

.....
*Fungerande personliga relationer tycks vara
en av de viktigaste förutsättningarna för hälsa*
.....

senare tid har man fått upp ögonen – på nytt kanske man skall säga – för sociala relationers betydelse när det gäller hälsan. Många undersökningar visar ett starkt samband mellan brist på sociala nätverk och ökad sjuklighet och dödlighet. Fungerande personliga relationer tycks alltså vara en av de viktigaste förutsättningarna för hälsa. Och att ansvara för personliga relationer är en av de viktigaste komponenterna i det arbete som vi kallar omsorgsarbete.

Omsorgsarbete

Omsorgsarbetet är nödvändigt för samhällets fortlevande. Det består av, förutom det nyss nämnda, 1) *emotionella arbetet* att svara för människors välbefinnande och för upprätthållandet av goda sociala relationer av andra områden som 2) *konsumtionsarbete*, dvs att tillse att familj och hushåll får tillgång till varor och tjänster anpassade efter behov som skiftar i förhållande till tid, rum och person. Samt slutligen av 3) *hushållsarbetet*, vilket dock till mindre del består av husets underhåll än av underhållet av dess medlemmar med mat, kläder och andra fysiska omsorger. (3) Detta är naturligtvis *hälsoarbete* alltsammans. Det utförs av kvinnorna i samhället och det är oavlönat. Kännetecknande för detta arbete är att det är fysiskt och emotionellt krävande, att det knappt är erkänt som arbete och att det märks först när det brister. Samma relativa osynlighet och låga status har även det avlönade omsorgsarbetet inom barnavård, sjukvård, åldringsvård, hemservice etc. Även detta arbete utförs huvudsakligast av kvinnor och är basal vård i hälsans tjänst. – Primärvård, med andra ord.

Samhällets resurser och människors behov

Ansaret för att samhällets resurser och människors behov kommer i kontakt med varandra vilar på kvinnorna i välfärdsstaten. Den italienska sociologen Laura Balbo, som kallar detta arbete "women's patch work" (ungefär = kvinnors lapptäcksarbete) har beskrivit välfärdsstaten som "... ett

djupt fragmenterat och på komplicerat vis sammanflätat system av resursproducerande institutioner: stat, kommun, marknad, familj, vänner, frivilliga institutioner osv. En del av de resurser, som familjerna behöver, kan bestå av kontanter, varor och tjänster från välfärdsstaten. För att anpassas till de olika familjemedlemmarnas specifika behov, skall dessa resurser utväljas och kombineras. Det är först och främst kvinnor, som har ansvar för att utvälja, arrangera, finna lösningar och anpassa resurser till vardagens behov. Detta kräver tid, planläggning och fantasi. Det innebär nya beslut baserade på en kunskap om pengar, tid och avstånd. Uppgiften är svår eftersom det hela tiden sker ändringar i de resurser som finns till hands, i betingelserna för att få del av dem samt i familjemedlemmarnas behov. På detta sätt maximerar kvinnor värdet av de tillgängliga resurserna – inte i pengar men i behovstillfredsställelse. ... Detta patch work är rätt och slätt strategier som är nödvändiga för att överleva i ett starkt fragmenterat samhälle. I kristid växer kraven på kvinnornas organiserande förmåga och det blir svårare att fungera som den nödvändiga förbindel-selänken mellan resurser utifrån och familjens behov. Kvinnor gör emellertid sitt yttersta för att överbrygga bristerna i de resurser som finns. När välfärdsstaten nu är en koloss på lerfötter, hänger det också samman med att välfärdsstaten baserar sin existens på en ojämnlik könsstruktur och att detta fundament nu håller på att ge vika, eftersom pressen på kvinnor blivit för stor."

För att återgå till begreppet hälsa kan vi alltså sammanfatta så här:

Medan det kulturella budskapet är det; att hälsa förmedlas av doktorer – manliga – i det medicinska systemet, är verkligheten den att det är kvinnorna i samhället, som svarar för huvuddelen av fysisk, psykisk och social hälsovård.

Stort ansvar – liten makt

Kvinnor känner detta ansvar. Kvinnor vet att kontakten med vardagen ger dem kunskaper, som behövs för allas överlevnad. Samtidigt värderas denna kunskap inte särskilt högt och ansvaret som annars vilar så tungt på kvinnorna låtsas man inte om, när de samhälleliga besluten skall fattas.

.....

*Ansvar för att samhällets resurser och människors behov kommer i kontakt med varandra
vilar på kvinnorna i välfärdsstaten*

.....

Samtidigt med *stort ansvar* för livsviktiga områden har alltså kvinnor *liten makt* över hur dessa områden styrs i samhället.

Exempel

Kvinnor ser sig ofta såsom huvudansvariga för barns välfärd, deras utveckling och uppfostran etc. Men kvinnor har mycket litet att säga till om när det gäller planering av daghem, skolor, bostadsområden, trafik etc.

Kvinnor som vårdare av patienter känner ansvar för liv, hälsa och välbefinnande hos sina patienter samtidigt som de har liten makt över sjukvårdens inriktning, prioritering, forskning och undervisning och dess kunskapssyn inte minst. För det är ju så att den som har makt bestämmer vad som är giltig kunskap och viktig kunskap. Och inom det medicinska systemet har expertkunskapen – den som bla företräds av läkarna – mycket större "värde"

Husmor

av BERIT ØSTBERG

På väg till toa städar jag
När jag går genom vardagsrummet
vattnar jag blommorna,
sopar undan i öppna spisen,
viker ihop tidningarna
På väg genom köket
ger jag hunden mat
plockar undan koppar
sätter på kaffet.
I hallen rätar jag till mattan,
lägger vantarna i lådan.
I badrummet äntligen.
Jag plockar ihop torra kläder,
byter handdukar,
slår på tvättmaskinen.
Och så sätter jag mej på toaletten.
Medan jag sitter där
torkar jag av golvet.

(ur tidn Sirene 3/83)

än den så kallade vardagskunskapen, som företräds av vårdpersonalen.

Hemsamariter och andra som arbetar med socialt arbete känner omsorg om gamla och andra hjälpbehövande i samhället men har liten makt över både planeringen och sitt eget arbete och den situation som de hjälpbehövande lever under. Inom socialt arbete är det dessutom oftast så att avancemang inom branschen sker *bort från* direkt klientarbete. Ju mer man avancerar i lön och status, desto mindre direkt kontakt med klienter har man. Detta system vidmakthålles ju också genom att de som har makt bestämmer vilka kvalifikationer som skall leda till makt. Och då väljer de kvalifikationer de själva har.

Som patienter får kvinnor ofta känna att de behandlas som helt ansvarslösa, samtidigt som det förväntas av dem att de ska ha fullt ansvar för hälsan hos sina närmaste. Särskilt frustrerande och förvirrande blir dessa dubbla budskap när det gäller graviditet och förlossning. Kvinnor har mycket liten makt över utvecklingen av tex fosterdiagnostik och förlossningsteknologi. Samtidigt lämnas kvinnor ofta helt ensamma med ansvaret för de beslut som följer av tex fosterdiagnostiska undersökningar.

Omsorgsarbete och hälsa

Är kvinnors hälsoarbete för andra en hälsoriks för dem själva? Detta är naturligtvis svårt att svara på. Under gynnsamma omständigheter kan omsorgsarbete vara mycket tillfredsställande och säkert därför hälsosamt. Det finns dock en del tecken på att kvinnor i dag dignar under sin omsorgsburden eller blir svårt slitna av att känna kraven (både inifrån och utifrån) men saknar möjligheterna att utföra ett gott omsorgsarbete.

Kvinnors dubbla börda med lönearbete och hushållsarbete är en *hälsorisk*. Enligt västtyska undersökningar sjunker medellivslängden för dubbelarbetande kvinnor i industriländerna. (Kontakt med Svenska Statistiska Centralbyrån har ej givit besked om att en sådan tendens kan påvisas i statistiken från Sverige.) Kvinnors växande deltagande på lönearbetsmarknaden har inte i någon högre grad motsvarats av ett ökat ansvar från männens sida för det oavlönade arbetet i samhället. Detta sköts fortfarande nästan helt av kvinnor. Enligt norska och

Undersökningar från flera olika västländer visar att hushållsarbetet i dag tar lika mycket tid som det gjorde på 50-talet

franska undersökningar är mängden hushållsarbete i timmar räknat, lika stor eller större än den sammanlagda mängden lönearbete i landet. Undersökningar från flera olika västländer visar vidare att hushållsarbetet i dag tar lika mycket tid som det gjorde på 50-talet. (Visserligen har vi maskiner, som underlättar en del arbeten. Men vi har också mer saker att hålla reda på, resurser och behov har byggts ut och blivit mer komplicerade.) På 50-talet var cirka 20 % av svenska husmödrar dubbelarbetande, i dag är det cirka 80 %. Att lönearbete är en nödvändighet för de flesta. Det går knappast att försörja en familj på en lön. Antalet ensamstående försörjare har ökat och dessa har ju aldrig haft något val mellan att vara hemma och att ha lönearbete. Enligt en undersökning från den danska planstyrelsen 1983 behövdes det i början av 50-talet 45 timmars arbetsvecka för att försörja en 4-personersfamilj (mannens arbetstid). I dag behövs mellan 70 och 80 timmar för att försörja en fyrapersonersfamilj (vanligen heltid för mannen och deltid för husrun). Till detta kommer längre restider än på 50-talet. Allt detta betyder ju att vi alla är hårdare slitna, åtminstone tidsmässigt, och att framför allt kvinnor känner av denna slitenhet. Kvinnornas så kallade uttag på arbetsmarknaden har inneburit mycket för självständighet och självkänsla. Ur arbetsbelastningssynpunkt och även ur perspektivet lön för mödan har det dock varit en *mycket dålig affär* för kvinnorna.

Det tunga arbetet i hushållssektorn är fortfarande till stor del "okänt" och inte beskrivet i officiella siffror. Ännu mindre vet vi om hur mycket vårdarbete som görs obetalt i hemmen. Världshälsoorganisationen gav 1981 ut en rapport om informellt vårdarbete, där man anger siffran för detta arbete till 80 % av allt vårdarbete i samhället. Sådana här siffror kan naturligtvis aldrig bli särskilt exakta. Klart är emellertid att eftersom vi så dåligt vet omfånget av hushållsarbete och vårdarbete i hemmen så kan

vi inte heller överblicka effekten av exempelvis nedskärningar inom den offentliga vården. Sådana nedskärningar kommer givetvis att leda till en ökad arbetsbörda för hemmen, eftersom det arbete som skärs ned i den offentliga sektorn ändå måste utföras, fast nu obetalt istället. Och det blir kvinnorna som får göra det. Kvinnorna förlorar alltså dubbelt. Dels blir de av med sina arbeten i den offentliga sektorn, dels måste de göra samma arbete hemma fast nu utan lön. Detta illustrerar vad vi sett många gånger tidigare, nämligen att det inte är svängremmen som dras åt i första hand vid ekonomisk kris utan det är skärpet.

Även det emotionella omsorgsarbetet rymmer i sig hälsorisker för kvinnorna. Den norska psykiatern Solveig Dahl menar att omsorg om andra först blir problematiskt när det är kopplat till en egen låg självkänsla. Kvinnor tränas till att öva upp sin känslighet för andras behov, inte för sina egna. I en nyligen publicerad uppsats skriver Solveig Dahl (4): "När kvinnors handlingar styrs utifrån att de lägger huvudvikten i livet vid bindningar till andra människor och känner sig ansvariga för andras väl och ve, blir detta i sig själv icke värderat som något positivt. Inte minst kvinnorna själva har sett att dessa värden gör dem sårbara och mer utsatta för att bli brukade och utnyttjade. ... Kvinnors inlärd altruism (= osjälviskhet) tjänar andra men inte dem själva."

När kvinnor så i terapisisituationer uppmuntras att förverkliga sig själva på bekostnad av sitt ansvar för andra, fungerar detta inte menar Solveig Dahl och fortsätter vidare: "Jag vill hävda att det inte är önskan om att ta vara på andra människor som det är något fel på utan snarare upplevelsen av eget värde och egen betydelse. ... Det är på tiden att vi – behandlare och andra – sätter frågetecknen vid ett ensidigt självförverkligande som ideal. ... "Vad förlust av sociala band och mänsklighet skulle betyda för samhället och kulturen kan jag inte överblicka. Men jag har hört många kvinnor säga med förtydligande i rösten: om jag slutar att bry mig om de

Kvinnors inlärd altruism (osjälviskhet) tjänar andra men inte dem själva

andra, hur skall det då gå? Min hypotes är att det finns anledning till oro och att vi gör klokt i att lyssna till deras röst.”

Solveig Dahl frågar vidare: ”Får kvinnor problem med sin ansvarskänsla för andra just för att de *inte* är martyrer eller masochister utan för att de förväntar sig ömsesidighet (i omsorgerna)? Hör kvinnors låga självkänsla samman med att de värden kvinnor står för inte har status?”

Ja, allt detta är mycket viktiga frågor att diskutera i sammanhanget ”Stort ansvar – liten makt”. Här kommer också tillståndet depression in. Varför är depression så mycket vanligare bland kvinnor än bland män? Har detta tillstånd något att göra med maktlöshet? Många experter hävdar det. (Det finns också ett gammalt svenskt ord för deprimerad – maktstulen.) Den danska psykiatern Jytte Willadsen har nyligen givit ut en bok ”Depression – Ditt namn är kvinna” och hon menar där att den ”normala kvinnorollens passivitet och inåtriktade aggressioner med skuldkänslor faktiskt är detsamma som en moderat depression.” (6) Hon säger att när kvinnor ”överspelar” kvinnorollen, så blir de deprimerade. Det finns också en frestelse att bli ”hängande i kvinnorollen” och därmed slippa ansvar. Den tyska sociologen Ilona Kickbusch tycker att det finns en risk att kvinnor ”flyr in i depressionen”, att i detta tillstånd får man antligen bekräftat den känsla av värdelöshet och maktlöshet, som man hela tiden har. Även Ilona Kickbusch menar att den motsägelse som finns i kvinnorollen gör att kvinnor blir psykiskt sjuka. En psykiskt sund människa är aktiv. Men en aktiv kvinna förklaras ofta som okvinnlig. (7)

För att sammanfatta denna diskussion om huruvida kvinnors hälsoarbete för andra leder till hälsorisker för dem själva: Det tycks alltså som om kvinnorollen i sig själv inbjuder till två ”hälsofarliga beteenden”:

1. *Överbelastning*. Kvinnor får för mycket att göra. Tar också på sig för mycket ansvar. Detta därför att männen *inte* tar ansvar för samma områden (Omsorgsarbete bla) men härigenom *hindras* ju också männen från att ta ansvar i fortsättningen.
2. *Underbelastning*. Flykt in i passivitet, klenhet, sjukdom, hjälplöshet.

Avslutande kommentarer

Kvinnor har alltså ansvaret för omsorgen i vårt samhälle. Männen har ”ansvaret för makten”. Från samhällets synpunkt fungerar detta åtminstone på ytan ganska bra, genom att de båda könens olika ansvarsområden kompletterar varandra. Men både ur samhällets och individens synvinkel är det en farlig och hälsovådlig uppdelning.

Om kvinnors ansvar och upptagenhet med vardagsarbete, omsorgsarbete etc gör att ingen tid och inga krafter blir över till att försöka påverka beslutsfattandet i samhället, leder ju detta till dels att omsorgsarbetet aldrig blir sett och erkänt, dels till att männen får fortsätta sitt destruktiva hanterande av makten, som ju hotar oss alla genom miljöförstöring och krigsrisk.

På det individuella planet är också upptagenheten med omsorgsansvar problematiskt för kvinnor. Det som vi ser som vårt yttersta ansvar och kanske också vår innersta identitet kommer i konflikt med hävdandet av ett eget jag och egna intressen, respekt för den egna personen.

Ann Oakley – en engelsk sociolog – har uttryckt det så här: Kvinnornas roll som bevakare av nationens hälsa är basen för deras förtryck.

Vad kan vi göra?

Som individer måste vi agera för samhällsförändringar i perioder, när vi är friska och starka. (Om man med andra ord vill verka för förändringar inom sjukvården, kan man inte göra det när man är sjuk för då är man rädd och beroende.)

Generella önskemål om förändringar är att vardagskunskapen måste uppvärderas, både ekonomiskt och statusmässigt. Det arbete som kvinnor gör och den betydelse som detta arbete har för allas vår hälsa, måste göras synligt.

Orättvisor i systemet måste påpekas, men det är kanske ännu viktigare och på ett sätt mer positivt att som kvinna leta efter *försummade områden, kunskaper som inte syns* etc. Då måste vi också visa att lika rättigheter kan innebära rättigheter att vara *olika*. Kvinnor och män är olika uppfostrade och har olika livserfarenheter och olika syn på världen. Framför allt uppfattar vi att som sociala varelser har vi *ansvar* för olika områden. Så är det i dag, även

om vi strävar mot en utjämning och delat ansvar för både makt och omsorg. Elin Wägner skrev om detta för många år sedan; "just för att kvinnor är *olika* måste de få *lika mycket* att säga till om i samhället".

REFERENSER

1. *T Mc Keown*: The Role of Medicine. Oxford, Blackwell, 1979.
2. *I. Kickbusch*: Föreläsning, Forum för kvinnliga forskare, Lund 1982. (Ilona Kickbusch RO/HED WHO. Scherfigs Vej 8, Köpenhamn.)
3. *R Freeman*: Self help and self care. HED. WHO, Köpenhamn, 1981.
4. Medisinsk kvinneforskning. Rapport fra ett seminar 14–16 april 1983. Norges almenntvitskaplige forskningsråd, Munthesgat 29, Oslo 2.
5. *R Liljeström*: Samhälle, könsroller, sexualitet. Sid 127–319. Prostitutionen i Sverige, del I. Socialdepartementet, Liber 1980.
6. *Jytte Willadsen*: Depression – Ditt namn är kvinna. TREVI -84.
7. *I Kickbusch*: Vom Verlust des Kontextes und der Lehre der Autonomie. Argument-Sonderband AS 77.
8. *G Haslebo*: Fordelning af tid og arbejde i velfærdsstaten. Miljöministeriet, Planstyrelsen, DK, 1982.
9. *L Balbo*: Crazy quilts (stencil). Facolta di scienze politiche, Milano, V Conservatorio 7, 1981.

Harvard College, 1979.

Klipp till om du vill veta mer om

friskvård -just för dig...

...den underbara naturen, promenader, motions-slingor, gymnastikprogram, skidåkning, tennis, näringsriktig kost, hälsokontroll, "vanlig" massage och vattenmassage, hälsobad, olika kvällsaktiviteter, temaveckor som t ex fasta, bantning, hälso och avkoppling

Vid behov står läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster till förfogande. Läs om allt detta och mycket mer i vår fyrfärgsbroschyr. Du får den kostnadsfritt på posten. Gör dig själv en stor tjänst – skicka in kupongen till Nyhyttan, Hälso- och rehabcenter, Box 808, 713 00 Nora.

Friskvård -just för dig!
Nyhyttan

**Hälso- och rehab.
center**

**Box 808, 713 00 Nora
Tel, vx 0587-604 00**

Namn _____

Adress _____

Postadress _____