren o.a. 2000). Studien omfattar ett representativt urval av 10 000 kvinnor i landet och svarsfrekvensen var 70 procent. Studien visar att 28 procent av kvinnorna minst en gång efter sin 15-årsdag har utsatts för fysiskt våld medan 16 procent har utsatts för sexuellt våld av en man i en tidigare parrelation. I åldersgruppen 18–24 år hade 22 procent varit utsatta för våld av någon man (även män de inte hade någon relation med) det senaste året.

En avhandling inom området gynekologi och obstetrik visar liknande siffror (Widding Hedin 1999). Här följdes 207 gravida kvinnor med personliga intervjuer om partnermisshandel under graviditeten. Nästan var fjärde kvinna (24,5 procent) hade det senaste året blivit utsatta för hot, fysisk eller sexuell misshandel av sin partner.

I Norden används termen sexualiserat våld som en övergripande term för att beteckna olika slags våld mot kvinnor i samhället, såsom sexuella trakasserier, kvinnomisshandel, våldtäkt, sexuellt utnyttjande av barn, våldspornografi och prostitution. Begreppet är numera allmänt använt inom genusforskningen, eftersom företeelserna är besläktade och uttryck för ett strukturellt kvinnoförtryck.

Trots att våld mot kvinnor utgör ett så omfattande folkhälsoproblem har det förblivit ett osynligt fenomen i den

medicinska utbildningen och praktiken. Flertalet kvinnliga patienter tillfrågas fortfarande inte om de är utsatta för våld, trots att våld mot kvinnor enligt ovanstående studier verkar förekomma oftare än exempelvis rökning. Enligt senaste folkhälsorapporten (2001) rökte 19 procent av kvinnorna i vårt land jämfört med 18 procent av männen.

Tack vare att medicinsk genusforskning har synliggjort den medicinska betydelsen av mäns våld mot kvinnor har omfattande utbildningskampanjer genomförts bland hälso- och sjukvårdspersonal i början av 1990-talet. För att inte detta ska bli en engångssatsning och för att öka sjukvårdens diagnostik och handlingsberedskap i mötet med misshandlade kvinnor, behövs kontinuerlig fortbildning. Våld mot kvinnor har även börjat uppmärksammas bättre i läkarutbildningarna, åtminstone vid några av landets medicinska lärosäten.

Det behövs också forskning som vänder på frågan och studerar hur stor andel av alla män som har misshandlat sin partner. Och det behövs mer forskning som lyfter fram hur vanligt andra typer av sexualiserat våld i samhället är, exempelvis incest, prostitution, pornografi och trafficking (dvs. internationell handel för sexuellt utnyttjande i prostitution, bordellverksamhet och framställning av pornografi). Framförallt behövs det interventioner på samhällsnivå för att minska omfattningen av sexualiserat våld.

Genusteorier

Det tredje området som är av stor betydelse för ett genusperspektiv inom medicinen är att använda sig av genusteorier, för att bättre förstå exempelvis varför misshandlade kvinnor stannar kvar i relationen.

För att vi som läkare inom vården ska kunna hantera våld mot kvinnor måste vi ha kunskap om den teoriut-

veckling som finns och som visar hur en långvarig våldsrelation förändrar såväl den misshandlade kvinnan som den misshandlande mannen (Lundgren 1989). När våldet pågår under en längre tid sker en normaliseringsprocess, som innebär att våldet successivt blir en ”normal” del av kvinnans och mannens vardag. Både kvinnan och mannen förändras i takt med att våldet fortsätter och eskalerar. För kvinnans del innebär detta att våldet och hotet om våld blir en djup integritetskränkning som smular sönder hennes självkänsla. I sin strategi att överleva anpassar hon sig till misshandeln. Hon kan till och med lägga skulden för misshandeln på sig själv och se det som riktigt att hon blir slagen. Hon tar därigenom över mannens syn på henne som en dålig kvinna. Samtidigt känner hon skuld och skam över sin situation och över att hon inte bryter sig ur den destruktiva relationen.

Normaliseringsprocessen intensifieras av att mannen isolerar och försöker ta kontroll över kvinnan, samt att han växlar mellan våld och värme. Kvinnans reaktion är ett sätt att hantera vanmakten över att vara hotad och misshandlad till kropp och själ, av den man hon har eller har haft en känslomässig relation till. Detta sker på den plats som borde vara trygg, nämligen hemmet. För att leva vidare tar kvinnan fasta på de tillfällen då hon utsätts för mindre våld (Flobecker & Hammarström 1998).

Även den misshandlande mannen förändras i denna våldsprocess. Hans manlighet skapas genom att via våld ta kontroll över kvinnan. Sexualiteten blir nära förknippad med misshandel och inte sällan avslutas den fysiska misshandeln med en våldtäkt.

Det ligger utanför ramen för den här skriften att ta upp frågan om hur vi som läkare hanterar misshandlade kvinnor och misshandlande män. Här är i stället tre webbadres-

ser som tar upp frågan: www.akademiska.se/rkc, www.alternativtilvold.no och www.man-net.nu.

Oförklarade symtom

Teorier är också viktiga för att förstå varför Signes symtom betraktades som diffusa, när de i själva verket var tecken på en dödlig sjukdom. Här kommer vi tillbaka till det inledande citatet i denna skrift: ”Det finns inga sådana sjukdomar, fru Johansson”.

När Signe möter vårdens uppstår det en kollision mellan henne som uttrycker symtom och läkarna som söker efter objektiva tecken på sjukdom utan att finna några. Den norska professorn i allmänmedicin och medicinsk genusforskning, Kirsti Malterud (2000), har visat hur problematiskt det blir när patienters (särskilt kvinnliga patienters) sjuklighet många gånger inte låter sig klassificeras in i någon diagnos. Läkaren som möter Signe skapar med sin medicinska blick en bild av att Signe inbillar sig eftersom hon känner sig sjuk utan att objektiva tecken på sjukdom kan påvisas. Bilden av en hjärtsjuk patient inom medicinen har också länge varit en man, så läkarna förväntade sig inte att Signes symtombild skulle kunna vara en hjärtsjukdom.

Kan det vara så att Signes läkare hade med sig en egen bild av medelålders kvinnor som psykiskt instabila och att denna bild stängde av intryck (exempelvis hur dåligt Signe mådde) som läkaren borde bygga sin diagnos på? I Signes fall trodde sig läkaren veta att hennes symptom orsakades av psykiska orsaker, trots att ingen närmare utredning gjordes av dessa. På så sätt styrdes läkarens medicinska blick av skyggglappar som var stängda för kunskap som inte läkaren förväntar sig att få. Den medicinska blicken ger läkaren makt att definiera diagnosen, oberoende av patientens upplevelser. Inom medicinen dominerar en positivistisk kun-

skapssyn, som innebär att ett symtom måste kunna mätas objektivt för att en diagnos ska kunna sättas.

Om andra synsätt på kunskap används kan vi få bättre omhändertagande av patienter vars symtombild inte stämmer in i någon diagnos. En större öppenhet för att diagnoskriterierna inte passar in på alla patienter skulle kanske ha räddat Signes liv. Ett viktigt steg är att ändra benämning från "diffusa symtom" till att kalla dem "hittills oförklarade symtom". Därigenom visar vi patienten och oss själva att det är vi läkare som i dagsläget saknar kunskap om symtomen. I stället för att psykologisera patienten lägger vi skulden på medicinen och dess brist på forskning om vad dessa symtom betyder.

Detta är viktigt eftersom patienter som inte kan få någon medicinsk diagnos utgör en stor grupp av alla patienter inom vården. En kvalitativ studie av kvinnor med långvarig värk i rörelseorganen visar att kvinnorna kände sig nonchalerade, förlöjligade samt avvisade av doktorn och att de därför kände misstro gentemot läkarna (Johansson o.a. 1996). Deras försök att diskutera och ifrågasätta doktors antaganden möttes med rättelser och mästrande kommentarer såsom: "Det är rent nonsens."

Nya frågor i konsultationen

Utifrån teoriutvecklingen om patienter med oförklarade symtom har nya metoder utvecklats för att ge patienterna en bättre position i konsultationen.

Malterud (1994) har utvecklat följande nyckelfrågor och en hälsoresursfråga (Hollnagel & Malterud 2000), i syfte att skapa en bättre relation mellan doktorn och patienten.

- Vad skulle du egentligen allra helst vilja att jag hjälpte dig med idag?
- Vad tror du egentligen själv att problemen beror på?

- Vad har du tänkt att jag borde göra med det – för det har du säkert funderat på innan du kom hit?
- Vad har du hittills funnit vara det bästa du själv kan göra med besvären?
- Vi kan inte enbart tala om dina problem. Jag vill också höra om dina starka sidor. Vilka av dessa använder du normalt sett för att förbli (eller bli) frisk?

Dessa frågor öppnar vägen till en mer jämlik kommunikation, där patienten blir en aktör som får alltmer makt och doktorn får ny och bättre kunskap om patientens egen syn på sina besvär och på patientens starka sidor.

Hur skapas genusteorier?

Inom medicinen av idag är naturvetenskap och positivism så självklara utgångspunkter att de ofta inte ens uppfattas som teorier. Intresset för teoriutveckling är därför inte särskilt stort. Ett genusperspektiv på medicinen innebär att kritiskt granska rådande paradigmen och att förstå och kunna tillämpa genusteorier i praktiken. Tre olika sätt att utveckla genusteorier inom forskningen kan urskiljas (Hammarström 1999).

Att tolka och förklara kvantitativ forskning utifrån genusteorier

Det första sättet handlar om kvantitativ forskning och innebär att tolka och förklara resultaten utifrån övergripande genusteorier. Ett exempel kan hämtas från en kvantitativ studie som jämför 21-åringars hälsa i hög- och lågkonjunktur (Novo o.a. 2000). Studien visar att unga kvinnor (men inte unga män) som arbetade hade sämre hälsa i lågkonjunktur än under högkonjunktur. Lågkonjunktur visade sig ha negativ påverkan på kvinnors men inte på mäns psykiska

och kroppsliga hälsa. Resultaten kan tolkas med teorin om att genusordningen i arbetslivet medför att arbetsmarknaden blir påtagligt könssegregerad, dvs. män tenderar att jobba på arbetsplatser som domineras av män och kvinnor på kvinnodominerade arbetsplatser (Connell 1987). Vid lågkonjunktur får nedskärningar på arbetsmarknaden svårare konsekvenser på kvinnodominerade arbetsplatser eftersom arbete inriktat mot andra människor inte går att rationalisera lika lätt som arbete inriktat mot maskiner. Därigenom ökar arbetsmängden och kraven i störst omfattning på den personal som finns kvar efter nedskärningar inom vård, skola och omsorg.

Den sämsta hälsoutvecklingen under 1990-talet har skett bland kvinnor, vilket kan relateras till nedskärningarna på kvinnodominerade arbetsplatser under samma period. Valfärdsbokslutet (SOU 2001:79) visade vad dessa nedskärningar i praktiken innebar: under 1990-talet minskade personaltätheten med 20 procent inom skolor och med 45 procent inom fritidsverksamheten. Detta kan vara en orsak bakom det faktum att kvinnor i arbetslivet försämrade sin hälsa mest av alla under 1990-talets lågkonjunktur och den därav följande kraftigt ökande sjukfrånvaron inom kvinnodominerade arbetsplatser.

Att utveckla begrepp och modeller i forskningen

Det andra sättet innebär att utveckla genusinriktade begrepp, modeller eller teorier i forskningen. I en kvalitativ studie av hur unga kvinnor och män i arbetaryrken rehabiliterades tillbaka till arbetslivet efter anmäld arbetsskada studerades samspelet mellan patienter, läkare och försäkrings-tjänstemän. Syftet var att förstå varför flera studier har visat att vid arbetsrelaterad sjuklighet rehabiliteras män tillbaka till arbetslivet i större utsträckning än kvinnor (Ahlgren &

Hammarström 1999, 2000). En modell utvecklades över hur patienterna beskrev hur rehabiliteringen kunde gå till. Modellen visar hur tillstånd diagnostiserades som arbetsrelaterade bland män men som icke-arbetsrelaterade bland kvinnor eftersom kvinnorna oftare hade ”oförklarade symptom” som inte gick att diagnostisera.

I förhandlingsprocessen om ett nytt arbete framställde kvinnorna sig som hjälpsökande medan männen beskrev sig som krävande. Männen upplevde i motsats till kvinnorna att läkarna och försäkringstjänstemännen trodde på dem och lyssnade till dem. När det gällde rehabiliteringsmål uppfattades männen som arbetsvilliga, medan kvinnorna – som hade huvudansvaret för hem och barn – upplevdes som ambivalenta. Resultatet tyder på att det finns ett samspel mellan patienter och läkare/handläggare i skapandet av manligheter och kvinnligheter, som leder till att männen lättare kommer tillbaka till arbete. De regler som styr rehabiliteringen är också könsneutralt skrivna och tar inte hänsyn till mäns och kvinnors olika livssituation, när rehabiliteringsåtgärder planeras.

Vetenskapsanalys

Det tredje sättet att använda genusteorier handlar om vetenskapsanalys, dvs. att analysera hur kön och genus hanteras inom det medicinska vetenskapssamhället.

Det finns en tendens inom den traditionella medicinen att betrakta frågor som handlar om genus och kvinnor som subjektiva och ickevetenskapliga. På samma sätt kan genusforskning betraktas som en ideologi istället för den vetenskap den faktiskt är. Några exempel på det framgår av Marina Assarssons (2000) genusanalys av en lärobok i psykiatri (Ottosson 1995). I läroboken, som är obligatorisk

på läkarprogram runt om i landet, kan vi bland annat läsa följande mening:

”De många tecken som pekar på att unga kvinnor befinner sig i en utsatt position (alkoholmissbruk, rökning, ätstörningar och självmord) visar att jämställdheten fått betalas med ett alltför högt pris.” (Ottosson 1995)

Utan att ange någon referens hävdar författaren att unga kvinnors ohälsa beror på den ökade jämställdheten i samhället. En sökning i databasen Medline visar att nästan ingen forskning har genomförts för att analysera frågan. De fåtaliga studier som redovisas pekar åt olika håll. En omfattande analys av utvecklingen av cigarrettrökning i 16 europeiska länder visar att det inte finns något samband mellan jämställdhet i ett land och rökning bland kvinnor (Pampel 2001). Det finns således ingen evidens för att ökad jämställdhet leder till att kvinnors hälsa försämras. Liknande påstående återkommer på flera ställen i boken, utan några referenser till om unga kvinnor i mindre jämställda länder har bättre hälsa. Frågan om hur unga mäns hälsa kan påverkas av ökad jämställdhet ställs inte heller. I en senare utgåva har meningen tagits bort, men samma andemening återkommer på flera ställen.

Medicinen är vanligen mån om att slå vakt om vetenskaplighet, att exempelvis bara skriva sådant som är belagt i ett flertal vetenskapliga studier. Men när det gäller frågor om kön eller genus så visar erfarenheter av drygt 20 års arbete med att integrera genusperspektivet inom medicinen att det finns många brister i akademins förhållningssätt gentemot genusforskningen (Hammarström 2002). Analyser av hur politiska satsningar inom medicinsk genusforskning har hanterats inom medicinen, visar att de ekonomiska medlen villigt har accepterats av fakulteterna, men att de

politiska intentionerna bakom satsningarna har riskerat att förfelas eftersom genusforskning inte har respekterats som ett vetenskapligt kompetensområde (Hammarström 2002, Jordansson 2003). Vid flera av de aktuella tjänstetillsättningarna har genuskompetens saknats bland såväl sakkunniga som i tjänsteförslagsnämnder, med resultat att genusforskning har omdefinierats till att gälla forskning om biologiska eller sociala könsskillnader. Det finns också fall (exempelvis vid utlysning av särskilda medel till medicinsk genusforskning) då medicinare, utan kompetens inom genusvetenskapen, krävt tolkningsföreträde när det gäller att definiera vad genusforskning är för något (Hammarström 2002). Ett exempel är lanseringen av begreppet "biologiskt genus" i syfte att inkludera biomedicinska aspekter i genusbegreppet. Men genus infördes ju för att lyfta fram de sociala dimensionerna av det biologiska könet, varför "biologiskt genus" blir en logisk kullerbytta. Ett genusperspektiv på medicinen innebär ständig vaksamhet över hur medicinen handskas med begreppen kön och genus.

Maskulinitetsforskning

Ett genusperspektiv på medicinen innebär att i större omfattning problematisera olika maskuliniteters betydelse för hälsan (Novo 2000, Gillander Gådin 2002, Courtenay 2000). Det faktum att män i nästan alla länder har kortare medellivslängd än kvinnor har rönt förhållandevis litet intresse inom den medicinska forskningen och inom det förebyggande folkhälsoarbetet. I Sverige har män i genomsnitt fyra år kortare livslängd än kvinnor, trots att männen generellt sett har bättre levnadsvillkor med avseende på bland annat ekonomisk situation, arbetsmiljö och politiskt inflytande. En viktig fråga är vad männens strukturella överordning betyder inte bara för kvinnors hälsa utan även

för hälsan bland män på olika nivåer i samhället (Daniels-son 2002).



Lasse är 21 år och långtidsarbetslös i Norrbotten. Han säger sig inte må särskilt dåligt av arbetslösheten men han dricker mer (Hammarström 1996). Arbetslösheten har gjort att han vänder på dygnet, han sover halva dagarna och på kvällarna är han ute med gänget. En kväll skadas han svårt i en bilolycka, i samband med kappkörning med gänget.

Ett genusperspektiv på medicinen ser inte Lasses risktagande som något medfött manligt beteende eller någon förutbestämd manlig könsroll. Lasses våldsamma bilkörning är i stället ett sätt för honom att demonstrera maskulinitet, dvs. att skapa sig själv som man. En australiensisk studie av långtidsarbetslösa unga män med arbetarbakgrund visar att arbetet intar en mycket central plats i deras liv (Connell 1995). Ett jobb betydde mycket för dessa unga mäns självbild och för deras manlighet. Helst av allt ville de ha fysiskt tunga jobb som kräver mycket muskelstyrka. Som

en kompensation för att de inte kunde få något arbete intog våld i olika former (kriminalitet, slagsmål, skador och självmord) en central plats i de unga männens liv. Studien stämmer med annan forskning som påvisar en tydlig koppling mellan denna form av maskulinitet och ohälsa; gruppen långtidsarbetslösa män är överrepresenterade i dödsorsaksstatistiken och sjukvårdsstatistiken när det gäller självmord, olycksfall och alkoholrelaterad sjuklighet (Martikainen & Valkonen 1996). Om Lasse i stället hade fått ett tungt kroppsarbete hade hans manlighet kunnat utvecklas på ett mer hälsofrämjande sätt, i och med att han då hade sluppit att kompensera frånvaron av ett jobb med ett ohälsosamt levnadssätt.

Hur har genusforskningen utvecklats sedan 1980-talet?

Från början kallades denna forskning för kvinnoforskning, och utvecklades i början av 1980-talet i nära samarbete med nordisk kvinnoforskning samt i växelverkan med kvinnorörelsen. Kännetecknande för kvinnoforskningen var att den vetenskapliga objektiviteten, så som den definierades av den traditionellt manligt dominerade akademien, ifrågasattes. Kvinnoforskningen påvisade hur traditionella val av teorier och forskningsämnen, formulering av frågeställningar, metodval, bearbetning och tolkning av resultat inte räckte för att ge en rättvisande bild av kvinnors situation i samhället. Genom att använda kvinnors kunskaper och erfarenheter, som skiljer sig från mäns, synliggjordes tidigare okända samband och verkligheter.

Den teoretiska utvecklingen medförde att inriktningen i slutet av 1980-talet förändrades från kvinnoforskning till genusforskning, där relationerna mellan kvinnor och män står i fokus. I tabell 1 åskådliggörs vilka forskningsområden som har stått i fokus under tre olika tidsperioder (Hammarström & Johansson 2002).

Tabell 1. Områden i fokus för medicinsk kvinno- eller genusforskning i tre temanummer⁴. Ju fler plus desto starkare vikt.

	Politisk anknytning	Kvinnors hälsa och sjukdomar	Biologiska förklaringar	Kritik mot biologiska förklaringar
1980	+++	+++	++	+
1989	++	++	+	++
2000–2001	+	+	+	+++
	Livsvillkor	Maktanalyser	Teoribildning	Vetenskapsanalys
1980	+	-	+	++
1989	+++	+	++	++
2000–2001	++	+++	+++	++

Forskningen i början av 1980-talet hade den starkaste politiska anknytningen, genom sin koppling till kvinnorörelsen. Mer kunskap om kvinnors hälsa och sjukdomar skulle användas i kvinnors tjänst, för att förbättra hälsan och livsvillkoren. Som ett svar på den ökade biologiska könsskillnadsforskningen i samhället har kritiken mot biologiska förklaringar av kvinnors hälsa växt sig allt starkare under tjuugoårsperioden. Genusforskningens teoretiska utveckling har lett till mer fokus på maktanalyser och teoribildning. Vetenskapsanalyser, med fokus på hur kön och genus hanteras inom medicinen, har varit viktiga under hela perioden.

Vilken är skillnaden mellan genusforskning och forskning om könsskillnader?

I takt med det tilltagande intresset för genusfrågor inom medicinen, ökar behovet av att granska den framväxande forskningen om kvinnors hälsa ur ett genusperspektiv. Det

4. Kvinnovetenskaplig tidskrift (nummer 4 1980 och nummer 1 1989) och Läkartidningen (17 artiklar som publicerades i en serie om genusperspektiv i medicinen, 2000–2001). Ytterligare temanummer inom området är: Socialmedicinsk tidskrift 1998: nr 1-2 (Feministiska perspektiv inom medicin och vård.) och Scand J Public Health 1999;27(4) (Feminist research in Public Health)

finns ett ökat intresse för att studera frågor om genus och kön, vilket kan exemplifieras av forskningen om hjärtkärlsjukdomar. Om vi i den internationella medicinska databasen söker efter artiklar om hjärtkärlsjukdom som också har sökorden kvinnor eller genus finner vi att andelen artiklar med detta fokus har ökat från 2 procent under 20-årsperioden fram till 1985 till 11 procent av alla artiklar under perioden 1985 till 2003. Frågan är vad detta ökande intresse innebär? Finns det fortfarande en koppling till kvinnorörelsen? Har intresset medfört ökad fokusering på resursfördelning och prioriteringar samt på kvinnors och mäns olika livsvillkor? Har genusperspektivet fördjupats i formuleringen av nya frågeställningar, metodreflektioner, bearbetning och tolkning av resultat? Eller har intresset mestadels inneburit så kallad tilläggskunskap om kvinnor, det vill säga att vi får samma medicinska kunskap om kvinnor som vi förut hade om män?

Dessa frågor har studerats genom granskning av vetenskapliga artiklar inom i det snabbast framväxande forskningsområdet med fokus på kvinnor, nämligen hjärtkärlsjukdomar (Löfmark & Hammarström 2001). En analys gjordes av hur könsskillnader diskuterades i artiklarna när det gällde olika operativa metoder som används för att öka hjärtats blodförsörjning. Artiklarna visade att kvinnor hade högre komplikationsrisk och sämre prognos än männen efter kranskärlsoperation och ballongsprängning. Skillnaderna mellan kvinnor och män när det gäller återhämtning var mer mångfacetterade, i några artiklar blev männen mer deprimerade och missnöjda medan andra pekade mot att kvinnor hade sämre återhämtning. I en kvalitativ analys kunde tre förklaringsmodeller (biologiska, psykosociala och diskriminerande) identifieras.

Trots att artiklarna valdes ut för analys därför att de fokuserade på kön var kommentarerna kring de funna könsskillnaderna i de flesta fall ytterst kortfattade. Författarna verkade sakna verktyg för att diskutera sina fynd. Det saknas också ett vetenskapskritiskt förhållningssätt till kunskapssyn. En alternativ kunskapssyn hade – i stället för att enbart slå fast att kvinnors högre komplikationsfrekvens beror på att kvinnor har smalare kärl än män – reflekterat över varför instrumenten har utformats enligt en manlig norm som inte passar kvinnors storlek på blodkärl.

Diskussionen i den psykosociala förklaringsmodellen bygger på kvinnors och mäns så kallade könsroller. Könsrollsbegreppet härstammar från jämställdhetsdebatten på 1950- och 1960-talen och tar sin utgångspunkt i att kvinnor och män genom uppfostran och annan social påverkan skolas in i stereotypa rollbeteenden. Genusforskningen har tagit avstånd från könsrollsbegreppet med motiveringen att roller inte kan användas som förklaring till könsskillnader (Hammarström o.a. 1996). Rollteorier har dessutom en tendens att bli eländesbeskrivningar, där kvinnor framstår som passiva offer. Kvinnors inre konflikter står i fokus så att kvinnorna själva framstår som problemet. Rollteorierna utgår ifrån ett harmoniperspektiv och att kvinnor och män ska komplettera varandra, varvid strukturella ojämlikheter mellan könen osynliggörs. Materiella samhällsbetingelser snarare än medvetenhetsformer borde enligt genusforskningen vara utgångspunkt för analysen.

Oberoende av vilken förklaringsmodell som användes till de funna skillnaderna i samband med de operativa ingreppen diskuterades kön och genus som mer eller mindre deterministiska fenomen. Oavsett om skillnaderna mellan kvinnor och män ansågs bero på biologi, psykologi eller sociala förhållanden framställdes de på ett oproblemiskt

sätt som i stort sett oföränderliga och giltiga för alla kvinnor respektive män.

Exemplet med operativa ingrepp för att öka hjärtats blodförsörjning visar betydelsen av att den snabbt växande forskningen om köns- eller genuskillnader i hälsa granskas ur ett genusperspektiv. Exemplet Signe visar tydligt behovet av forskning inom områden där det saknas kunskap om kvinnor. Det är viktigt att få mer kunskap om kvinnors hälsa, särskilt inom områden där kvinnor tidigare uteslutits ur studier. Om det finns biologiska könsskillnader bakom kvinnors och mäns hjärtsjukdomar är det viktigt att få kunskap om det och om vilka konsekvenser det kan få för diagnostik och behandling. Men en genusanalys av detta växande område är också viktig för att analysera hur begreppen kön och genus används inom medicinen, exempelvis om skillnader mellan kvinnor och män överdrivs. Ytterligare ett skäl att granska medicinsk forskning om köns- och genuskillnader är att forskare inom det området har börjat definiera om begreppen och kräva tolkningsföreträde så att deras egen forskning ska kunna konkurrera om de knappa politiskt prioriterade resurserna inom genusforskningen (Hammarström 2002).

I tabell 2 på nästa sida granskas forskningen om köns- och genuskillnader ur ett genusperspektiv genom en jämförelse med medicinsk genusforskning. Tabellen ska inte tolkas som att det finns en statisk gräns mellan de bägge forskningsinriktningarna – genom årens lopp har det hänt att forskare som börjat med köns- och genuskillnadsforskning utvecklats till genusforskare. Det innebär att skiljelinjerna mellan de olika forskningsinriktningarna i tabellen inte i varje enskilt fall är så skarpa. Tabellen ska heller inte tolkas som en motsättning mellan kvantitativa och kvalitativa metoder – särskilt genusforskningen omfattar bägge metoderna.

Tabell 2. En genusanalys av forskning om köns- och genuskillnader i hälsa jämfört med medicinsk genusforskning.

	Medicinsk forskning om köns- och genuskillnader	Medicinsk genusforskning
Rådande kunskapssyn	Ifrågasätts sällan	Ifrågasätts
Process eller oföränderlig	Kön och genus ses som konstanta och oföränderliga	Genus ses som pågående process (doing gender)
Analys	Kön och genus används som en av flera variabler	Genus används som analytisk kategori
Nivå	Kön och genus analyseras som ett individuellt karaktéristikum	Genus analyseras framförallt på en strukturell nivå
Genusdefinition	Definition saknas ofta. Genus används på både mänsklor, råttor och cellnivå för att beteckna biologiska eller sociala könsskillnader	Genus definieras som socialt och kulturellt skapade manligheter och kvinnligheter. Nyckelbegrepp är konstruktion, hierarki, relation och social situation.
Biologi	I fokus utan kritiska analyser. Kön och genus används ofta synonymt.	Analyseras ur ett samhällsperspektiv och en konstruktivistisk ram
Resultat	Kvinnor inkluderas i forskning som tidigare bara omfattat män.	Genom att ifrågasätta tidigare forskning kan en ny typ av kunskap nås
Maktanlyser	Saknas ofta	Centrala
Teoriutveckling	Saknas ofta	Centralt
Könsrollsbegreppet	Används ofta	Tar avstånd från detta begrepp
Risk för essentialism	Problematiseras inte	Problematiseras
Risk för att könsskillnader överdrivs	Problematiseras mindre ofta	Problematiseras
Män	Män analyseras som en av flera variabler. Maskulinitetsforskning saknas.	Maskulinitetsforskning är ett dynamiskt, framväxande forskningsområde

Medan genusforskningen ifrågasätter den rådande kunskapssynen inom medicinen så bedrivs köns- och genuskillnadsforskning som en del av det rådande paradigmet. Medan genusforskningen lyfter fram betydelsen av att analysera genus ur ett strukturellt perspektiv, används genus framförallt som en variabel i köns- och genuskillnadsforskningen. Resultaten blir därför olika. Köns- och genuskillnadsforskning leder till mer forskning av samma sort men med fokus på kvinnor och kallas därför även för tilläggsforskning. Kunskap om kvinnor läggs till redan existerande kunskap om män. Inom genusforskningen bidrar maskulinitetsforskningen till en dynamisk kunskapsutveckling om mäns hälsa, medan män blir en av flera variabler inom köns- och genuskillnadsforskningen. Genom att ifrågasätta den existerande kunskapsbasen kan genusforskningen, med sin bas i maktanalyser och teoriutveckling, leda till helt ny kunskap om kvinnors och mäns hälsa. Teorier behöver utvecklas som komplement och kontrast till den dominerande positivistiska teorin som råder inom medicinen.

Det nyvaknade intresset för könsskillnader inom medicinen innebär en risk för essentialism, det vill säga en tendens att betrakta skillnader mellan kvinnor och män som konstanta och opåverkbara. Risken för essentialism är uppenbar när köns- och genuskillnader okritiskt generaliseras till att gälla alla kvinnor och alla män, utan analys av olikheter inom grupperna eller varierande sociokulturella förhållanden. Därigenom riskerar olikheter beroende på ålder, social och etnisk bakgrund samt sexuell tillhörighet att osynliggöras. Köns- och genuskillnaderna antas gälla oberoende av tid, plats och kultur. Dessutom finns en tendens att fokusera på skillnaderna mellan könen medan likheterna förbigås.

Ett genusperspektiv innebär vaksamhet över riskerna med att överbetona skillnader mellan kvinnor och män, antingen de är biologiska eller sociala. Inom medicinen är riskerna störst när det gäller de förstnämnda eftersom den biologiska forskningen expanderar kraftigt. Under 1990-talet pågick en livlig debatt om biologisk essentialism utifrån en bok (Robert & Uvnäs-Moberg 1994) som gjorde anspråk på att förklara beteendemässiga, psykologiska och sociala samhällsfenomen med biologiska könsskillnader. Boken kritiserades för att utan vetenskapliga belägg torgföra kontroversiella idéer under en förment vetenskaplig etikett (Björk 1994, Forssén & Hamberg 1994). Så påstås exempelvis, utan tillräckliga vetenskapliga belägg, att höga halter av hormonet oxytocin i samband med graviditeter orsakar sämre minne hos ammande kvinnor.

I förlängningen av den debatten pågår inom genusforskningen en ständig kritik av strävan inom flera forskningsfält att finna biologiska könsskillnader (Fausto-Sterling 1992). En granskning av hjärnforskning om könsskillnader visar att den är färgad av könsstereotypa föreställningar och att slutsatserna (om att exempelvis män har bättre spatial förmåga medan kvinnor är mer verbala) inte håller för en vetenskaplig granskning (Hamberg 2000). Ett problem med denna biologiska särartsforskning är att jämställdhetsbudskapet ("respektera kvinnors och mäns biologiska olikheter") lätt går hem i olika sammanhang.

Svensk medicinsk genusforskning av idag

Den medicinska genusforskningen i vårt land har utvecklats sedan början av 1980-talet i nära samarbete med forskningen i övriga Norden. Internationellt sett ligger den nordiska genusforskningen i frontlinjen, särskilt inom allmänmedicin och folkhälsovetenskap där såväl den empiriska som den begrepps- och teoriutvecklande forskningen uppmärksammas.

I det här kapitlet ges en översikt av den medicinska genusforskning som bedrivs i vårt land av idag. När det gäller internationella utblickar vill jag först lyfta fram våra nordiska kolleger. Vid universitetet i Bergen bedriver professorn i allmänmedicin och medicinsk kvinnoforskning Kirsti Malterud könsteoretisk forskning med inriktning mot kvinnors hälsa, vetenskapsteori kring klinisk forskning och konsultation. Malterud samarbetar när det gäller genus och konsultation med professorn i allmänmedicin vid Köpenhamns universitet, Hanne Hollnagel. Professor Rannveig Dahle i Oslo forskar om kön och professionalisering inom vårdyrken, med inriktning mot klass- och etnicitetsperspektiv. Professor Berit Schei i Trondheim forskar kring sexualiserat våld och kvinnors hälsa. I Finland finns professor Marja-Liisa Honkasalo, socialmedicinare och kulturanthropolog vid Helsingfors universitet. Hon forskar om upplevelser av kronisk smärta, depression och självmord och om människors upplevelser av hälsointerventioner.

Om vi blickar ut över världen, så finns det mycket forskning om kvinnors hälsa i USA och Kanada, exempelvis vid the Centre for Research in Women's Health, Sunnybrook and Women's College Health Science Centre/University of Toronto. När det gäller genusteoretisk forskning bedrivs

maskulinitetsforskning av William Courtney, vid School of Medicine at the University of California, San Francisco. I Storbritannien forskar professor Lesley Doyal, University of Bristol, kring genus, hälsa och hälsopolitik i europeiskt och internationellt perspektiv. Sociologen Ellen Annandale, University of Leicester, använder feministiska teorier i sin forskning om genus och hälsa.

Kartläggning av medicinsk genusforskning i Sverige i dag

Beskrivningen av aktuell medicinsk genusforskning i landet bygger delvis på en kartläggning av pågående folkhälsovetenskaplig genusforskning (disputerade forskare) som har genomförts av Statens folkhälsoinstitut (Löfmark & Hammarström 2004). Kartläggningen visar att drygt en fjärdedel av landets 401 folkhälsoforskare definierar sig som genusforskare, men enbart 4,5 procent av forskarna kunde definieras som genusforskare enligt kriterierna i tabell 3 nedan. Med en vidare definition ökar siffran till 12 procent (varav en fjärdedel män).

Resultaten kan tolkas som att genus idag är ett signalord som öppnar dörrarna till särskilda satsningar vad gäller forskningsmedel och tjänster. En alternativ tolkning är att intresset för genusforskning är stort bland folkhälsoforskare runt om i landet, medan kunskapen om vad ett genusperspektiv innebär förefaller vara mindre. Kartläggningen visade att det finns en grupp folkhälsovetenskapliga genusforskare med teoretisk och ämnesmässig förankring. Deras pågående forskningsprojekt beskrivs nedan tillsammans med aktuell genusforskning inom andra medicinska ämnesområden.

Tabell 3. Kriterier för att definiera forskningsprojekt i genusforskning, forskning med fokus på genus respektive annan forskning.

Genusforskning	Forskningsprojekt som vilar på a) genusteoretisk grund och/eller b) genusinriktade maktanalyser och/eller c) kritisk genusinriktad granskning av befintlig forskning.
Forskning med fokus på genus	Forskning om kön eller genus som analytiska kategorier, men som a) inte vilar på någon genusteoretisk grund och/eller b) saknar genusinriktade maktanalyser.
Annan forskning	Annan forskning om kön och genus a) projekt där kön och genus betraktas som en av flera variabler b) projekt där det inte framgår av projektbeskrivningen om man studerar kön och genus c) projekt där kvinnor och/eller män omnämns, men kön och genus inte är i fokus för analyserna.

Kroppen och förkroppsligande

Flera studier tar upp olika aspekter på kroppen och förkroppsligande av ohälsa. Vid Lunds universitet bedriver professorn i allmänmedicin Birgitta Hovelius ett projekt inriktat mot kronisk, utbredd värk och trötthet hos kvinnor och män, vilket är hälsoproblem som hittills inte effektivt kunnat behandlas med hjälp av traditionella biomedicinska metoder. Utbredd smärta innebär avsevärt lidande, oftare för kvinnor än för män, och kan medföra utslagning från arbetsmarknaden med betydande kostnader för samhället. Samtidigt har diagnosen fibromyalgi ifrågasatts och smärtan beskrivits som existentiell. Bemötandet av personer med kroniska smärt- och trötthetssyndrom präglas av osäkerhet hos de inblandade aktörerna, exempelvis allmänläkare och försäkringskassor. I en kommande utredning ifrån Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) om långvarig smärta analyserar lektorn i allmänmedicin Eva Johansson vilka förklaringsmodeller som används i medicinsk litteratur.

Vid Göteborgs universitet disputerade distriktsläkare Anna Westerståhl (2003) på en avhandling om hur genus

och sexualitet konstrueras i medicinska sammanhang. Avhandlingen visar bland annat att det finns en okunnighet bland allmänläkare om lesbiska kvinnors liv och hälsa samt problemen med att ta upp genusrelaterade ämnen i läkarutbildningen. Bland de intervjuade lärarna fanns det en tendens att inte se genus som ett vetenskapligt kompetensområde. Ett framgångsrikt arbete med att få in genusperspektiv i utbildningen kräver att inte bara kvinnor utan också män på fakulteten engagerar sig i dessa frågor.

Vid Linköpings universitet bedriver professorn i medicinsk kvinnoforskning Barbro Wijma forskning om hittills dåligt förstådda gynekologiska åkommor såsom dyspareuni, vulvavestibulit och vaginism.

I en nyligen publicerad avhandling ifrån Karolinska institutet analyserar Tina Hallman (2003) kvinnors livsvillkor, stress and hjärtkärlsjukdomar. När kvinnor med hjärtkärlsjukdom beskriver sin stress framträder ett nät av pressande livsvillkor som under lång tid format deras liv. Att vara kvinna och att leva i en ständig underordnad position i arbets- och samhällsliv är en gemensam erfarenhet för dessa kvinnor, som medfört att den egna hälsan åsidosatts eller prioriterats bort.

I ett doktorandarbete i omvårdnad vid Umeå universitet studerar Inger Öster vilken betydelse bildarbete kan ha för att förbättra kvinnors upplevelser i samband med bröstcancerdiagnos. Bildskapande kan vara ett hjälpmedel att återfinna orden och starta bearbetande processer. Genom att anlägga ett genusperspektiv på kvinnors upplevelser av livet med bröstcancer, är förhoppningen att kunna synliggöra rådande sociala och kulturella normer om kvinnlighet, kroppar och sexualitet, så som de kommer till uttryck både i bemötandet i vården och i kvinnornas egna liv.

Begreppen genus, kropp och sexualitet står i fokus för ett samarbetsprojekt mellan Anna Westerståhl, Göteborgs universitet och Ullaliina Lehtinen, fil.dr i filosofi och sjuksköterska vid Karolinska institutet. I projektet söker forskarna mer specifikt genusproblematisera kroppen ur de kroppsfokuserade disciplinernas perspektiv, dvs. de medicinska discipliner som arbetar med sjuka kroppar (bl.a. sjuksköterskor, sjukgymnaster och läkare). Ett förslag på ny beteckning på denna kropp är ”somat”.

Biologiska förklaringsars genomslagskraft

Målet för en studie vid Umeå universitet som jag själv bedriver i samarbete med bland andra sociolog Carita Bengs, fil.dr, distriktsläkaren Arja Lehti och Eva Johansson är att skärskåda de biologiska förklaringsmodellernas genomslagskraft i relation till andra förklaringsmodeller utifrån exemplet depression. Vilka förklaringsmodeller till depression får störst genomslagskraft? Finns det vetenskaplig grund för detta? Vilka alternativ kan finnas? Används olika förklaringsmodeller inom medicinen och medierna? Vilka förklaringsmodeller tar patienter lättast till sig? Ur ett tvärvetenskapligt genusperspektiv analyseras könade konstruktioner av depression inom tre relaterade sfärer: medicinsk vetenskap, medier och bland deprimerade personer.

Mötet med vården

Omfattande konsultationsforskning bedrivs runt om i landet med fokus på mötet mellan patient och vårdpersonal. Vid Umeå universitet bedriver med.dr och allmänläkaren Katarina Hamberg i tvärvetenskapligt samarbete en kvalitativ studie med videoinspelade konsultationer, i syfte att analysera hur genus skapas i konsultationen. I ett annat

projekt undersöker barnmorskan och doktoranden Carola Eriksson innebörden av förlossningsrädsla hos kvinnor och män som nyligen fått barn. Distriktsläkaren Gunilla Risberg undersöker i sitt avhandlingsarbete förekomsten av genusbias i kliniskt arbete, forskning och undervisning. En av studierna visar att när AT-läkare bedömer två identiska fallbeskrivningar där endast namnen skiljer sig åt (Siv och Sivert) så föreslås fler laboratorieundersökningar för Sivert och fler farmaka, psykosociala frågor och ospecifika diagnoser för Siv (Hamberg o.a.2002).

Vid Luleå tekniska universitet planerar med.dr. och distriktsläkaren Annika Forssén ett projekt kring begreppet ”positionerade kunskaper”. Kan det användas för att bättre förstå och utveckla klinisk kunskap? Medicinsk genusforskning har visat på könsskevheter och förtryck som finns inbyggda i medicinsk vetenskap. Hur genus skapas och återskapas i konsultationer har också börjat uppmärksammas alltmer. Forskningen avser att pröva om det alternativa begrepp för objektiv kunskap, ”positionerade kunskaper”, som utvecklats inom genusvetenskap skulle göra det möjligt att bättre förstå och beskriva, granska och utveckla så kallad klinisk kunskap.

I ett doktorandarbete vid Umeå universitet analyserar läkaren Ulrika Löfmark genusbias vid slaganfall där äldre (minst 75 år gamla) kvinnor och män intervjuats om sina erfarenheter kring vård och bemötande i samband med sjukhusvistelsen. I studien ses att de äldre patienterna känner sig underordnade i den medicinska kontexten och att de använder olika strategier för att klara av den underordnade positionen. Patienternas könade livsvillkor och hur de konstruerar genus visade sig ha betydelse för hur de senare klarade av att leva med slaganfall. Inom ramen för samma projekt studeras också riskfaktorer, sjuklighet och dödlig-

het med ett ålders- och ett genusperspektiv bland kvinnor och män som under en tvåårsperiod insjuknat i slaganfall.

Barbro Wijmas konsultationsforskning vid Linköpings universitet tar upp frågor som av vilka skäl kvinnor avstår från att gå på gynekologisk hälsokontroll. Kan undersökningssituationen förändras så att dessa kvinnor vill bli undersökta? Kan dessa kvinnor använda sig av empowerment-strategier för att förändra undersökningssituationens dynamik? Hur påverkas professionella patienter och studenter av en undervisningsmodell där de professionella patienterna uppträder som studenternas instruktörer från en patientposition och studenterna får en tydlig elevroll vid den första gynekologiska undersökning de ska utföra? Hur påverkas ”vanliga” patienter av att inför ett planerat besök hos gynekologen få genomföra en gynekologisk undersökning i förenklad form på en simulator?

Arbetslivets utanförskap

Flera pågående projekt handlar om olika aspekter på arbetslivets utanförskap. Docenten i socialmedicin Gunnel Hensing, Göteborgs universitet samarbetar med professorn och socionomen Kristina Alexandersson, Karolinska institutet kring sjukfrånvaron ur ett genusperspektiv, där frågor tas upp om orsaker till kvinnors höga sjukskrivningsnivåer genom att analysera samband med olika livsvillkor såsom sexualiserat våld, krav och kontroll i arbetslivet och i hemarbetet; sociala nätverk, känslan av sammanhang och horisontell könssegregering i arbetslivet. I ett metodinriktat projekt betonas vikten av att beskriva förekomst av sjukfrånvaro med flera olika mått för att inte överbetona könsskillnader.

Vid Umeå universitet forskar med.dr. och sjukgymnasten Christina Ahlgren om rehabiliteringsutfall efter arbetsrela-

terad sjukdom och skillnader i utfall mellan kvinnor och män utifrån såväl kvalitativa som kvantitativa data (Ahlgren 2001). Vid samma lärosäte bedrivs också omfattande arbetslöshetsforskning av mig själv, med.dr. och rehabiliteringsläkaren Mehmed Novo samt doktorand och psykolog Ieva Reine där frågor tas upp om arbetslöshetens hälsokonsekvenser i förhållande till kön, klass och ålder; genusbias vid arbetsmarknadspolitiska åtgärder och hälsobetydelsen av hur olika maskuliniteter och femininiteter skapas bland arbetslösa (Novo 2000, Reine o.a. 2003).

Könade arbetsmiljöer

Vid Arbetslivsinstitutet pågår omfattande genusinriktad arbetsmiljöforskning med såväl metod- som empiriinriktning. I metodstudien undersöker docenten och psykologen Annika Härenstam och hennes medarbetare reliabilitet, validitet, innebörd och relevans av enkätfrågor och andra mätmetoder som används i studier av arbetsförhållanden och hälsa (Härenstam o.a. 2000). Ett syfte med forskningen är att stärka möjligheterna till genussensitiva perspektiv i nationell statistik samt att sprida kunskap om mätmetoder lämpade för könsjämförande och könsspecifika studier.

I ett annat projekt vill Härenstams forskargrupp undersöka hur makten över de psykosociala arbetsvillkoren utövas i olika typer av företag och organisationer. Makt- och aktörsanalyser är centrala i studien och genusperspektivet beaktas särskilt genom att både kvinnodominerade, mansdominerade och könsblandade verksamheter ingår. Här undersöks bland annat om arbetsmiljöstyrningen ligger på olika nivåer och hanteras på olika sätt i kvinnodominerade, mansdominerade och könsblandade verksamheter.

Ojämlika förhållanden i arbetslivet har avgörande betydelse för utvecklingen av ojämlik hälsa i förhållande till

både klass och kön. Syftet med doktoranden och folkhälsoforskaren Masuma Khatuns avhandlingsarbete vid Umeå universitet är att studera utvecklingen av ojämlikheter i hälsa från tonåren till vuxenlivet och vilka könade, hälsofrämjande och sjukdomsgenererande mekanismer som är av betydelse för den ojämlika fördelningen av hälsa med avseende på såväl genus som social bakgrund.

Med.dr. och sjukgymnasten Ann Öhman forskar kring professionella strategier och arbetstillfredsställelse i hälso- och sjukvården ur ett genusperspektiv. I sin avhandling visade hon bland annat att särskilt manliga sjukgymnaststudenters stora intresse för sport och fysisk aktivitet kan utgöra ett hinder i deras professionella karriär, eftersom de föredrog anställning inom idrottsmedicin och friskvård snarare än där behoven finns inom akutvård och geriatrik (Öhman, 2001).

Könade arbetsmiljöer finns även i hemarbete, och Gunnel Hensing vid Göteborgs universitet studerar hälsoeffekterna av olika dimensioner av hemmastress. Distriktsläkaren Annika Forsséns och socialmedicinaren Gunilla Carlstedts avhandlingsarbete vid Luleå tekniska universitet har visat betydelsen av kvinnors helhetsansvar för hem och familj för deras hälsa och ohälsa (Forssén & Carlstedt 1999). En fördjupad analys görs nu av tidigare genomförda djupintervjuer med äldre kvinnor, med fokus på identifiering av hälsobefrämjande faktorer och hälsorisker.

Psykoterapeuten och sjuksköterskan Gunnel Svedberg disputerade 2002 vid Karolinska Institutet. Hennes avhandling bestod bland annat av en kvalitativ studie om könskodade förhållningssätt och förståelser av psykisk sjukdom, könsarbetsdelning inom personalgrupper och skilda vårdmiljöer på mans- respektive kvinnoavdelningar fram till 1970-talet.

Elevers skolmiljö faller numer in under arbetsmiljölagen. Vid Mitthögskolan och vid Umeå universitet genomför med.dr. och beteendevetaren Katja Gillander Gådin och medarbetare ett deltagarorienterat aktionsforskningsprojekt, där elevernas medverkan och maktmobilisering står i centrum. Målet är att genom genusinriktad maktmobilisering främja den skolrelaterade hälsan i första hand bland de elever som mår sämst (i förhållande till genus, social bakgrund och etnicitet). Ett annat mål är att utvärdera modellens förutsättningar, processer och resultat bland såväl elever som personal. Väsentliga problem att fokusera ur ett genusperspektiv omfattar:

- Kan eleverna bli aktörer och delaktiga i det hälsofrämjande arbetet i skolan?
- Vilka är hindren respektive möjligheterna för en jämlik maktmobilisering bland eleverna?
- Vilka organisatoriska strukturer behövs i skolan för att underlätta en sådan process?

Sexualiserat våld

I ett avhandlingsarbete vid Umeå universitet studerar barnmorskan Kerstin Edin våld i samband med graviditet och barnafödande. I studien intervjuas både den misshandlade kvinnan och den misshandlande mannen, kontaktpersoner och terapeuter runt kvinnan och mannen samt barnmorskor vid mödravården i syfte att ta del av deras erfarenheter, kunskap och attityder (Edin & Högberg 2002). Våld mot kvinnor studeras även av Barbro Wijma, som händelser som skapar en extrem form av underordning.

I samarbetsprojekt mellan Umeå universitet och universitet i Etiopien och Nicaragua forskar professorn och gynekologen Ulf Högberg med kolleger om mäns våld mot kvinnor: omfång, konsekvenser, relation till psykisk

ohälsa, attityder i samhället, legala sanktioner samt skydd för kvinnor, förövaren samt hur våldet påverkar barnens överlevnad. I Nicaragua studeras våld mot gravida kvinnor: omfång, konsekvenser för modern och barnet, stress och socialt nätverk.

Med.dr. Gunilla Krantz vid Chess (Centre for Health Equity Studies) i Stockholm bedriver en studie i Vietnam där uppfattningar om mäns våld mot kvinnor (kvalitativt) undersöks, liksom förekomst av våldet, dess hälsoeffekter och de drabbade kvinnornas coping-strategier (kvantitativt).

Maskulinitetsforskning

Begreppsutvecklingen kring maskuliniteter studeras av etnologen Anna Ljung vid Uppsala universitet med fokus på hur män hanterar kulturella föreställningar om maskulinitet i skilsmässorelaterade livskriser. Syftet med projektet är att undersöka mansjourer och manliga kriscentrum för att försöka förstå och finna begrepp som förklarar nya sätt att hantera en föränderlig mansroll.

Socialmedicinaren Maria Danielsson vid Socialstyrelsen ägnar sig åt att via epidemiologiska data beskriva och förstå folkhälsa ur ett maskulinitetsperspektiv. Efter analyser av övergripande data om könsskillnader i dödlighet menar hon att den ökade jämställdheten i vårt land kan ha bidragit till männens ökande livslängd. Genom att kvinnor förvärvsarbetar i större omfattning, tvingas männen ta över mer av hemarbetet och omsorgen av barnen, vilket kan medföra ökat säkerhetstänkande, bättre hälsovanor och således lägre dödlighet bland männen (Danielsson 2002).

Etiska ställningstaganden vid folkhälsobeslut

Vid Umeå universitet och Statens folkhälsoinstitut gör folkhälsoforskaren Anna Månsdotter sitt doktorandprojekt kring folkhälsovetenskap, genus och etik. Projektet studerar normativa teoriers betydelse för tolkningen av skillnader mellan kvinnor och män. Studien tolkar kvinnors och mäns olika levnadsförhållanden i skenet av olika normativa teorier om att exempelvis ett rättvist samhälle kräver avskaffande av både genussystemets dikotomi (strukturer som organiserar män och kvinnor till olikhet ifråga om karakteristika, beteenden, arbete) och genussystemets asymmetri (strukturer som gör män överordnade kvinnor ifråga om makt, inflytande, tolkningsföreträde, resurser). Det innebär att det i det "genuslösa" samhället bör finnas lika många män och kvinnor i livets alla sfärer ("från blöjbyte till utrikespolitik"). I en teoretisk studie som berör områdena folkhälsa, genus, rättvisa och resursfördelning är syftet att visa hur valet av "rättviseteori" påverkar hur folkhälsoinsatser prioriteras ur ett genusperspektiv. Forskarna uttalar sig inte om vilken teori som är "bäst" utan snarare om att folkhälsobeslut bör baseras på tydliga etiska ställningstaganden.

Vid Lunds universitet finns docenten och distriktsläkaren Margareta Söderström som, i samarbete med forskare från fyra europeiska länder, genomför ett projekt om en forskningsetikkommitté i Sverige och om könsperspektiv på forskningsetisk granskning. Målet är att finna ett genus-sensitivt instrument för bedömning av medicinska projekt som sedan kan rekommenderas för användning i EU.

Avslutande ord

Den här skriften handlar om vad ett genusperspektiv kan innebära och vad det har inneburit inom medicinen. Utifrån fallet Signe synliggörs att ett genusperspektiv innebär nya frågeställningar, maktanalyser och teoriutveckling. Det biologiska könet skiljer sig ifrån det sociala, men samspelet dem emellan behöver uppmärksammas. Det räcker inte att forska om kvinnor (eller män) för att bedriva genusforskning. Tvärtom utgör genusforskning ett vetenskapligt kompetensområde där det finns många möjligheter till utbildning via exempelvis kvinnovetenskapliga fora och motsvarande runt om i landet.

Den medicinska genusforskningen i vårt land har utvecklats sedan början av 1980-talet i nära samarbete med övriga Norden. Internationellt sett ligger den nordiska genusforskningen i frontlinjen, särskilt inom allmänmedicin och folkhälsovetenskap där såväl den empiriska som den begrepps- och teoriutvecklande forskningen uppmärksammas.

Den medicinska kvinno- och genusforskningen bedrevs från starten i början av 1980-talet framförallt i periferin, utanför det medicinska etablissemanget. Med årens lopp har genusvetenskapen alltmer etablerats inom medicinen, vilket tydligt framgår av denna skrift. Det finns professorer, lektorer och många andra forskare och lärare inom området liksom vetenskapliga konferenser och tidskrifter samt en livaktig debatt. Genusvetenskap är på väg att bli en egen disciplin och är således inte längre en perifer verksamhet i utkanten av medicinen.

Med sitt reflekterande och kritiska förhållningssätt samt sin starka förankring i vetenskapsteoretiska skolbildningar torde genusforskning ha mycket att bidra med till den medicinska forskningen. Eftersom teoriutveckling och reflek-

terande förhållningssätt kan anses vara centrala element inom ett vetenskapligt fält vill jag dessutom hävda att medicinen också som akademiskt ämne och praktik har mycket att lära av genusforskningen!

Referenser

Ahlgren C. *Aspects of rehabilitation – with focus on women with Trapezius myalgia*. Umeå: Dept of Public Health and Clinical Medicine, Umeå university, 2001 (Academic thesis).

Ahlgren C., Hammarström A. Back to work. Gendered experiences of rehabilitation. *Scand J Public Health* 2000;28(2); 88-94.

Assarsson, M. *Granskning av en lärobok i psykiatri ur ett genusperspektiv*. Umeå: Allmänmedicin, Umeå Universitet, 2000 [Allmänmedicinsk rapportserie].

Bengtsson C. Kolesterolvärdet ingen bra indikator på risken för hjärtinfarkt och tidig död hos kvinnan. *Läkartidningen* 1989;86(11):945-46.

Bergström H. Tolkad, konstruerad och/eller observerad. Kön och genus när kroppen inte räcker till. I Hammarström A., Hovellius B., Wijma B. (red): *Medicinsk genusforskning, begrepps- och teoriutveckling. Rapport ifrån en workshop*. Stockholm: Vetenskapsrådet, 2004.

Björk N. *Under det rosa täcket*. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1996.

Björkelund C., Bengtsson C., Schenck-Gustafsson K., Swahn E. Hantering av hjärt-kärlsjukdom präglas av manligt perspektiv. *Läkartidningen* 2001;98 (30-31); 3314-3318.

Carlstedt G. *Kvinnors hälsa – en fråga om makt*. Stockholm: Folksam/Tidens förlag, 1992.

Connell R. W. *Gender and Power: society, the person and sexual politics*. Sydney: Allen & Unwin, 1987.

- Connell R. W. *Masculinities*. Cambridge: Polity Press, 1995.
- Courtenay, W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* 2000;50: 1385-1401.
- Danielsson M. Jämställdhet och mäns medellivslängd. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 2002(2-3):19-44.
- Dellborg M., Svedberg K. Acute myocardial infarction: differences in the treatment between men and women. *Quality Assurance in Health Care* 1993;5:261-265.
- Edin K.E., Högberg U. "Violence against pregnant women will remain hidden as long as no questions are asked". *Midwifery* 2002, Dec 18(4):268-78).
- Fausto-Sterling A. *The myths of gender. Biological theories about women and men*. New York: Basic books, 1992.
- Flobecker P., Hammarström A. Att fråga om kvinnomiss-handel – metodologiska reflektioner från en pilotstudie. *Socialmedicinsk tidskrift* 1998;75(1-2):37-41.
- Folkhälsorapport 2001*. Socialstyrelsen: Stockholm, 2001.
- Forssén A, Carlstedt G. *Mellan ansvar och makt. En diskussion om arbete, hälsa och ohälsa utifrån tjugo kvinnors livsberättelser*. Luleå: Luleå tekniska universitet, Institutionen för Arbetsvetenskap, Avdelningen för Genus och Teknik, 1999 (Akademisk avhandling).
- Forssén A., Hamberg K. Nyansera debatten om likhet och särart. *Bang* 1994 (1):37-38 (+61).

Gillander Gådin K. *Does the psychosocial school environment matter for health? A study of pupils in Swedish compulsory school from a gender perspective*. Umeå: Umeå university, Dept of Public Health and Clinical Medicine, 2002 (Academic thesis).

Haavind H. Förändringar i förhållandet mellan kvinnor och män. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1985 (3):17-26.

Hallman T. *Gender perspective on psychosocial risk factors. Conditions governing women's lives in relation to stress and coronary heart disease*. Stockholm: Karolinska Institute, Department of Clinical Neuroscience, Section for Personal Injury Prevention, 2003 (Academic thesis.).

Hamberg K. Könet i hjärnan. *Läkartidningen* 2000;45:5130-36.

Hamberg K., Risberg G., Johansson E.E., Westman G. Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *J Women's Health Gend Based Med*. 2002 Sep;11(7):653-66.

Hammarström A. Det är bara psykiskt – om konstruktioner av kön i mötet mellan patient och läkare. I Nordborg G (red.): *Makt och kön. Tretton bidrag till feministisk kunskap*. Stockholm/Stehag: Symposium, 1997 sid. 111-129.

Hammarström A. Why feminism in Public Health. Editorial for the special issue on feminism in Public Health. *Scand J Public Health* 1999;27(4):241-244.

Hammarström A. Genusvetenskapens inomvetenskapliga utveckling inom medicinen. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 2002 (2-3); 93-113.

Hammarström A., Härenstam A., Östlin P. Kön och ohälsa – begrepp och förklaringsmodeller. I Östlin P. o.a. (red): *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 1996 sid. 7-28.

Hammarström A, Johansson E. Genusvetenskapens utveckling inom medicinen. I Thurén BM (red.): *Genusvägar – en antologi om genusforskning*. Stockholm: Liber, 2002, sid. 27-46.

Hammarström A., Ripper M. What could a feminist perspective on power bring into public health? *Scandinavian Journal of Public Health* 1999;27(4):286-289.

Henriksson-Larsén K. *Medicinsk och fysiologisk forskning om kvinnor och idrott 1990-1993*. Del 2. Stockholm: Sveriges Riksidrottsförbund AB, 1995.

Hollnagel H., Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Medical Health Care Philos* 2000;3(3), 257-64.

Holmberg C. *Det kallas kärlek. En socialpsykologisk studie om kvinnors underordning och mäns överordning bland unga jämställda par*. Göteborg: Anamma förlag, 1993.

Hovellius B., Ekström H., Esseveld J., Landgren B.-M., Vinge E. Klimakteriet – sjukligt, bagatelliserat eller normalt? *Läkartidningen* 2000;18:115-21.

Härenstam A., Westberg H., Karlqvist L., Leijon O., Rydbeck A., Waldenström, Wiklund P., Nise G., Jansson C. Hur kan könsskillnader i arbets- och livsvillkor förstås? Metodologiska och strategiska aspekter samt sammanfattning av MOA-projektets resultat ur ett könsperspektiv. *Arbete och Hälsa*, 2000:15.

Johannisson K. *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och Fin-de-siècle*. Stockholm: Nordstedt, 1994.

Johanson P., Abrahamsson P., Rosengren A., Dellborg M. Time-Trends in Thrombolytics: Women are Catching Up. *Scand Cardiovasc J* 1999;33:39-43.

Johansson E., Hamberg K., Lindgren G., Westman G. "I've been crying my way"-qualitative analysis of a group of female patient's consultation experiences. *Family Practice* 1996;13(6):498-503.

Jordansson B. *Genusprofessorerna – skildring av en process. Vad hände i universitetsvärlden när politikerna gjorde en satsning på genusprofessorer?* Göteborg: Nationella sekretariatet för genusforskning, 2003 [Rapport nr 1/03].

Karasek R., Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.

Lundgren E. Våldets normaliseringsprocess. Två parter – två strategier. I: JÄMFO (red). *Kvinnomisshandel*. Stockholm: Jämfo, 1989.

Lundgren E., Heimer G., Westerstrand J., Kalliokoski A.M. *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning*. Stockholm: Fritzes, 2001.

Löfmark U., Hammarström A. Genusperspektiv kan leda till bättre forskning om kön och revaskularisering. *Läkartidningen* 2001;98(30-31):3306-3312.

Löfmark U., Hammarström A. *Kartläggning av nationell folkhälsovetenskaplig genusforskning och genusundervisning*. Stockholm, Statens Folkhälsoinstitut 2004 [Rapport 2004:35].

Malterud K. Key questions – a strategy for modifying clinical communication. Transforming tacit skills into a clinical method. *Scand J Prim Health Care*. 1994 Jun;12(2):121-7.

Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Family Medicine* 2000;32(9):603-11.

Martikainen P.T., Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet* 1996;348:909-912.

Novo M. *Young and unemployed—does the trade cycle matter for health? A study of young men and women during times of prosperity and times of recession*. Umeå: Dept of Public Health and Clinical Medicine, Umeå university 2000 (Academic thesis).

Novo M., Hammarström A., Janlert U. Health hazards of unemployment—only a boom phenomenon? A study of young men and women during times of prosperity and times of recession. *Public Health* 2000;114:25-29.

Ottosson J-O. *Psykiatri*. Stockholm: Liber förlag AB, 1995.

Pampel F. Cigarette smoking and sex differences in smoking. *Journal of Health and Social Behaviour* 2001;42:388-404.

Peletz M. *Reason and passion: representations of gender in a Malay society*. Berkeley: University of California Press. 1996.

- Rantakeisu U., Starrin B., Hagqvist C. Financial hardship and shame: a tentative model to understand the social and health effects of unemployment. *Br J Social Work* 1999;29:877-901.
- Reine I, Novo M, Hammarström A. Does the association between ill health and unemployment differ between young adults and adults? Results from a 14-year follow-up. *Public Health* 2004;118(5):337-45.
- Risberg G. Sexualiserat våld som folkhälsoproblem. Vårdgivarens motstånd mot att fråga försvårar rehabiliteringen av kvinnor. *Läkartidningen* 1994;91(50):4770-71.
- Robert R., Uvnäs Moberg K. *Han & Hon födda olika*. Stockholm: Brombergs förlag, 1994.
- Roter D.L., Hall J. A., Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. Aug 2002;14;288(6):756-64.
- SOU 1996:133. *Utredning om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet, 1996.
- SOU 2001:79. *Välfärdsbokslut för 1990-talet. Slutbetänkande*. Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Socialdepartementet, 2001.
- Statistiska centralbyrån. *På tal om kvinnor och män. Lathund för jämställdhet 2004*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 2004.
- Söderström M. Därför uteslöt forskarna kvinnor ur sina studiepopulationer. *Läkartidningen* 2001;98(9):1524-1528.

Wamala S.P. Stora sociala skillnader bakom kvinnors risk för kranskärllssjukdom. Okvalificerat jobb och slitningar i familjen avgörande faktorer. *Läkartidningen* 2001;98 (3):177-181.

Wennerås C., Wold A. Nepotism and sexism in peer-review. *Nature* 1997;387:341-343.

Westerståhl A. *Encounters in the medical context – issues of gender and sexuality*. Göteborg: Göteborg University, Institute of Community Medicine, 2003 (Academic thesis).

Widding Hedin L. *Woman abuse during pregnancy. A prevalence study of psychological and physical abuse among Swedish women*. Göteborg: Göteborg University, Department of Obstetrics and Gynecology, 1999 (Academic thesis).

Öhman A. *Profession on the move. Changing conditions and gendered development in physiotherapy*. Umeå: Umeå University, Dept of Public Health and Clinical Medicine, 2001 (Academic thesis).

Utgivet i samma serie

Genusforskning inom juridiken

av Eva-Maria Svensson

Genusforskning inom arkeologin

av Elisabeth Arwill Nordbladh

Genusforskning inom teknikvetenskapen

av Lena Trojer

Genusforskning inom socialantropologin

av Britt-Marie Thurén

Genusforskning inom kulturgeografen

av Gunnel Forsberg

Genusforskning inom psykologin

av Eva Magnusson

Genusperspektiv på språk

av Kerstin Nordenstam

Genusperspektiv på medicinen

av Anne Hammarström

Genusperspektiv på teologi

av Anne-Louise Eriksson

Genusperspektiv på nationalekonomi

av Anne D. Boschini, Christina Jonung, Inga Persson

**Genusperspektiv på medie- och
kommunikationsvetenskap**

av Madeleine Kleberg

För innehållet i skrifterna svarar de enskilda författarna.

