

Kvinnors underordning inom hälso- och sjukvården

Birgitta Hovelius

I denna översikt om kvinnors underordning inom hälso- och sjukvården betonas värdet av feministiska perspektiv i praktisk klinisk verksamhet och i forskning inom medicin och omvårdnad. Den rådande könsordningen med kvinnors underordning och mäns dominans är en faktor av betydelse för ohälsa hos kvinnor. Utifrån tillgänglig forskning samt egna och andras erfarenheter sammanfattas några tankar och förslag om vad feministisk praktik eller konsultation kan innebära.

Birgitta Hovelius är professor i allmänmedicin och distriktsläkare, verksam vid Samhällsmedicinska institutionen, Lunds universitet, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

Den teoretiska utvecklingen inom kvinnoforskningen har sedan 60-talet successivt utvecklats från könsrollsforskning och jämställdhetsforskning till könsteoretisk forskning, genusforskning och feministisk forskning (1). Minsta gemensamma nämnare för feministiska perspektiv kan definieras som medvetenhet och kunskap om den rådande könsordningen och en strävan efter ökat inflytande för kvinnor.

Skillnader mellan kvinnor och män har osynliggjorts; mannen har varit norm

Medicinsk forskning har ofta utförts på män och resultaten har sedan ansetts gälla även för kvinnor (2,3). I vetenskapliga artiklar har resultat ofta rapporterats utan att skilja mellan kvinnor och män, vilket gjort att könskillnader ej upptäckts. När skillnader påvisats har de

Minsta gemensamma nämnare för feministiska perspektiv kan definieras som medvetenhet och kunskap om den rådande könsordningen och en strävan efter ökat inflytande för kvinnor

dessutom ofta inte analyserats eller uppmärksammat tillräckligt. Ett exempel på detta är de insatser som gjorts under senare år för att minska hjärt-kärl dödligheten genom ändrade kostvanor och genom att sänka kolesterolvärdet. Trots att flertalet studier utförts på män, har riktlinjer från centrala myndigheter kommit att gälla både kvinnor och män. Det har t ex sagts att det är bra att även kvinnor ändrar sina kostvanor, eftersom det ändå är de som lagar mat och därigenom kan medverka till att män får bättre kost.

Skillnader mellan kvinnor och män har överbetonats

Kvinnors psykiska besvär har genom historien ofta förklarats i termer av deras underlivsorgan och i vår tid har hormoner fått stor betydelse för att förklara kvinnors besvär. Biologiska skillnader har på detta sätt ibland överbetonats och överdrivits (4). Biologiska skillnader mellan kvinnor och män har till och med framställts till kvinnans nackdel. Vid analys av innehållet i moderna medicinska läroböcker har påvisats att biologiska förhållanden hos kvinnan (som menstruation) framställts i negativa termer, medan motsvarande förhållanden hos mannen (som spermatogenes) redovisats i positiva termer (5).

Särbehandling

Kvinnor och män behandlas ibland olika vid samma sjukdom utan att det finns skäl för detta, omedveten särbehandling (genusbias). I studier från USA har framhållits att kvinnor fått sämre vård vid hjärt-kärlsjukdom (6,7). Kvinnor blev heller inte utredda i samma utsträckning som män vid hjärtbesvär (8,9,10). I en svensk undersökning påvisades att 67% av män och 60% av kvinnor fick infarktbegränsande farmakologisk behandling i samband med akut infarkt (11). Läke-medelsstatistik över hypertoni behandling i Sverige visar att män ordinerar modernare och dyrare läkemedel än vad kvinnor förskrivs, utan att några sådana rekommendationer finns.

Kvinnors position i samhället och inom hälso- och sjukvården medför att det särskilt är kvinnor som görs till patienter med medicinsk kontroll och behandling som följd

mendationer föreligger. Ett annat exempel på omedveten särbehandling av kvinnor kan föreligga vid magbesvär. Kvinnor anses ha magsår i lägre utsträckning än vad män har, men i undersökningar från Tromsö (12) fann man vid gastroskopi av ca 600 personer med och utan besvär från övre delen av buken, att magsår eller ärr efter magsår var lika vanligt bland kvinnor som bland män. De tidigare uppgifterna om att magsår är vanligare hos män kan förklaras av att kvinnor inte blir utredda med röntgen eller gastroskopi i samma utsträckning som män. Exempel på omedveten särbehandling finns också vad gäller ortopediska sjukdomar. Från USA har rapporterats att män blev opererade vid lindrigare besvär än vad kvinnor blev i samband med knäledsartros, höftledsartros och spinal stenos (13). Författarna framhåller att detta är anmärkningsvärt, eftersom operationsresultaten är bättre hos kvinnor än hos män.

Sjukliggörande och medikalisering

Sjukliggörande och medikalisering är problem som drabbar såväl kvinnor som män, t ex i samband med förebyggande åtgärder. Kvinnors position i samhället och inom hälso- och sjukvården medför att det särskilt är kvinnor som görs till patienter med medicinsk kontroll och behandling som följd. Det kan t ex gälla vid behandling med p-pillar, screening med cervixcytologi och mammografi och diagnoser av typen "premenstruellt syndrom" och "östrogenbrist".

Vanliga besvär som oro och nedstämdhet kan för kvinnors del tolkas som symtom på sjukdom och medikaliseras (14). Läkare har en benägenhet att uppfatta kvinnliga patienters besvär som "oklara, diffusa" och tillskriva dem en psykisk diagnos (15,16). Kvinnor med diffusa besvär uppfattas av läkare som besvärliga (17). När försökspersoner ombads att beskriva någon de kände som var mycket frisk, så nämnde både kvinnor och män en man i första hand (18). Av detta framgår att definitionen av vad som utgör ett medicinskt problem, vad som är friskt eller sjukt, har med kön att göra. I stället för att sjukliggöra och medikalisera kvinnor, borde den överlevnadskunskap som kvinnor har vad gäller t ex

livsstil, omvårdnad, kost och hygien synliggöras, utvecklas och användas i hälsobefrämjande syfte för både kvinnor och män (19).

Förlöjligande av kvinnor

Ibland förlöjligas kvinnors besvär med benämningar som kan vara stötande. Även läkare själva har upplevt sig bli förlöjligade av sina kollegor när de varit i kontakt med vården. Det kan gälla uttryck som "Känner du inte efter för mycket nu?" eller nedsättande uttalanden (20). I en kvalitativ studie av misshandlade kvinnor som sökt sjukvården finns beskrivningar av hur dessa drabbade kvinnor kan bli förlöjligade av läkare (21). I Läkartidningen har i en annons för en kurs i praktisk gynekologi för distriktsläkare angivits att ett kursmoment är "klimakterietanten". I en tidning från en läkemedelsfirma (Wyeth Lederle) 1997 skrivs bl a "Kvinnan i klimakteriet beskrevs av en dåtida läkare så här: Hon är trött och grå, är rynkig, ser sur och ledsen ut. Allt är tråkigt, hon är odräglig för sin omgivning.....Och visst. Alla symtom han beskriver är tecken på normalt åldrande, men de hör faktiskt också samman med östrogenbrist." Detta är ett sätt att förlöjliga kvinnor och att förlöjliga åldrande.

Skuldbeläggning av kvinnor

Kvinnor har skuldbelagts fr a i psykologiska/psykiatriska teoribildningar. Som exempel har sjukdomar och störningar hos barn ibland förklarats av en störning i mor-barnrelationen, medan far-barnrelationen i stor utsträckning förbigåtts. Vid misshandel och sexuella trakasserier har kvinnor beskrivits på ett sådant sätt att det kan tolkas som att det är deras eget fel att de råkar illa ut (22). Eva Lundgren (23) har analyserat vad som händer i kvinnors relationer till våldsamma män och funnit att dessa kvinnor blir isolerade, skam- och skuldbelagda och att de kastas mellan våld och värme från männen. Successivt uppfattar kvinnorna det våld de utsätts för som normalt, normaliseringsprocessen. Kerstin Aldén har beskrivit hur kvinnor kan drabbas av våld, alkoholmissbruk, skuld och skam i onda cirklar (24). Våld mot kvinnor och dess effekter på kvinnors hälsa är så omfattande att detta bör betraktas som ett folkhälsoproblem (25,26).

Brist på kunskap om kvinnors (o)hälsa - få kvinnor inom akademisk medicin

Medicinsk forskning har som regel bedrivits av män och med mäns referensramar, vilket medfört brist på

kunskap om kvinnors (o)hälsa. Antalet kvinnor i läkarkåren har ökat de senaste decennierna, men vid de medicinska fakulteterna har antalet kvinnor varit få såväl i Sverige som internationellt. Kvinnliga läkare och forskare finns särskilt inom vissa områden, nämligen pediatrik, gynekologi, allmänmedicin och mikrobiologi. Kvinnliga läkare är oftare verksamma inom klinisk/patientnära forskning än inom grundforskning (27, 28, 29). Kvalitativa metoder har inom medicinen introducerats av kvinnliga forskare, såväl läkare som sjuksköterskor och beteendevetare. Det har framhållits att kvinnor publicerar ett mindre antal artiklar i vetenskapliga tidskrifter än vad män gör, vilket gäller även då barnen vuxit upp (30). Det finns uppgifter om att kvinnor tar på sig mer undervisning och mindre forskning än vad män gör vid medicinska fakulteter. Hittills har forskningserfarenheter haft ett större meritvärde än undervisningserfarenheter med konsekvenser framför allt för kvinnor. Kvinnor inom den akademiska världen kan drabbas av negativ särbehandling (31,32). En studie av Christine Wennerås och Agnes Wold, som talar för att detta varit fallet vid Medicinska forskningsrådet i Sverige, har publicerats i Nature (33). Vid de medicinska fakulteterna har kvinnor ett mindre kontaktnät, både formellt och informellt, och kan därmed känna sig ensamma och isolerade (34). Det finns också rapporter om sexism och trakasserier av kvinnor inom akademisk medicin (35,36). Kränkningarna kan ses som uttryck för manliga härskarstrategier, vilka Berit Ås (37) sammanfattat i fem uppsatser: att osynliggöra, att förlöjliga, att undanhålla information, att dubbelbestraffa ("Damn if you do, damn if you don't") och att påföra skuld och skam.

Det är mycket angeläget att befrämja en utveckling som i större utsträckning ger kvinnor inom medicin och vård möjligheter till forskning och utvecklingsarbete, detta inte endast av rättvise- och jämställdhetsskäl utan även för att kvinnor kan bidra med nya frågeställningar och tolkningar (32). Själv vill jag också framhålla att det är roligt och stimulerande att arbeta med forskning och grundutbildning vid universitetet. Att vara professor i allmänmedicin är det bästa arbete jag hittills haft.

Det är mycket angeläget att befrämja en utveckling som i större utsträckning ger kvinnor inom medicin och vård möjligheter till forskning och utvecklingsarbete

Feministisk praktik och konsultation

Det är angeläget att studera konsultationen ur feministiska perspektiv för att klargöra hur kvinnliga och manliga patienter bör bemötas i olika situationer. Det finns vissa belägg för att kvinnliga läkare har en mer patientcentrerad metodik än manliga läkare och att detta särskilt gäller i mötet med kvinnliga patienter (38). I de nordiska länderna har konsultationen i flera undersökningar studerats ur feministiska perspektiv (39,40,41). Mot bakgrund av denna forskning samt egna och andras erfarenheter (42) kan feministiska perspektiv karakteriseras av

- att kvinnans livsvillkor och livslopp beaktas. Symtom kan vara normala eller adekvata reaktioner på hennes underordnade position och livsvillkor.
- att hennes resurser mobiliseras.
- att kunskaper förmedlas till henne. De första kvinnliga läkarna såg detta som sin livsuppgift både i möten med patienter och som föredragshållare.
- att självkänsla, självförtroende och självbild förstärks genom att det kvinnan berättar om sina upplevelser, förväntningar och sin oro respekteras.
- att självbestämmande och egna förslag till lösningar uppmuntras.
- att inte sjukliggöra eller medikalisera.
- att en samarbetsrelation eftersträvas. Både läkaren och kvinnan är experter men på olika områden.
- att kvinnans styrka, kraft och mod tas tillvara.
- att hennes ansträngningar att hävda sig i familjen, i arbetslivet och i samhället understöds.

Inför framtiden

Det är min förhoppning att feministiska perspektiv inom medicin och omvårdnad kan bli en naturlig del av forskning, utbildning och hälso- och sjukvårdsverksamhet. Forskare och personal inom hälso- och sjukvård med sådana perspektiv kan bidra med nya frågeställningar, tolkningar av resultat och åtgärder, som befrämjar vård och behandling av god kvalitet.

REFERENSER

1. Hammarström A, Hovelius B: Kvinnors hälsa ur könsteoretiskt perspektiv. Nordisk Medicin 1994; 109:288-91
2. Ekenvall L, Härenstam A, Karlquist L, Nise G, Vingård E: Kvinnan i den vetenskapliga studien - finns hon? Läkartidningen 1993; 90:3773-76
3. Brett PJ, Graham K, Smythe C: An analysis of specialty journals on alcohol, drugs and addictive behaviors for sex bias in research methods and reporting. J Stud Alcohol 1995; 56:24-34

4. *Hamberg K*: Onyanserat om könsskillnader och biologi. Läkartidningen 1995; 92:1129-31
5. *Kulick D*: Kroppens undertext. Socialmedicinsk tidskrift 1992; 9-10:435-49
6. Council of Ethical and Judicial Affairs. Gender disparities in clinical decision making. JAMA 1991; 266:559-62
7. *Tobin JN, Wassertheil-Smolter S, Wexler JP et al*: Sexbias in considering coronary bypass surgery. Ann Int Med 1987; 107:19-25
8. *Jaglal SB, Slaughter PM, Baigrie RS, Morgan CD, Naylor CD*: Good judgement or sex bias in the referral of patients for the diagnosis of coronary artery disease? An explorative study. Can Med Assoc J 1995; 152:873-80
9. *Steingart RM, Packer M, Hamm P et al*: Sex differences in the management of coronary artery diseases. N Engl J Med 1991; 325:226-30
10. *D'Hoore W, Sicotte C, Tilquin C*: Sex bias in the management of coronary artery disease in Quebec. Am J Public Health 1994; 84:1013-5
11. *Dellborg M, Swedberg K*: Acute myocardial infarction: difference in the treatment between men and women. Qual Assur Health Care 1993; 5:261-265
12. *Bernersen B, Johnsen R, Straume B, Burhol PG, Jenssen TG, Stakkevold PA*: Towards a true prevalence of peptic ulcer: the Sørreisa gastrointestinal disorder study. Gut 1990; 31:989-92
13. *Katz JN, Wright EA, Guadagnoli E, Liang MH, Karlson EW, Cleary PD*: Differences between men and women undergoing major orthopedic surgery for degenerative arthritis. Arthritis and Rheum 1994; 37:687-94
14. *Broverman I, Broverman D, Clarkson F et al*: Sex-role stereotypes and clinical judgements of mental health. J Consult Clin Psychol 1970; 34:1-7
15. *Malterud K*: Women's "undefined" disorders - a challenge for clinical communication. Fam Pract 1992; 10:201-6
16. *Colameco S, Becker LA, Simpson M*: Sex bias in the assessment of patient complaints. J Fam Pract 1983; 16:1117-21
17. *Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G*: "I've been crying my way" - qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. Fam Pract 1996; 13:498-503
18. *Blaxter M*: Health and Lifestyles. Tavistock/Routledge, London 1990
19. *Carlstedt G*: Konsten att överleva - kvinnors liv och hälsa under 1900-talet. I Hagman I: Mot halva makten - elva historiska essäer om kvinnors strategier och mäns motstånd. SOU 1997:113
20. *Johansson E*: Att som kvinnlig läkare forska på kvinnor - "parallellprocessen". I Tema: Kvinna. Svensk medicin. Svenska Läkaresällskapet och SPRI, 1996
21. *Gerbert, B, Johnston K, Caspers N. et al*: Experiences of battered women in health care settings: a qualitative study. Women&Health 1997; 24:1-17
22. *Bergman B*: Battered wives. Why are they beaten and why do they stay? Akademisk avhandling, Stockholm, 1987
23. *Lundgren E*: Våldets normaliseringsprocess. Två parter - två strategier. I: Kvinnomisshandel. Stockholm JÄMFO-rapport 1989, 14:113-39
24. *Aldén K*: Missbrukande kvinnor och missbruk av kvinnor - om mötet i vården med utsatta kvinnor. I Tema: Kvinna. Svensk medicin. Svenska Läkaresällskapet och SPRI, 1996
25. *Risberg G*: Sexualiserat våld som hälsoproblem. Läkartidningen 1994; 91:4770-1
26. *Risberg G*: Sexualiserat våld i sociokulturellt perspektiv. Varför går du inte? Fel fråga till offer. Läkartidningen 1994; 91:4772-4
27. JÄMFO. Kvinnliga läkares villkor. Rapport, 1989
28. *Riska E, Wegar K (ed)*: Gender, work and medicine. Sage Publications, London 1993
29. *Green Schaller J*: The advancement of women in academic medicine. JAMA 1990; 264: 1854-5
30. *Bickel J*: Women in medical education. A status report. N Engl J Med 1988; 319:1579-84
31. *Tesch BJ, Wood HM, Helwig AL, Butler Nattinger A*: Promotion of women physicians in academic medicine. Glass ceiling or sticky floor? JAMA 1995; 273:1022-5
32. Association of American Medical Colleges. Increasing women's leadership in academic medicine. Acad Med 1996; 71:797-811
33. *Wennerås C, Wold A*: Nepotism and sexism in peer-review. Nature 1997; 387:341-343
34. *Erzkowitz H, Kemelgor C, Neuschatz M, Uzzi B, Alonzo J*: The paradox of critical mass for women in science. Science 1994; 266:51-4
35. *Lenhart S, Evans C*: Sexual harassment and gender discrimination: a primer for women physicians. J Am Wom Assoc 1991;46:77-82
36. Editorial. Harassment hinders women's care and careers. JAMA 1992; 267:778-80
37. *Ås B*: Kvinnor tillsammans: handbok i kvinnofrigörelse. Gidlund, Stockholm, 1982
38. *Law SA, Britten N*: Factors that influence the patient centredness of a consultation. Br J Gen Pract 1995; 45:520-4
39. *Malterud K*: Allmennpraktikerens møte med kvinnlige pasienter. Akademisk avhandling. TANO, Norge, 1990
40. *Hamberg K, Johansson E*: Fråga och lyssna - teori, metod och analys i allmänmedicinsk kvinnoforskning. Allmänmedicin 1993; 5:238-42
41. *Hollnagel H, Malterud K*: Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: A clinical model for general practice. Family Practice 1995; 12:423-429
42. *Hovellius B, Aldén K, Carlstedt G, Hamberg K, Johansson E, Wijma B*: Kvinnors (o)hälsa ur ett genusperspektiv. I Tema: Kvinna. Svensk medicin. Svenska Läkaresällskapet och SPRI, 1996