

Strategier för kvinnohälsa

– historisk återblick och framtids tankar

Gunilla Carlstedt

I artikeln söker författaren spåra de historiska rötterna till den kvinnoupfattning som idag råder inom medicinen. De medicinska sanningar som den manligt dominerade vetenskapen gjort gällande har ofta visat sig mer anpassade till samhällsekonomiska intressen än till kvinnors egna behov. Viktigt är att se klasskillnader som finns även idag. Speciellt uppmärksammas den äldre arbetarklasskvinnans utsatta position i sjukvård och samhälle. För en jämlik sjukvård krävs att kvinnors arbetslivshistoria – inklusive det oavlönade arbetet – blir känd, dokumenterad och uppvärderad.

Gunilla Carlstedt är socialläkare i Solna. Hon har tidigare varit verksam inom psykiatri och allmänmedicin.

I sökandet efter nya strategier för främjande av kvinnors hälsa blir det angeläget att analysera den sociala roll som medicinen och läkarvetenskapen spelat – och spelar – för uppfattningen av kvinnan som könsvarelse, personlighet och samhällsmedlem. Låt oss därför börja med en historisk återblick.

En historisk återblick

De antika filosoferna hade förklarat kvinnan *andlig defekt*. I medeltidens Europa, med kyrkan som ideologibildande institution, betraktades kvinnan som *moraliskt defekt*. Med den bio-medicinska vetenskapens blomstring under 1800-talet kom kvinnan mer och mer att behandlas som *fysiskt-kroppsligt defekt*. Traditionell kvinnlig kunskap om sjukdom och behandling, födelse och barnavård trängdes undan av en framväxande och monopoliserad manlig vetenskap. Födelsekontroll och abort var ej längre en moralisk-religiös fråga, utan blev en affär mellan kvinnan och hennes (manlige) doktor.

Idag har pendeln ytterligare svängt, så att kvinnor nu betraktas som *mentalt defekta*, den gynekologiska makten över kvinnor har – delvis – övergått i ett psykiatriskt förtryck. Idag är det ofta svårt för kvinnor att få erkännande för kroppslig sjukdom – det finns en tendens att definiera kroppslig ohälsa som "psykosomatisk" – och därmed inte verklig. (Jag återkommer till detta längre fram).

Kvinnor som klass

Under perioden 1865–1920 utvecklas stora klasskillnader mellan kvinnor i västvärlden. Överklasskvinnor med säte i borgerligheten hade inte mycket gemensamt med arbetarklassens kvinnor. De senares arbete var nödvändigt för de förras välfärd. De sociala rollerna för dessa båda grupper av kvinnor var diametralt motsatta. Den rika kvinnan uppmuntrades att framleva sina dagar i överksam lojhet. Arbetarklasskvinnans "natur" var hårt arbete. För att legitimera denna klassklyfta behövdes en vetenskaplig teori, som förklarade skillnaden mellan rika och fattiga kvinnor, när det gällde deras

Tankarna i den historiska återblicken är i huvudsak hämtade från boken "Complaints and disorders. The sexual politics of sickness.", skriven av de båda amerikanska författarna Barbara Ehrenreich och Deirdre English.

Författarna har valt att speciellt studera perioden sent 1800-tal till tidigt 1900-tal. Denna period markerar dels övergången från religiös makt över könsförhållanden till medicinsk makt över i första hand reproduktivitet och sexualitet. Dels utformas medicinen som profession under denna period till det som vi känner än idag – en manlig elit med legalt monopol över medicinsk praktik.

De tankar som förs fram i boken utgår således från amerikanska förhållanden men har tveklöst giltighet i hela västvärlden och så även de förhållanden som gällde i Sverige vid denna tid.

fysiska utrustning. Den medicinska vetenskapen tog på sig denna uppgift. Härvid tog man stöd av social-darwinistiska tankegångar om olika egenskaper och behov hos olika klasser, raser, kön.

Den ömtåliga överklasskvinnan

I det framväxande industrisamhället utgjorde överklasskvinnan, med sin ömtålighet och sitt delikata väsen, ett passande komplement till den framgångsrika affärsmannen. Affärsvärlden var hård och brutal – hemmet med den ljuva kvinnan blev en viloplats för kropp och känslor. Vi ser här framväxten av den borgerliga kärnfamiljen. Mäns och kvinnors dagliga världar skiljs mer och mer. Majoriteten av medel- och överklasskvinnor hade små möjligheter att utveckla egna och självständiga liv – de var ekonomiskt beroende av män eller fäder. I denna kultur uppkom föreställningen om den kvinnliga invaliditeten, vilken i sin tur gjorde kvinnorna ytterligare fångna. "Kvinnoläkare" (manliga) började dyka upp i stort antal. Litteratur som riktade sig till kvinnor romantiserade sjukdom och död. Skönhetsidealet anpassades till detta och det blev modernt att dra sig tillbaka med huvudvärk, nervösa besvär och en massa andra åkommor – i synnerhet sådana som kunde kopplas till de kvinnliga organen.

Det är idag omöjligt att bedöma hur pass sjuk 1800-talets överklasskvinna faktiskt var. Klart är att hon statistiskt sett överlevde sin man – även om skillnaden var mindre än idag. Tuberkulos skördade många offer, speciellt bland unga kvinnor. Risker och komplikationer vid graviditet och förlossning var givetvis väsentligt större än idag. Dessa faktiska medicinska faror kan dock inte förklara den kvinnliga "invaliditeten" hos en speciell klass i samhället.

Vilka faktorer bidrog då till att underhålla myten om den kvinnliga invaliditeten hos överklasskvinnan? Vi kan ana att det låg i doktorernas eget intresse – det diskvalificerade kvinnor från läkaryrket och tillförsäkrade en god patienttillströmning. Kvinnor – med män som kunde betala – utgjorde den bästa inkomstkällan. Det uppstod en manlig solidaritet mellan betalande män – som det passade med sjukliga och inaktiva hustrur – och doktorer

som fick sin försörjning genom att underhålla sjukligheten.

Den vetenskapliga förklaring som gav sanktion åt överklassens ekonomiska intressen hade som bas att definiera alla naturliga kvinnliga funktioner såsom sjukdom. Pubertet, menstruation och klimakterium var sjukdomar. Universalbehandlingen var sängläge. Även graviditet var sjukdom och krävde doktorers övervakning, barnmorskans roll tonades ner. Fö var uppfattningen om vår fysiologi vid den här tiden tämligen oklar. Utrymmet för godtycklighet var stor. Stor genomslagskraft hade dock teorin om "den konstanta energiåtgången". Enligt denna hade kvinnan endast tillgång till en viss bestämd mängd energi. Eftersom allt överskuggande livsuppgift ansågs vara "det reproduktiva livet", var det nödvändigt att spara all tillgänglig energi till de kvinnliga organen. All annan verksamhet – av intellektuell eller fysisk karaktär tex – ansågs inverka menligt på den reproduktiva förmågan. Farligast och mest sjukdomsframkallande av allt var den sexuella lusten. Sjukdom förlades nästan uteslutande till livmoder och äggstockar. Dessa organ ansågs antingen vara upphov till allehanda sjukdomar – alternativt blev de sjuka av olämpligt uppförande, såsom för mycket läsning, promenader eller sexuell aktivitet. Högre utbildning var inte att tänka på, då det förstörde den reproduktiva förmågan. Det var en strikt gränsdragning mellan reproduktivitet – hyllad som kvinnans främsta tillgång – och sexualitet, som i alla former var bannlyst som lustupplevelse. I den mån kvinnlig sexualitet upptäcktes (manliga doktorer var alltid på spaning efter den) ansågs den som sjuklig och skulle behandlas. Den medicinska behandling som bestods ännu under sekelskiftet var ofta grym och var mer till skada än till nytta. Blodtappning, laxer- och kräkningskurer bidrog verkligen till att kvinnorna blev svaga och sängliggande under långa perioder. Total vila och passivitet med olika fastekurer var grundläggande behandling om det gällde att påverka kvinnans personlighet. Den radikalaste behandlingen – vid såväl fysisk som psykisk sjukdom – var att operera bort livmoder och/eller äggstockar. (Än idag finns en påtaglig klåfingrighet när det gäller viljan att "radikaloperera" kvinnor).

Att vara "sjuk" utgjorde ett av de få sätt som fanns för att slippa sexuellt umgänge och icke önskvärda graviditeter.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att 1800-talets medicinska behandlingsmetoder knappast gjorde kvinnor friskare. Däremot var de onekligen effektiva för att hålla kvinnor på plats. Helt utan vinst för kvinnorna själva blev dock inte denna svaghetskult. Att vara "sjuk" utgjorde ett av de få sätt som fanns för att slippa sexuellt umgänge och icke önskvärda graviditeter. Att få "hysteriska anfall" var ett av de få sätt som kvinnor hade för att skaffa sig makt inom familjen. Kanske det enda accepterade sättet att ge utlopp för protest och uppror mot hela situationen. Även hysterin betraktades dock som kommande från sjukdom i livmodern (hysterectomi är än idag den vedertagna medicinska benämningen för borttagande av livmodern).

Psykoanalysens intåg

En stor förändring inträffade i och med Freuds debut på arenan och införandet av den psykoanalytiska teorin. I ett slag förvandlades hysterin från att vara en gynekologisk åkomma till att bli en mental sjukdom. Succesivt övertog psykiatrin makten att förklara kvinnans natur. I vissa avseenden blev detta en befrielse för kvinnorna. De slapp en del av den grymma kroppsliga åverkan. Dessutom tilläts de att ha sexuella känslor. Men i ett viktigt hänseende var den freudianska teorin lika förtryckande som någonsin den gynekologiska – kvinnan ansågs fortfarande som defekt. Den här gången genom avsaknad av penis. Kvinnor var fortfarande definierade som underlägsna pgr av sin anatomi.

Den smittsamma arbetarkvinnan

Medan tidens doktorer sökte och underhöll sjukdomar hos de välbärgade kvinnorna härjade tyfus, tbc och difteri bland arbetarklassens kvinnor. Sjukdom, överansträngning och skador var rutin för dessa kvinnor. De tillbringade ofta upp till halva dygnet i ohälsosamma fabrikslokaler och resten av dygnet i lika ohälsosamma, överfyllda lägenheter. Ingen tid

och inga pengar fanns att odla någon myt om invaliditet. Det behövdes oftast ingen mytbildning – invaliditeten var verklig. Ingen extra ledighet vid graviditet eller efter förlossning gavs, än mindre fanns anledning att uppmärksamma menstruation eller menopaus. En enda dags bortovaro från arbetet kunde leda till avsked. Arbetsgivaren såg det samtidigt som självklart att den egna hustrun skulle behandlas med sängläge och vila. Tidens doktorer (med enstaka undantag) ägnade mycket lite intresse åt de fattiga kvinnornas hälsa – hon kunde varken betala eller ansågs särskilt behandlingsbar. Desto mer uppmärksamhet ägnades dock från överklassens sida åt den "smitta" och orenhet, som arbetarklassens kvinnor antogs sprida. När teorin om bakterier som orsak till smittsamma sjukdomar lanserades, passade den in i den rådande ideologin om arbetarklassen som smittbärare. En fanatisk hygienkult uppstod bland överklassen. Det fanns knappast gränser för den energi, som lades ned på att hålla smitta från arbetarklassen borta. Förutom att arbetarklassens bakterier skulle hållas på avstånd fanns det ytterligare en biologisk klasskamp – den genetiska. Det fanns en föreställning att "bättre" människor snart skulle konkurrera ut de mindre välbärgade. (Liknande tongångar kan dessvärre höras även idag – om än i mer fördolda tonarter). De fattiga var egentligen en utdöende ras. Vid sekelskiftet blev det dock tydligt att – genom någon oförklarlig svängning av naturen – överklassen höll på att gå under, i antal och dominans.

Arbetarklasskvinnan var "farlig" för överklassen. Hon fortsatte att överträffa överklasskvinnan i barnafödande. Hon utgjorde dessutom genom sin (för överklassen helt nödvändiga) närvaro i de välbärgades hem en ständig potentiell smittorisk. Farligast av alla ansågs den prostituerade kvinnan vara. Hon spred venerisk smitta in i de finaste familjer. "Offren" utgjordes av affärsmän, studerande yng-

Medan tidens doktorer sökte och underhöll sjukdomar hos de välbärgade kvinnorna härjade tyfus, tbc och difteri bland arbetarklassens kvinnor.

Endast de mest upplysta feministerna såg prostitutionen som uttryck för fattigdom och könsförtryck.

lingar och andra yrkesmän. I förlängningen betraktades även deras kvinnor som offer för dessa smutsiga kvinnors yrkesutövande. Endast de mest upplysta feministerna såg prostitutionen som uttryck för fattigdom och könsförtryck. Teorin om den kon genitala defekten satt djupt.

Hälsa åt alla

När man så småningom började att intressera sig för arbetarklassens hälsa, var det således i första hand för att skydda överklassen. Det som skulle bekämpas var smittöversförande och stora barnkullar. Drivande i detta arbete blev de medel- och överklasskvinnor, som definitivt började att tröttna på sina passiva liv. Att satsa sina krafter på detta var en aktivitet, som kunde accepteras även av männen och som på intet sätt hotade deras revir. Det skall inte förnekas att den nya hälsorörelsen verkligen förbättrade villkoren för arbetarklassens kvinnor. Det totala hälsotillståndet blev bättre, framför allt genom olika hygieniska åtgärder på arbetsplatser och i hemmen. Samtidigt fick man en fortsatt polarisering mellan kvinnor från olika klasser – en grupp "hjälpare" och en annan grupp, som utgjorde "problemet".

Dagens sjuka kvinnor

Tveklöst har det medicinska kvinnoförtrycket minskat jämfört med tidigare. Lika tveklöst kvarstår dock den manliga dominansen över medicinsk vetenskap och praktik – och dess konsekvenser för kvinnors hälsa. Och likaväl idag som för hundra år sedan spelar övergripande samhällsekonomiska intressen in, när det gäller att definiera vad som är "friskt" respektive "sjukt". Den gravida överklasskvinnan på 1800-talet lades till sängs. På 1960-70-talen – under högkonjunktursens år, då kvinnlig arbetskraft behövdes – blev ryggbesvär under graviditet betraktat som " normalt " av den medicinska expertisen. Gravida kvinnor med exempelvis

ischias ansågs ej berättigade till sjukpenning. Nu har pendeln åter svängt – i arbetslöshetens fotspår är det åter lättare att få en för sjukskrivning giltig diagnos. Det handlar således oftast mindre om faktisk upplevd arbetsoförmåga än om vad som för tillfället passar in i ett större samhällsekonomiskt perspektiv. Styrande är den härskande klassens dvs de kapitalstarka männens intressen.

Ett viktigt kvinnoperspektiv på medicinen blir således att bevaka i vems intressen de vetenskapliga sanningarna tar form och förändras. Som aktuell utmaning idag tjänar t ex en artikel i Läkartidningen nr 24/85. Fyra (manliga) gynekologer har forskat fram att hälften av alla kvinnor i och efter klimakteriet är i behov av östrogen. Vi kan bara ana vilka förtjänster som läkemedelsindustrin kan göra om ett sådant hormonellt bombardemang av den kvinnliga hälften av befolkningen skulle komma till stånd. Och hur ett sådant beroende av den medicinska överheten kvarhåller kvinnor i föreställningen att de är defekta när fruktsamheten avtar. Vi ser likheterna med 1800-talets uppfattning om kvinnan. Strindberg uttryckte det sålunda: "Att vara kvinna är att vara ett sjukt barn. Tretton gånger om året är hon underbegåvad, antingen av blodbrist eller prokreationsraseri. Under havandeskapet är hon nära vanvettigt i 9 månader, under amningen är det ännu värre, och under klimakteriet får hon anses vara otillräknelig." Då liksom nu har kvinnors psyke stått i fokus, när man sökt förklaringsmodeller till kvinnors sjuklighet. Den hysteroida kvinnan på 1800-talet (som blev utsatt för hysterectomi för att bli av med sina besvär) omnämns idag istället som psykosomatisk, kanske blir hon erbjuden psykoterapi. Kvinnans personlighetsegenskaper anses spela stor roll för uppkomst av sjukdom. Kvinnor är på det ena eller andra sättet – därför blir de sjuka*.

* Som exempel kan nämnas den kvinnouppfattning som sprids genom den mest lästa läroboken idag inom gynekologin (Sam Brody, Obstetrik och Gynekologi). Här beskrivs kvinnor som har underlivsbesvär och/eller sexuella störningar bl a såsom varande "manhaftiga" och "karriärsugna". Icke med ett ord uppmärksammas kvinnans ställning idag i samhället eller hennes position såsom underordnad mannen när det gäller såväl makt som pengar – och vad detta kan betyda för hennes hälsotillstånd.

Hur kvinnan däremot *har* det – med arbete hemma och borta, omsorgsansvar, ekonomi – har ägnats ringa intresse. Detta gäller såväl i kliniskt arbete som i forskning. (Endast hur kvinnor *har* det i sina känslomässiga relationer – framförallt då till mannen – har rönt intresse. Detta har ytterligare förstärkt de psykologiska förklaringsmodellerna.) Låt oss se vad detta får för konsekvenser vid mötet med vårt sjukförsäkringssystem, tillkommet för att lindra verkningarna av nedsatt arbetsförmåga. Jag väljer med avsikt en ekonomisk bas för mitt resonemang och vill med detta markera kvinnans ekonomiska underläge i samhället – sett i relation till den betydelse som man idag vet att ekonomin har för hälsan.

Kvinnor missgynnade

Vårt sjukförsäkringssystem ersätter enligt reglerna endast tillstånd som kan definiera såsom "sjukdom". Vi har tidigare konstaterat att sjukdom är ett föränderligt och konjunkturkänsligt begrepp. Det finns idag diagnoser för kroppsliga och psykiska sjukdomar – vilka ger rätt till ersättning om de ger upphov till nedsatt arbetsförmåga. Sociala orsaker till ohälsa ger ofta inte samma rätt till ersättning. Som jag senare skall återkomma till får detta negativa konsekvenser för kvinnor. Även när det gäller bedömningen av somatiska åkommor missgynnas kvinnor. Vid somatiska symptom skall dessa helst vara objektivt verifierbara (med exempelvis röntgen eller laboratoriefynd.) Tjänstemännen på försäkringskassan (vilka saknar medicinsk utbildning) som har till uppgift att avgöra om sjukdom föreligger eller ej – är hänvisade till den medicinska kunskap som idag är framforskad. Den medicinska vetenskapen har visat sig långt ifrån objektiv och värderingsfri – styrd av manliga behov och verklighetsuppfattningar. Många kvinnotypiska sjukdomar har blivit betraktade som banala ointressanta och därför förblivit outforskade (tex den stora gruppen

.....
Då liksom nu har kvinnors psyke stått i fokus, när man sökt förklaringsmodeller till kvinnors sjuklighet.
.....

.....
Kvinnor som grupp har mindre makt, sämre ekonomi och längre total arbetstid än män.
.....

"diffusa" muskel och ledsjukdomar). Kvinnors sjukdomar finns således oftare som subjektivt upplevda symptom än som medicinsk verifierbara fakta. Då försäkringssystemet ej heller tillåter sociala orsaker till sjukdom missgynnas kvinnor ytterligare. Lite tillspetsat kan man säga att rätten till sjukersättning idag grundas på bedömning av ett enskilt organs medicinska status i förhållande till en specifik arbetsuppgift i produktionen. Detta täcker på intet sätt kvinnors faktiska arbetssituation och förslitning. "Räddningen" för kvinnan blir därför ofta en psykisk eller psykosomatisk diagnos. Priset hon får betala för att få sin rätt till ersättning är att bli betraktad som mentalt defekt.

Den sociosomatiska kvinnan

Förvisso får kvinnor psykiska problem. I synnerhet om "lönen" för ett kanske långt livs arbete är kroppsliga symptom i form av värk och hon sedan varken får mänsklig bekräftelse på sin förslitning eller ekonomisk ersättning när hon inte längre kan arbeta.

En grupp som idag blir extra hårt drabbade av nuvarande regler, när det gäller ersättning för förlo-rad arbetsförmåga, är de lite äldre arbetarkvinnorna. För att rätt förstå orsakerna till deras utslitenhet måste vi rikta blickarna mot de materiella levnadsbetingelserna. Det gäller arbetslivshistoria, ekonomiska villkor, grad av medbestämmanderätt i samhället – allt faktorer som visat sig korrelerat till hälsa respektive ohälsa. Aktuell forskning visar att ju högre samhällsställning och ju bättre ekonomi – desto bättre hälsa. Samtidigt vet vi att kvinnor som grupp har mindre makt, sämre ekonomi och längre total arbetstid än män. Detta förhållande har hittills varit obeaktat i medicinsk teoribildning och uppfordrar till en komplettering av orsaksmönster och handlingsstrategier när det gäller kvinnors hälsa.

Vi tvingas således att se den sociala basen bakom de somatiska och psykiska symptomen. Begreppet psykosocial finns redan idag. I praktiken tar dock

.....
*Sociosomatik — socialmedicinens kliniska
motsvarighet till psykosomatik.*
.....

ofta de psykiska förklaringsmodellerna överhanden när det gäller kvinnor. För att markera betydelsen av de sociala villkorens betydelse för kroppsliga skador vill jag införa begreppet *sociosomatik* — socialmedicinens kliniska motsvarighet till psykosomatik. De sociala villkoren måste in i behandlingsrummet och där möta de kroppsliga symptomen. Med *sociosomatik* menas då kroppsliga sjukdomar och skador förorsakade av betingelser såsom arbetsbelastning, omsorgsansvar, ekonomiska villkor — allt sett i ett längre livscykelperspektiv.

Låt oss återgå till den lite äldre arbetarkvinnan och granska hennes liv. Återigen blir historisk kunskap viktig. Vi måste minnas att de kvinnor som bildade familj på 30, 40- och 50-talen levde i en tid, där det politiska idealet var att mannens lön skulle räcka till en hel familj. Det sågs som ett nederlag för familjen om kvinnan tvingades att arbeta utanför hemmet. Den ekonomiska verkligheten tvingade ändock ut många (mycket i samhället skulle ej heller fungerat utan dessa kvinnors insats). Till skillnad från den manliga arbetskraftens så var kvinnornas insatser på arbetsmarknaden osynliga. De utgjorde en osynlig armada av dubbelarbetande kvinnor. Förutom det då ofta tunga hemarbetet utan moderna hjälpmedel, städade de trappuppgångar, skolor och fabriker — oftast under tidiga morgontimmar eller sena kvällar. De bar ut morgontidningar eller diskade på restauranger — ibland under stor oro för barn som lämnats ensamma hemma. Deras arbetsdagar var orimligt långa och många vittnar om småbarnsår utan en enda natts sammanhängande sömn. De lönearbeten som stod till buds var samhällets lägsta betalda — dessutom de med lägst status. Dessa arbeten har även varit osynliga ur en annan aspekt. Det var oftast timanställningar med otrygga anställningsförhållanden och utan sociala rättigheter eller förmåner. De har ofta ej givit ersättning vid sjukdom och därför ej heller varit synliga i journaler eller hos försäkringskassan. Oavlönat hem- och om-

sorgsarbete har ej heller dokumenteras såsom "arbete".

Dessa genom livet hårt arbetande kvinnor har således på ålderns höst stått utan dokumentering av vare sig arbete eller hälsotillstånd. Och därmed även utan rätt till ekonomisk ersättning när arbetsförmågan tagit slut.

Det reproduktiva arbetets betydelse

"Arbete" i såväl forskning som klinik innebär fortfarande i huvudsak lönearbete. Det oavlönade hem- och omsorgsarbets betydelse för hälsa och ohälsa är hittills ett outforskat fält. Vår kliniska erfarenhet (och kanske även privata) säger oss dock att det reproduktiva arbetet förutom stor fysisk belastning (det är lätt att glömma att småbarn måste *bäras* en stor del av dagen) även innebär en stor psykisk belastning och med tiden förslitning. Omsorg innebär inte bara att ge mat, kläder och annat för livets nödort. Det innebär även att känslomässigt sörja för mänskliga behov — att trösta, lyssna, alltid finnas till hands. Modern forskning betonar vikten av tillgång till denna typ av omsorg för bibehållande av hälsa. Kvinnor har i alla tider stått för denna hälso-befrämjande omsorg. Men de har sällan fått — eller ansetts behöva — någon omsorg för egen del. (Kanske har vi här en del av förklaringen till kvinnors högre sjukvårdskonsumtion jämfört med män. De har för lite tillgång till omsorg i det privata och söker den därför i sjukvården.)

Dokumentera kvinnors liv och arbete

Vad kan vi då göra för att uppvärdera och bekräfta kvinnors betydelsefulla och livsnödvändiga arbetsinsats? Och därmed ge dem rätten till ersättning och den vård de ska ha.

Viktigt är att — så noggrant och konkret vi kan — dokumentera vari kvinnans arbetsuppgifter består och hur hennes arbetslivshistoria sett ut. Ett intyg där det står "tidigare hemmafru, sedan fem år arbetat som hemsamarit" ger lätt en bild av en privilegierad kvinna som "pysslat" i hemmet större delen av sitt liv. Och nu fortsätter sitt pysslande i andras hem. Men med den oerhörda förmånen att få betalt. Som jag ovan visat ser hennes arbetslivshistoria ofta helt annorlunda ut. Först när kvinnors arbets-

livshistoria blir känd – och erkänd, har vi chans att tänja begreppet sjukdom till att gälla även utslitning. Först då kan vi – förutom ekonomisk ersättning även ge dessa kvinnor den bekräftelse som skänker självkänsla efter ett hårt och för samhället livsviktigt arbete. (Här finns säkert motstridiga intressen – hur skulle hemtjänsten idag klaras av om alla utslitna hemsamariter fick förtidspension?)

Att vara kvinnors "advokat", att skriva utförliga intyg och på andra sätt använda den makt vi har som läkare – för att stötta dem som saknar makt och medbestämmande – det kräver tid. Två faktorer talar för att vi har rätt – och skyldighet – att ge kvinnor mer tid än män i vården.

För det första återigen det faktum att kvinnor som grupp har mindre makt i samhället än män. Kvinnor är således i behov av mer tillgång till vår makt, våra handlingar, våra intyg – för att uppnå samma materiella förutsättningar till hälsa som män.

Hennes sammanlagda arbetstid är längre än mannens. Mäns livscykel och mäns dagliga arbete låter sig i allmänhet beskrivas långt enhetligare och med mindre variationer från en tid till en annan. Det är således omöjligt att ta anamnes på en kvinna på samma korta tid som på en man.

En sjukvård som vill kalla sig jämlik måste således ge mera tid åt kvinnor än åt män. Ett kvinnoperspektiv på sjukvård skulle således kunna vara att konsekvent ge kvinnor mer tid än män på våra mottagningar – en provokativ tanke men kanske en nödvändighet för att ge kvinnor jämlika villkor inom vården.

Det jag ovan berört gäller hur vi bättre kan tillfredsställa enskilda kvinnors behov i vården. Lösning av individuella problem ger dock ej någon varaktig förbättring av kvinnors hälsa som grupp i samhället. För detta krävs att kvinnors levnadsvillkor totalt sett blir bättre. Kontakten med den enskilda patienten tjänar här som underlag för denna politiskt viktiga kunskap om de materiella förutsättningarnas betydelse för hälsa. Detta ger också underlag för opinionen och dialog för och med kvinnor som grupp, vilka har rätt att kräva att vi öppet visar vår solidaritet och därigenom förstärker deras krav på bättre vård.

Ehrenreich Barbara and English Deidre: Complaints & Disorders. The Sexual Politics of Sickness. Writers and Readers Publishing Cooperative, London 1976.