

Insiders eller outsiders? Om kvinnorna i männens sjukvård

Anna Bexell

När sjukhuset där jag är anställd - Malmö Allmänna Sjukhus - nyligen fyllde 100 år fann jag anledning att gå tillbaka till tidigare beskrivningar av sjukvården i Malmö. Den för mig mest intressanta berättelsen var skriven av Ingegerd Wedin och handlade om en kvinna, Elna Hansson, som hade ett eget sjukhus, i konkurrens med det första stads-lasarettet i Malmö. Elna levde i en brytningstid. Hon kom från en släkt av "kloka gummor", hennes dotter fortsatte hennes verk men hennes dotterdotter fick läsa medicin och kom att bli Lunds första studentska och Sveriges andra kvinnliga läkare. Dessa kvinnoöden samt sjukvårdens organisering då och nu fick mig att göra följande reflexioner över makt och kunskapsstrukturer i vård av sjuka.

Anna Bexell är överläkare i socialmedicin vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö

Manlig och kvinnlig vårdkultur

Den sjukhuskultur som vi lever och verkar i har sina rötter i tunga patriarkala strukturer som Kyrkan och Krigsmakten. Än i dag ser vi spåren av dessa institutioner i organiseringen av arbetet och i hierarkierna. På gamla bilder av Ronden ser man att den är uppbyggd som en regementsvisitation; läkarna är officerarna, sköterskorna underofficerarna och patienterna de meniga (Fast de behöver inte längre stå uppsträckta vid sina sängar och "undvika allt onödigt tal och buller", som det står i Ordningsregler för sjuke å Malmö Lasarett, 1897) (1). Det finns fortfarande en förkärlek för krigsmakts-terminologin inom sjukvårdsadministrationen; vi har stabsfunktioner och divisioner. Inom vård och behandling används också krigiska bilder som attackera en sjukdom, aggressiv terapi, offensiv och defensiv, invadera osv.

Medicinens kunskapsområde - den medicinska vetenskapen och läkekonsten - har av tradition varit manligt definierat. Universiteten var ju stängda för kvinnor fram till 1870-talet och man kan nog lugnt säga att kvinnornas inflytande under de gångna 125 åren vid akademierna inte varit så stort som det borde kunnat vara även

om det nu faktiskt ser ut att röra på sig något. Männen har alltså i århundraden suttit ostörda på universiteten och definierat *kunskapen om världen* för oss andra. Därvid har *mannen* kommit att representera *människan*. Kvinnan har blivit undantaget, den Andra, bekymret, avvikelsen. Ända tills nyligen har t ex fysiologiska normalvärden för alla sorters människor definierats utifrån en normalmänniska som är man, vit, ung och väger 70 kilo. Forskningsresultat från undersökningar på män har tillämpats även på kvinnor. Exempel på detta är forskning på riskerna med högt blodtryck och högt kolesterol, där resultat från forskning på män kom att ligga till grund för behandlingsrekommendationer för både män och kvinnor, något som har lett till felbehandling av kvinnor som det senare har visat sig (2).

Kritiken mot det ovetenskapliga i detta förfaringssätt kom utifrån, bland annat från kvinnoforskare. I dag finns inom den etablerade medicinen en större öppenhet för att vi både är lika och olika. Och ibland även ett erkännande av att när vi betraktar standardmänniskan som ett neutrum med maskulina karaktäristika blir inte bara kvinnan osynlig utan faktiskt också mannen. Det specifika i mäns sjuklighet och behov kommer också bort.

Sjukvårdens arbetsorganisation, hierarkier och dominerande kunskapsområde är alltså exempel på manliga kulturer. Mot detta kan ställas den traditionella kvinnliga omvårdnadskulturen som, innan den kom in på sjukhusen, var basen dels för stora delar av folkmedicinen och dels för all sjukvård i hemmet.

När de formellt utbildade sjuksköterskorna började arbeta på sjukhusen under andra hälften av 1800-talet kom vårdpersonalen att bilda en stark kultur och bli en viktig faktor, genom sitt stora antal och genom sitt arbetes oumbärlighet. Men *makten* över strukturerna, vårdplaneringen, pengarna och kunskapssynen kommer dock mycket långsamt till den kvinnliga vård-

Sjukvårdens arbetsorganisation, hierarkier och dominerande kunskapsområde är exempel på manliga kulturer

kulturen. I dag kan vi på många ställen se en makt-kamp utvecklas mellan kvinnlig omvårdnadskultur och manlig läkarkultur i sjukvården.

Sjukhusvård för 100 år sedan

För hundra år sedan sköttes de flesta sjuka i hemmet. Det fanns en rädsla för sjukhus. Dit kom man bara för att dö. Det finns också många vittnesbörd om att vården på sjukhus var bedrövlig i Sverige under 1800-talet fram tills dess utbildade sjuksköterskor började anställas. Det tycks ha funnits en märklig okunnighet om eller ointresse för hur de sjuka bäst skulle vårdas när de var på sjukhus (3).

Florence Nightingale, sjuksköterska och statistiker, fick Krimkrigets sårade soldater att överleva genom att organisera omvårdnad, renlighet, utbildning och sedan, vid hemkomsten till England, med hjälp av statistik övertyga om hur effektiv kompetent omvårdnad var när det gällde att bota sjuka och rädda liv. Hon grundade en sjuksköterskeskola som blev mönsterbildande.

I Malmö fanns utbildade sjuksköterskor först på 1880-talet. När Malmö Lasarett vid Slottsgatan öppnade 1857 sköttes patienterna av vaktmästaren och 3 kvinnor, alla utan erfarenhet av sjukvård (3) I jubileumsboken för det sjukhuset 1957 finns en intervju med en gammal kvinna som berättar sina minnen:

” Stadens sjukhus låg där, vid Slottsgatan, det sköttes av dokt. August Falk, och benämndes alltid Falkens sjukhus, men det var ej mycket anlitad, folk hade alltid en faslig skräck för sjukhus på den tiden. År 1873 var der 73 sängar, men endast 20 av dem användes och dokt. Falk hade också ord om sig att vara mycket barsk, men folk i allmänhet sökte aldrig läkare, då skulle livet stå på spel, och då var det nästan alltid försent, man hörde för det mesta när någon var mycket sjuk, han eller hon står sig nog inte för di har haft doktor, och för det mästa var det också så för doktorn hemtades alldrig förrän det var försentMen en som var mycket anlitad när det gällde benbrott, sårskador, inflammationer och dylikt var Lunda-kvinnan, hon hade eget sjukhus i Stora Nygatan, hon hade allas tillit, både i staden och på landsbygden. Min far satte henne mycket högt sedan hon botat honom då han råkat bryta benet en gång. Hon hade fältskärsexamen” (3).

Lundakvinnans sjukhus i Malmö

På Elna Hanssons - Lundakvinnans - sjukhus sköttes patienterna av henne själv och hennes dotter som också var vad man kallade benbrottsläkare. Samtidsskildringar beskriver renligheten, hemtrevnaden och de vackra krukväxterna på Elna Hanssons sjukhus. Taxan för vård

var 75 öre per dag, densamma som på Falkens sjukhus vid Slottsgatan. Dr Falck, som var detta sjukhus enda läkare, försökte få Elna Hansson åtalad för kvacksalveri för att därigenom hindra hennes verksamhet. Han lyckades inte med detta. Femtusen malmöbor av alla samhällsklasser ställde upp med sina namnunderskrifter för Elna Hansson. Detta var 1876. Året därpå sade Dr Falck upp sig. Om det berodde på att han kände sig besegrad kan vi inte veta.

Elna Hansson, Lundakvinnan, tillhörde en släkt av läkekunniga kvinnor. Hennes mor Marna Nilsson dotter verkade i Lund och kallades Kokkvinnan. Hon botade kor men också människor. ”Kokvinnans salva” har funnits på apotek ända in på 1960-talet. Den lär framför allt ha rekommenderats vid idrottsskador.

Så här stod det i Sydsvenska Dagbladet om Elna Hansson när hon dog i januari 1891:

”Dödsfall.. Såsom en annons i morgonnumret meddelade, har en ej endast i Malmö utan snart sagdt i hela Skåne känd personlighet skattat åt förgängelsen i det att enkefru Elna Hansson igår middag avsmnade härstades. Den aflidna, allmänt bekant under namnet ”Lundakvinnan”, har utövat en mycket omfattande verksamhet såsom läkare av benbrott och andra yttre skador, och den skicklighet, som medfödda anlag och riklig erfarenhet gifvit henne skaffade henne stort rykte. Under den senaste tiden hade fru Hansson ej krafter nog att ensam sköta den stora praktik hon hade; i sin dotter fick hon emellertid en skicklig hjälparinna, och såsom något egendomligt torde kunna erinras att den aflidnas dotterdotter, fröken Hedda Andersson, den första qvinna som vid härvarande läroverk aflagt mogenhetsexamen, vid Karolinska institutet idkar medicinska studier.”

Elna Hanssons dotterdotter Hedda Andersson blev alltså Lunds universitets första studentska och Sveriges andra kvinnliga läkare. Hennes mor och mormor bekostade hennes utbildning med sin benbrottsläkarverksamhet.

Kvinnliga läkare - insiders eller outsiders?

De första kvinnliga läkarna i Sverige kunde bara verka privat. Först 1923, genom behörighetslagen, fick nämligen kvinnliga läkare tillträde till offentliga tjänster.

Till skillnad från vad som kom att gälla för andra

Hedda Andersson blev Lunds universitets första studentska och Sveriges andra kvinnliga läkare. Hennes mor och mormor bekostade hennes utbildning med sin benbrotts- läkarverksamhet

Kvinnliga läkare har alltså genom åren haft samma lön som manliga läkare ända fram till 1980-talets mitt

akademikergrupper fick kvinnorna då samma löneplan som männen. Kvinnliga läkare har alltså genom åren haft samma lön som manliga läkare ända fram till 1980-talets mitt. Då infördes fri lönesättning och sedan dess har kvinnorna genomsnittligt fått lägre löner än männen på lika positioner.

De första kvinnliga läkarna kom att engagera sig i samhällsfrågor särskilt kvinnornas villkor och kvinnors rättigheter. De skrev och talade mot prostitutionen och dess reglementering (4,5) och mot kvinnomisshandel och de verkade för upplysning i hälsofrågor och sexualhygien.

I dag finns 27 700 läkare i Sverige och 38% av dem är kvinnor. Av chefer bland läkarna är mellan 15% och 20% kvinnor (Läkarförbundet, sept 97). Vad betyder det för sjukvårdskulturen - den manliga och den kvinnliga - att mer än en tredjedel av läkarna är kvinnor och så få av dem är chefer? Det är faktiskt svårt att svara på. Kvinnliga läkare vittnar ofta om att de varken känner sig helt hemma i den kvinnliga vårdkulturen eller i den manliga.

Jag har tagit upp historien om Elna Hansson och hennes dotterdotter Hedda Andersson och den aktade och välrenommerade benbrotsläkarläkt som de tillhörde därför att denna historia illustrerar innanförskapet och utanförskapet; dess vinster och dess förluster. Elna Hansson hade gott rykte som botare, hon hade ett eget sjukhus men var inte formellt utbildad. Hon ifrågasattes för sin verksamhet men aldrig för att hon var kvinna. Hedda, hennes dotterdotter, fick genom sin godkända formella utbildning acceptans av samhället men förhindrades att göra karriär i det etablerade medicinska systemet därför att hon var kvinna.

Särart och likhet. Arv och miljö

I diskussionerna om kvinnans jämställdhet, plats i samhällsinstitutionerna liksom i världen utanför har man ömsom poängterat hennes särart ömsom hennes likhet i förhållande till mannen.

Det man i dagens debatt tycks vara mest förtjust i är förklaringar som handlar om *skillnader* mellan könen. Hur *olika* våra hormoner styr våra hjärnor, vårt beteende. Kulturens, den samhälleliga påverkans betydelse, är just nu nedtonad.

Olika egenskaper framäliskas, som det heter på danska,

hos flickor och hos pojkar. Ett tjänande sinnelag framäliskas hos flickor. Att acceptera att bli störd. Att göra fler saker på en gång. Att sätta egna intressen tillbaka för andras behov. Att uppleva andras behov och egna som svåra att separera. Samtidigt tycks en hormonell styrning verka i samma riktning när vi får hand om ett mycket litet barn och detta kan vara en för artens överlevnad ändamålsenlig biologisk programmering av en person som barnet är helt beroende av. Men när också stora barn, vuxna friska män ja, hela nationer profiterar på denna biologiska bestämning inrättad för spädbarnets överlevnad blir kvinnor utnyttjade. Och när arbetsbelastningen blir för stor blir kvinnornas sociala förmåga, känslighet för andras behov och höga simultana förmåga deras egen värsta fiende. Det blir en överanpassning som är hälsovådlig.

Kvinnors arbete för andras hälsa - en hälsorisk för dem själva

Nu kunde man tänka att när detta emotionella och fysiska kvinnoarbets betydelse för samhället uppmärksammas så ökar också kvinnornas betydelse och makt i samma samhälle. Tyvärr förhåller det sig precis tvärtom. Den norska historieprofessorn Ida Blom menar att kvinnoförtrycket är så allmänt utbrett har att göra med alla samhällens behov av att få det nödvändiga omsorgsarbetet utfört. Det gäller att få kvinnorna att utföra arbetet men hindra dem från att inse sin egen betydelse vilket skulle kunna leda till krav på större rättigheter (6).

Den engelska sociologiprofessorn Ann Oakley har sagt samma sak så här: "Women's role as the guardians of the nations health is the basis of their oppression" (7). I ett svenskt riksdagsprotokoll från 1888 kommer samma tanke fram. Protokollet behandlar en remiss om lämpligheten av kvinnors direkta deltagande i samhällsarbetet. Remissen avstyrks av 11 domkapitel och 14 länsstyrelser med motiveringen:

..."reformen skulle göra intrång på kvinnans av naturen och samhället förelagda plikter, komma henne att försumma sina husliga åligganden för att öda sina krafter på besvärliga och tidsödande och för hennes skaplynn främmande uppdrag. Myndigheterna hava vanligen kunnat påräkna kvinnornas ofta oskattbara frivilliga tjänster utan att erbjuda några motsvarande rättigheter."

Det blir en överanpassning som är hälsovådlig

Stress, psykosomatiska sjukdomar och kön

Stressrelaterade värkproblem blir allt vanligare bland kvinnor medan de minskar bland män. Hjärtinfarkter och hjärt-kärlsjukdomar, som också är stressrelaterade, minskar bland män men inte säkert bland kvinnor.

En erkänd förklaringsmodell för sambandet mellan stress och sjukdom är att ju mindre handlingsutrymme man har i sitt liv desto högre stress utsätts man för (2). Kombinationen stort ansvar och lite makt, som kännetecknar både det avlönade och det oavlönade vårdarbetet kan alltså ge stressrelaterad sjukdom och funktionsnedsättning både somatiskt och psykiskt..

Men i undersökningar av sådana här samband kan det bli *både för mycket och för lite kön* som förklaringsmodell. Detta påpekar kvinnoforskaren och läkaren Kitty Strand i Norges Forskningsråds tidskrift *Kvinneforskning* 1/96. Kvinnor är ingen enhetlig grupp; stress på arbetet och i hemmet kan se olika ut för kvinnor i olika samhällsklasser och i olika åldrar. Detta resonemang gäller naturligtvis även för män. Både levnadsvillkor, ålder och kön måste vara med som variabler. Vidare är det viktigt att vi gör nya förutsättningslösa undersökningar hela tiden eftersom så mycket i våra levnadsvillkor ständigt förändras (8).

Med andra ord måste vi se på likheter och skillnader *samtidigt* i nästan allt vi undersöker. Annars löper vi risken att antingen undervärdera eller övervärdera könets betydelse. Vi skall alltså inte använda kön för att leta efter skillnader utan som en grundläggande kategori för analys av ett material.

Går det att uppvärdera omvårdnadskunskapen?

Slutligen några ord om omvårdnadskunskap hämtade från en ny bok av Celia Davies (*Gender and the professional predicament of nursing*).

Sjuksköterskornas kunskapsområde kan inte systematiseras utan att något av dess väsen går förlorat säger Celia Davies. Hur skall man då få aktning inom ett system som uppgjort reglerna för hur kunskap skall beskrivas. Hur löser man konflikten att dels få status som en självständig profession, så som professioner i vårt samhälle är definierade, dels arbeta mot detta synsätt.

Vi skall alltså inte använda kön för att leta efter skillnader utan som en grundläggande kategori för analys av ett material

Själva kärnan i yrket är ju just att inte pådyvla en annan människa sin 'expertkunskap'.

Vår världsbild är till stor del styrd av en genusordning som både speglar och legitimerar de förhållanden som råder i samhället och kulturen. Maskulinitet och femininitet kan man se som kulturella koder som löper efter två särskiljande spår. Dessa koder får sin betydelse i förhållande till varandra och det maskulina är normgivande. De är konstruktioner som tjänar till att hålla nere kvinnor och vi är så vana vid detta att vi inte ser det. När försök görs att logiskt uppvärdera ett yrke genom att fästa uppmärksamheten på vad man skulle kunna kalla 'feminina kvaliteter' är det inte så konstigt att det inte lyckas eftersom detta blir en motsägelse i sig själv.

Inte bara sjuksköterskor har intresse av att omvårdnad uppgaderas. Det problem som beskrivs rör inte bara sjuksköterskorna utan handlar också om den avhumanisering och brutalisering som sker inom vården med maskulina förtecken. Det finns anledning för både män och kvinnor att engagera sig i en diskussion om detta (10).

REFERENSER

1. Malmö Sjukhus Årsberättelse 1897.
2. Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G (red): Kön och ohälsa - en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv. Studentlitteratur, 1996.
3. Wedin I: En Benbrottsläkarläkt. Rabén och Sjögren, 1991.
4. Andrén A: Karolina Widerström. En levnadsteckning. Norstedts 1956. (Nytryck 1988, Sveriges Kvinnliga Läkares Förening).
5. Carlstedt G, Forssén A: Kvinneforskning. Inte bara forskning om eller av kvinnor. Läkartidningen 1996;93 (50): 4629-36.
6. Blom I: "Hjernen kan ikke udvikle sig samtidigt med ovarierne...Kvinnelige pionerer i den medicinske profession omkring 1900. Ur "Manliga strukturer och kvinnliga strategier" - en bok till Gunhild Kyle. Historiska Institutionen, Göteborgs Universitet, 1987.
7. Oakley A: Key note speech. WHO conference Women and Health, Edinburgh, 1983.
8. Strand K: Det kan bli både "for mye" og "for lite" kjønn. Kvinneforskning 1/96. Norges forskningsråd, Sekretariatet for kvinneforskning.
9. Hall E: Double exposure. The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in swedish women and men. Int J Health Services 1992, nr 2, s 239 - 260.
10. Davies C: Gender and the professional predicament in nursing. Buckingham - Philadelphia: Open University Press, 1995. (se recension i Läkartidningen 1996, nr 14. Kerstin Ternulf Nyhlin).