

## Feministisk teori kan utmana medicinsk kunskap

**Kvinnors hälsoproblem avfärdas ofta när de inte passar in i de medicinska klassifikationssystemen. Läkare måste granska sina egna perspektiv så att patientens symptombeskrivningar blir giltiga kunskapskällor.**

**KIRSTI MALTERUD**

I denna artikel vill jag dryfta feministisk teori med utgångspunkt från min egen position inom allmänmedicinsk kvinnoforskning. Jag diskuterar först medicinens kunskapssyn, särskilt förhållandet till fakta och objektiva fynd. Därefter visar jag hur Donna Haraway och Lorraine Code, som feministiska teoretiker, kan bidra till att utmana centrala medicinska problemformuleringar där kön står på dagordningen. Jag vill ge några exempel på hur teori av det här slaget kan omsättas i praktiken och bidra till ny kunskap inom detta verksamhetsområde. Avslutningsvis tar jag upp några frågor angående förhållandet

mellan akademisk retorik och politisk förändring inom kvinno- och könsforskningen.

### **Objektiva fynd och neutrala fakta**

Läkarens uppgift i en konsultation är att avgöra varför patienten har besvär, samt att – tillsammans med patienten – ta reda på vad som kan göras för att behandla eller lindra plågorna eller för att patienten bättre ska kunna leva med dem (Marinker 1998). Medicinska kunskaper ska hjälpa läkaren att lösa denna uppgift. Medicin är ett pragmatiskt och handlingsinriktat yrkesområde. Samtidigt är medicin en akademisk disciplin med

vetenskaplig förankring. Denna paradox präglar medicinsk kunskap, forskning och praktik, och förklarar många av de epistemologiska inkonsekvenser som uppstår när man närmare granskar de kunskapsteoretiska förutsättningarna för området.

Den medicinska facklitteraturen lever sitt liv i en anmärkningsvärd vetenskapsteoretisk isolering. Debatten kring positivismen som präglade andra discipliner på 1960- och 1970-talen är fortfarande okänd i de flesta medicinska miljöer. Föreställningar om att det subjektiva och det objektiva är väsensskilda lever i högsta välmåga. Idealet om neutralitet sätts högt, medan poststrukturalism och social konstruktivism är okända begrepp (Malterud 1997). Biomedicinens forskningsideal, baserat på experimentella laborationer, reflekterar en tilltro till fakta och universella sanningar som för länge sedan har övergivits av den moderna fysiken och andra naturvetenskapliga ämnen. Visserligen har allmänmedicinare och psykiatriker under de senaste decennierna lagt fram goda argument för alternativa kunskapsteoretiska perspektiv för ett ämne som handlar om den levande människokroppen och de sjuka människorna, men positivismen har ytterligare förstärkts genom de attityder som finns inom den evidensbaserade medicinen, där siffror och fakta är det enda gångbara (Sackett et al. 1997, Malterud 2001).

Samma ideal återfinns inom den kliniska medicinen. För att en patient ska få en sjukdomsdiagnos, måste sjukdomshistorien och medicinska fakta överensstämma med ett medicinskt tillstånd som läkaren känner igen. Inom den snäva biomedicinska referensramen förutsätts att alla sjukdomar lämnar spår i kroppen – objektivt konstaterbara – som betraktas som nödvändiga och tillräckliga kriterier för sjukdom (King 1982). Sub-

jektiva symptom har inte motsvarande status. Om läkarens medicinska blick och instrument inte kan påvisa orsaken till besvären, kommer patientens tillstånd inte att räknas som sjukdom. Trots detta visar empiriska studier att det viktigaste för läkarens diagnostiska slutsatser är patientens sjukdomshistoria. I mindre än en tredjedel av konsultationerna är resultaten från kliniska undersökningar eller kompletterande fynd utslagsgivande för den diagnos som ställs (Peterson et al. 1992).

Medicinare vill gärna framstå som neutrala – också när det handlar om kön. ”I vårt yrke gör vi ingen åtskillnad mellan människor”, säger idealistiska läkare som tror på jämställdhet. Därför uppfattas ofta frågor om kön fortfarande som irriterande avvikelser (”det är väl inget särskilt med kvinnor”), och kvinnoforskning som opassande politisering (”politik och fackkunskaper är två skilda saker”) inom medicinen. Men forskning visar att läkare bemöter kvinnliga och manliga patienter på olika sätt (Hall et al. 1994) och att män och kvinnor får olika behandling för jämförbara åkommor (Kjellstrand 1988, Ayanian och Epstein 1991). Den vanligaste orsaken till diagnostiska fel gentemot kvinnliga patienter är att deras symptom bortförklaras som ångslighet (Council... 1991).

De epistemologiska inkonsekvenserna framstår i praktiken på följande sätt: idealen om neutralitet och objektiva fakta utspelar sig i samma rum som subjektiviteter förhandlas och ges signifikant betydelse för slutsatser som har långtgående konsekvenser för den berörda patienten. Diagnosen är sällan ett objektivt biologiskt faktum, utan i regel summan av mänsklig interaktion, tolkning och bedömning (Malterud 1999). Det vi läkare kallar objektiva fynd är det som läkarvetenskapen med dagens kunskaper och diagnos-

tiska provbatterier kan påvisa, samt den del av dessa fenomen som patientens läkare med utgångspunkt i sjukdomshistorien har funnit värda att undersöka närmare. Kön är omärkligt invävt i medicinska beslutsprocesser där betydelsen av sociala och kulturella förhållanden negligeras eller förnekas. Samtidigt ligger en implicit erfarenhetsgrund i botten för stora delar av verksamheten – ”vi gör så här därför att vi brukar göra så här, för att det brukar fungera och för att vi tror att det är bra för folk”.

### **Empiri och teori**

Medicinsk kvinnoforskning försöker utveckla kunskap om hur kön (läs: kvinnors sjukdomar och hälsoproblem) hanteras i medicinsk teori och praktik, hur orättvisor mellan könen påverkar sjukdomsutveckling (läs: hos kvinnor), samt hur medicinen påverkar uppfattningar om kön, kvinnlighet och kroppslighet i vårt samhälle (Malterud 1997). I Norden har detta fält utvecklats och präglats av i synnerhet kvinnliga läkares erfarenheter av könsbaserade orättvisor inom sjukvården och inom det medicinska kunskapsområdet. Som läkare har vi på nära håll sett hur kunskap, kön och makt förhåller sig till hälsa och sjukdom och vi har velat bidra till förändringar såväl i teori som i praktik. Praktiken låter oss komma nära människors kroppar och lidanden, vilket innebär att forskningsfrågorna anmäler sig i en mycket konkret form. Teman som återkommer är sjukdomsförklaring av kvinnors normala livsfaser (Willadsen 1983, Kastrup, Petersen och Helweg-Larsen 1984, Malterud 1984), hälsomässiga konsekvenser av våld och övergrepp (Schei och Bakketeig 1989, Dahl 1993), kvinnors reproduktiva hälsa och rättigheter (Sundby 1989, 1996), kvinnors hälsa och arbete (Strand, Wergeland och Bjerkedal

1997, Hammarström 1994, Carlstedt och Forssén 1999), samt ”obestämbara” hälsoproblem<sup>1</sup> med låg medicinsk status (Malterud 1990, Johansson et al. 1996).

Medicinska kvinnoforskare har bidragit till att visa hur makt och vanmakt präglar kvinnors livsbetingelser och hur de påverkar kropp och själ. Forskarna undersöker hur sjukvården samverkar med förhållanden som representerar sjukdomsskapande maktutövning. Här finns frågor och svar som kan skapa obehag, och som ofta avslöjar ovärdiga förhållanden som i sin tur kan ge viktiga insikter i allvarliga hälsoproblem samt berätta mer om kvinnoförtryckets konkreta och hälsomässiga konsekvenser. En särskild utmaning för medicinska kvinnoforskare blir därför att göra kön till ett relevant tema, så att det blir legitimt att utforska betydelsen av kön och makt i utvecklandet av nya teoretiska och praktiska kunskaper. En genomgående strategi har i detta sammanhang varit att synliggöra symptom på förtryck och orättvisor med hjälp av deskriptiv forskning med empirisk tyngdpunkt.

Feministiska perspektiv, i bemärkelsen att kön, makt och kunskap hänger samman, kan identifieras i det mesta av denna forskning, som också har tydliga ambitioner om förändring. Vi vill beskriva sidor av kvinnors verklighet som har förtigits eller negligerats, med förhoppning om att bidra till en bättre eller mer frigörande praktik för kvinnors liv och hälsa. I varierande grad finner vi spår av feministisk teori i den medicinska kvinnoforskningen, oftast i form av klassiker som kortfattat refereras för att ge legitimitet åt könsperspektivet. Endast i liten utsträckning används feministisk teori som en mer förpliktigande referensram där man förklarar, problematiserar och konfronterar någon särskild författares perspektiv, vilket är vanligt i

humanistisk och samhällsvetenskaplig kvinnoforskning.

Den empiriska tyngdpunkten inom medicinsk kvinnoforskning kan ha många orsaker, varav den viktigaste möjligen är det trängande behovet av dokumentation av realiteter som många medicinare fortfarande förnekar. Trogligtvis är det också ett uttryck för den generella frånvaro av vetenskapsteoretisk medvetenhet inom medicinsk forskningstradition som jag redan har talat om. Men det kan också bero på att mycket av det som skrivits om feministisk teori upplevs som svårtillgängligt för många medicinare. Själv har jag kämpat mig igenom många av klassikerna utan att känna mig säker på att jag har förstått författarnas viktigaste poäng, och många gånger har jag erfarit hur krävande det kan vara att förmedla stoffets relevans till mina kollegor. Ändå vill jag i det följande argumentera för att den medicinska kvinnoforskningen kan ha nytta av en starkare teoretisk förankring – eftersom kvinnoforskning som tvärvetenskaplig disciplin behöver stärka kommunikationen över ämnesgränserna. Om vi ska lyckas med detta är det dock nödvändigt att reflektera kring förutsättningarna för ett fruktbart samarbete samt att förstå de ämnes-specifika verksamhetsfälten.

Kvinno- och könsforskningens utgångspunkt är att ifrågasätta de så kallade självklarheterna i förståelsen, så att orättvisor beträffande kön kan identifieras och analyseras. Medicin är ett område där den begränsade vetenskapsteoretiska traditionen ger stort spelrum åt föregivna självklarheter i teori och praktik. Därför är det meningsfullt för medicinska kvinnoforskare att ställa grundläggande kunskapsteoretiska frågor. Med ett feministiskt perspektiv får man helt andra möjligheter att konfrontera strukturella förhållanden och orsaker, samt att peka

på möjligheter till förändring, jämfört med om man skulle anlägga ett deskriptivt och föregivet värdeneutralt perspektiv. Men strategierna måste avgöras utifrån den ämnes-specifika kontexten. Vi medicinare måste klara av att konfrontera vetenskapsteoretiska problemställningar som andra ämnen redan har lagt bakom sig, och vi måste ha tillräckligt med tålamod för att utveckla en retorik som sakta men säkert kan skapa dialog med våra medicinska kollegor. Vi måste också försona oss med att kvinnoforskare inom andra områden då och då, lite overseende, förklarar för oss att vi slår in öppna dörrar 30 år efter striden kring positivismen. Inom det medicinska fackområdet är dock fortfarande mycket gjort i detta avseende.

#### **Kvinnors "obestämbara" hälsoproblem**

I min egen forskning har jag särskilt intresserat mig för de "obestämbara" hälsoproblemen – långvariga tillstånd med delvis invalidiserande symptom, och som inte kan förklaras med hjälp av undersökning och provtagning (Malterud 2000). Exempel på sådana tillstånd är fibromyalgi och andra former av muskelsmärter, kroniskt utmattningssyndrom, foglossning, irriterad tarm, whip-lash, spänningshuvudvärk, urinrörskatarr, käkledssyndrom och underlivssmärter. Patienterna använder själva beteckningar som candidasyndrom, amalgamförgiftning, elallergi eller ME-syndrom. Den stora majoriteten av patienterna är kvinnor.

I Norge utgör kroniska muskelsmärter den största gruppen av vad läkarna uppfattar som "obestämbara" hälsoproblem hos kvinnor. 17 procent av diagnoserna hos norska allmänläkare berör muskel-skelett-besvär (Natvig et al. 1994). Bland dessa är en femtedel väldefinierade reumatologiska, neurologiska eller ortopediska sjukdomar, medan resten rör

mjukdelsbesvär av mer eller mindre specifik karaktär. Sådana besvär bidrar till omfattande långtidssjukskrivningar och invaliditet bland kvinnliga norska arbetstagare (Brage et al. 1998).

Epidemiologin (läran om sjukdomars orsaker och utbredning i befolkningen) är ett värdefullt verktyg i utforskandet av den här sortens sammanhang, och empiriska data är en viktig förutsättning för en övertygande debatt med dem som anser sig veta hur verkligheten ser ut. Men epidemiologisk forskning erbjuder litet utrymme för åkommor som inte låter sig klassificeras; besvär med subjektiva symptom utan objektiva fynd kallas inom de medicinska kunskaps- och klassifikationssystemen för symptom och ofullständigt preciserade fall, eftersom de inte passar in. De ”obestämbara” besvären utgör ett omfattande folkhälsoproblem som inbjuder till grundläggande kunskapsteoretiska frågeställningar, inte minst som könsdimensionen är så uppenbar.

I mötet med patienter med ”obestämbara” besvär utmanas den handlingskraftiga läkaren som kan känna sig maktlös. Detta beror delvis på att den medicinska blicken kommer till korta – vi finner inga fel när vi undersöker patienten. Och när vi inte kan finna några fel, kan det ju inte finnas några fel. Medicinens skarpa skiljelinje mellan subjektivt och objektivet utmanas också. När jag som läkare lyssnar ordentligt förstår jag att människors smärta, lidanden och funktionshinder lever sina egna liv, oavsett om blodprov och röntgenplåtar visar negativa resultat. Därigenom utmanas medicinens förståelse av sjukdom, och kanske även dess orsaksmodeller och förklarings sätt. Som läkare har vi fått lära oss tänka att en sjukdom har en orsak som vi kan identifiera genom diagnostik och eliminera genom behandling. Vi blir lätt hjälplösa gentemot åkommor där orsaksförhållandena

är sammansatta och svåråtkomliga för oss. Patienter med ”obestämbara” besvär uppfattas ofta som svåra patienter (Sharpe et al. 1994). Tillstånd som fibromyalgi, ångest och depression befinner sig allra längst ned i den medicinska prestigehierarkin (Album 1991).

Många kvinnor med kroniska besvär klagar över att läkarna inte lyssnar på dem, att de inte tas på allvar, att läkarna insisterar på att besvären har psykiska orsaker (Good et al. 1992, Johansson et al. 1996). Förhållandet mellan läkare och patient blir således ett relevant fokus för den medicinska feminist som vill bidra till att sådana ovärdiga förhållanden förbättras (Malterud 1990, 2001). I den här artikeln kommer jag att rikta sökljuset mot de fenomen i det medicinska kunskapssystemet som bidrar till att läkaren uppfattar besvär av den här sorten som ”obestämbara”. Låt oss använda Donna Haraways och Lorraine Codes perspektiv för att utifrån feministisk teori belysa några av de underförstådda premisser som bestämmer hur läkare förhåller sig till kvinnor med subjektiva symptom.

### **Situerade kunskaper**

De ”obestämbara” besvären utmanar biomedicinens traditionella skiljelinje mellan det subjektiva och det objektiva. En biomedicinsk referensram postulerar att alla sjukdomar lämnar spår i kroppen – objektiva fynd – som anses vara nödvändiga och tillräckliga villkor för sjukdom. De subjektiva symptomen har inte motsvarande status. I den diagnostiska processen bör helst de subjektiva symptomen och de objektiva fynden överensstämma. Röntgenbilden av lungorna visar att patientens andningsbesvär beror på lunginflammation – fynden bekräftar symptomens giltighet.

Svårare är det när patienten presenterar symptom som inte kan bekräftas av objektiva fynd. Vid ”obestämbara” besvär ger alla pro-

ver normala svar. Om det föreligger en diskrepans mellan symptom och provsvar, är det provsvaren – eller snarare det negativa svaret – som blir utslagsgivande. Den medicinska blicken räknas till fakta, medan patientens erfarenheter ifrågasätts. Det objektiva, som förvaltas av läkaren, äger alltid större giltighet än det subjektiva som framförs av patienten. Slutsatsen blir, efter avslutad utredning, att patienten är frisk. Ändå säger hon att hon känner sig sjuk.

Hur kan vi bestämma om en person är sjuk eller frisk? Vilka villkor ligger till grund för den medicinska blickens suveränitet? Vad berättar detta om synen på sjukdom i vårt samhälle? Vilka är de kunskapsteoretiska förutsättningarna för en diagnostik som inte erkänner kvinnliga patienters värdering av sin egen hälsa? Hur skulle en alternativ förståelse av objektiva fakta kunna göra kvinnors "obestämbara" besvär mindre obestämbara?

Många feminister har ifrågasatt den positivistiska synen på en objektiv verklighet, oftast utifrån poststrukturalistiska positioner där kunskap om världen ses som sociala konstruktioner och där universella sanningar har en begränsad giltighet och levnadstid. Det finns en växande förståelse också bland läkare för att sjukdomsutveckling och sjukdomserfarenheter är fenomen som tillhör ett socialt och kulturellt rum som ger färg och mening åt det som sker i den biologiska kroppen. Men den poststrukturalistiska diskursen och terminologin uppfattas lätt av medicinare som akademiskt förfrämmande och hårklyveri med obefintlig yrkesmässig relevans, särskilt när det handlar om relativistiska positioner där verkligheten närmast försvinner och allting slutar som sociala konstruktioner.

I mötet med den äldre patienten som ser dåligt kan det vara helt avgörande att läkaren

kan påvisa att ögonlinsen är grumlad. Detta betyder att patienten har katarakt eller grå starr och kan opereras med gott resultat, i stället för att gradvis mista synen. I sådana situationer känns det mera näraliggande att tala om fakta och realiteter än om diskurser och subjektiviteter. Min erfarenhet är ändå att medicinare har en orimligt stor tilltro till att alla sorters sjukdomar existerar som odiskutable fakta, oberoende av tid, plats och kultur. Vi behöver korrektiv och påfyllnad från teoretiska perspektiv som kan ge ny mening åt fastlästa kunskapssystem och tolkningsramar.

Donna Haraway är vetenskapshistoriker med bakgrund inom däggdjursbiologin. Denna bakgrund ger henne möjlighet att använda bilder som gör komplicerade föreställningar mer lättillgängliga för undertecknad, och kanske även för andra. I essän "Situated Knowledges – The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective" (1991) rör hon sig från en tidigare ganska relativistisk position mot en ståndpunkt "mellan social konstruktivism och verklighet". Med synen som metafor diskuterar hon kunskap och kunskapsutveckling. Ögon är aktiva sinnesorgan; sinnesintrycken översätts och filtreras via tolkning, reflektion och avgränsning, och ger mening utifrån de givna perspektiven. Därför tar hon avstånd ifrån föreställningar som säger att en bestämd blick skulle kunna se Sanningen, något som hon kallar "gudatricket att se allt från ingens stans". Varje synintryck får färg och form beroende på hur ögat är uppbyggt och var det är placerat. Det existerar alltså ingen ren och oskyldig blick som kan fånga universella fakta. "Kunskap är med nödvändighet situerad" – på samma sätt har alltså kunskap alltid en avsändare, en utgångspunkt, en kunskapare. Haraway anser därmed inte att alla blickar eller alla kunskaper är lika goda. Hon

gör oss ansvariga för den kunskapsposition vi intar och lanserar en feministisk version av objektivitet som innebär en plikt att motivera och förtydliga vår ståndpunkt när vi säger något om verkligheten – ”positionerad kunskap”.

Haraway anknyter sin förståelse av objektivitet till ”situerade kunskaper” och skiljer sig därvid inte radikalt från Sandra Hardings omformulering av objektivitet i *The Science Question in Feminism* (Harding 1986). Båda placerar reflexivitet på dagordningen och betraktar forskarens förhållande till kunskapsområdet som en central dimension. Detta framstår som viktigt när vi återvänder till den medicinska subjektivitets/objektivitetsdikotomin. Haraways styrka, sedd ur vårt perspektiv, är det sätt på vilket hon använder blicken som metafor. Låt oss titta lite närmare på den betydelse detta kan ha när det gäller kvinnors ”obestämbara” hälsoproblem. Här kommer den medicinska blicken till korta såtillvida att läkaren inte kan hitta någon medicinsk förklaring till problemen. Med Haraways angreppssätt kan vi säga att läkarens diagnostiska öga är ett aktivt förnimmande system som kan fånga upp synintryck, beroende av var ögat är placerat eller situerat, och som översätts och filtreras genom tolkning, reflektion och avgränsning. Avgränsningen kan innebära att det inte nödvändigtvis är de mest relevanta eller meningsbärande sinnesintrycken som tas in. Översättningen kan innebära att viktiga nyanser eller detaljer omformas eller missuppfattas.

När läkaren helt enkelt slår fast att det inte finns någon sjukdom, kan vi med Haraway säga att det är gudatricket som kommer till användning – föreställningen om den suveräna blicken som kan uppfatta allt upptänkligt. Med Haraway kan vi också fråga om det finns positioner eller perspektiv

som kan ge läkaren en skarpare blick eller bättre djupseende, så att man får tillgång till alternativa dimensioner när det gäller hälso-problem som vid första anblicken framstår som odiagnostiserbara. Eventuella objektiva fynd är inget annat än svaren på de aktuella frågor som läkaren har funnit orsak att ställa i mötet med patienten. Att fynden är normala betyder inte nödvändigtvis att alla relevanta undersökningar har gjorts. Stereotypa föreställningar om orsaksförhållanden kan vid ”obestämbara” besvär hos medelålders kvinnor bidra till att störa läkarens förståelse av tillståndets orsaker. En kvinna med atypiska symptom på hjärtsjukdom som berättar att hon också har ont i nacke och skuldror, kan bortförklaras med att hon har fibromyalgi, utan att läkaren först har gjort en ordentlig undersökning.

#### **Retoriska rum**

Det är inte endast en fråga om bristande artighet eller empati när kvinnor med ”obestämbara” hälsoproblem upplever bristande förståelse i mötet med läkaren (Good et al. 1992, Johansson et al. 1996). Det handlar också om förutsättningar som överskrider vårdcentralens fysiska ramar och som bidrar till att avgöra hur och i vilken grad kvinnors upplevelser och beskrivningar av symptom uppfattas som en giltig källa till praktisk medicinsk kunskap. Sådana förutsättningar styr den dolda sociala terminologi och grammatik som avgör vad patienten kan säga, hur hon kan se ut och hur hennes besvär kan uttryckas – så som hon upplever dem och kanske också så som läkaren upplever dem, och så som de kommer till uttryck i relationen mellan läkare och patient (Werner 2001). Hur ska kvinnan framträda med värdigheten i behåll, vad är en god kvinnlig patient? Vad behövs för att läkaren ska erkänna giltighe-

ten i patientens erfarenheter och upplevelser?

Klinisk kunskap utvecklas i mötet mellan läkarens förståelse och patientens symptombeskrivning. För att vinna insikt i hur klinisk kunskap uppstår, hur detta sker i ett socialt och kulturellt rum, där kön utgör en av många förutsättningar, måste vi därför söka både i den medicinska kunskapsbasen och i de symptom som patienten beskriver (Taksdal och Malterud 2000).

Feminister utforskar förhållandet mellan kön, makt och kunskap. Filosofen Lorraine Code lanserar begreppet "retoriska rum" för att förstå hur kunskap kan desavoueras i social interaktion (Code 1995). Retoriska rum är sociala arenor där tysta föreskrifter reglerar och begränsar de typer av yttringar som kan framföras med tillräcklig trovärdighet för att höras, förstås och tas på allvar. Samtalet ska representera verkligheten, men ändrar ändå samma verklighet genom den process som pågår. Vissa uttryck får inget erkännande inom det retoriska rummet – inte för att de är felaktiga, utan för att en maktstyrd praktik diskvalificerar en del talare genom påståendet att de är opålitliga.

Som feminist vill Code visa hur kön ofta kontrollerar de retoriska rummen på ett sätt som tar kunskap för given. Hon undersöker närmare de strukturer där kvinnor äger en minimal kunskapspolitisk auktoritet, där frågor om makt och fördelar är centrala. Code utforskar hur vår kunskap om människor konstrueras och delas samt hur dessa utväxlingar sker i den sociala verkligheten. I linje med Haraway och andra feminister utmanar hon objektiviteten definierad som "ett perspektiv från ingenstans". Underförstådda erfarenheter från en privilegierad grupp framställs som mönster för kunskap i sig, utifrån en kontext där vi med all rätt kan fråga vem som representeras. Det som ofta kallas objek-

tivitet är snarare en generalisering av en begränsad social grupps subjektivitet. Därför kräver objektiviteten att vi tar subjektiviteten på allvar ("responsible knowing"), eftersom kunskap alltid har en position.

Kvinnors kroniska hälsoproblem sätter i mindre utsträckning än hos män medicinskt avläsbara märken i kroppen i form av objektiva fynd. När läkaren inte kan finna något fel och uppfattar patientens besvär som "obestämbara", är han en aktör i det retoriska rum där fackkunskapen har ett odiskutabelt företräde på ett sätt som legitimerar att man åsidosätter patientens upplevelser. I närstudier av samtal mellan läkare och patient visar Mishler hur "den medicinska rösten" äger kunskapsmässigt företräde, medan "livsvärldens röst" måste ge vika (Mishler 1984). I praktiken betyder detta att patienten måste kämpa för sin trovärdighet eftersom symptomen inte överensstämmer med det som läkaren kan observera. Patientens erfarenheter kan därför bli utestängda från de retoriska rum där den kliniska kunskapen om henne själv skapas. Wendell beskriver hur läkaren med sin auktoritet kan bortdefiniera funktionshindrade kvinnors problem från det medicinska fältet genom att hävda att deras problem är något annat än det som medicinen ska uppehålla sig vid (Wendell 1996). På så sätt görs kvinnan med "obestämbara" hälsoproblem till "den Andre" – hon blir avvikelser från det normala som vi i övrigt tar för givet (de Beauvoir 1949/1972). Sjukvården blir en sjukvård för mannen i rollen som den normala människan.

#### **Offer eller aktörer?**

I många år har kvinnoforskare arbetat för att synliggöra elände och belastningar i kvinnors liv och vardag. Medicinare har visat hur våld, övergrepp och missbruk präglar många kvin-



nors hälsa. Sakta men säkert har både sjukvården och samhället i övrigt börjat erkänna denna sida av verkligheten. Efter hand har motkrafter utvecklats inom kvinnoforskningen – hemsgheter och offerperspektiv har avlösts av värdighet och aktörsperspektiv. Identitet och kultur har fått en ökande uppmärksamhet på bekostnad av sociala strukturer och institutionella förhållanden.

För mig som medicinsk kvinnoforskare känns det viktigt att hålla fast vid en dubbel förståelse av att strukturella ramar binder fast många kvinnor i villkor som begränsar de synbarligen fria valen, samtidigt som samma kvinnor kan inneha allianser och äga kraft att ifrågasätta verkligheten och förändra viktiga förutsättningar. Sådana paradoxer utgör viktiga förutsättningar för hur vi idag förstår identitet och kön. Detsamma gäller också för kvinnor som är patienter. Det behöver inte vara någon motsägelse om vi erkänner att många kvinnor, också de med ”obestämbara” besvär, får en god medicinsk behandling, samtidigt som vi inser att det fortfarande är alldeles för många som möts av bristande förståelse och erkännande. På samma sätt är det möjligt att stärka den enskilda patienten i mötet med läkaren, om vi samtidigt inser att hälsovårdlig vanmakt ofta har sina rötter i icke-medicinska förhållanden som läkaren alls inte kan göra något åt.

Feministisk teori kan hjälpa oss att tvivla på antaganden som tas för givna och att avvisa antingen-eller-resonemang när vi undersöker förhållandet mellan kön och makt. Sådana perspektiv kan bidra till att vi ser sammanhang mellan vanmakt och ohälsa. De kan också ge oss möjligheter att aktivt söka motkrafter som kan bidra till att bryta fördomar och förtryck, både på individ- och samhällsnivå. Den medicinska kunskapen demonstrierar sin otillräcklighet när vanliga häl-

soproblem hos kvinnor kallas ”obestämbara”. Att ifrågasätta denna förståelse är en nödvändig, men inte tillräcklig, förutsättning för frigörelse. Nya tankar räcker inte – förändring kräver också nya praktiker som behöver växa fram och leda till konkreta konsekvenser allt eftersom kunskapens karaktär förändras.

Låt oss ta med Donna Haraway och Lorraine Code in i det medicinska rummet och föreställa oss möjliga konsekvenser av nya tänkesätt kring gamla frågor. Om objektivitet innebär att erkänna en avsändaradress för den kunskap som utvecklas, så som Haraway säger, måste läkaren på ett helt annat sätt granska sitt eget perspektiv i mötet med svårbegripliga hälsoproblem. Det kan ju helt enkelt vara något fel med perspektivet, det vill säga att den medicinska blicken riktas åt fel håll, att den är oskarp, eller förvrängd på grund av kulturella linser som bestämmer hur sjukdom och kvinnlighet ska läsas och uppfattas. Detta påstående bekräftas när obestämbara plågor blir mindre obestämbara när kvinnan själv kommer till tals och får dela sin kunskap med läkaren (Malterud 1990). Men då måste läkaren göra avkall på sin suveräna definitions- och erkännandemakt och erkänna patientens rätt att förvalta objektiviteten – visserligen förstådd på ett helt nytt sätt. Om de retoriska rummen innebär att trovärdighet utmätts efter status och kön, som Code hävdar, kommer kvinnliga patienters vittnesbörd ofta att förlora kampen om giltighet – symptomen betraktas som likgiltiga och underkänns eller förbises i stället för att erkännas. Men utifrån den insikten kan vi föreställa oss att annorlunda retoriska rum kan ändra spelet om giltighet så att patientens symptombeskrivningar blir giltiga och trovärdiga kunskapskällor. Detta påstående bekräftas av erfarenheter om hur nya strategier för klinisk samverkan har visat sig frigöra dialog och styrka.

### Nya reflektionsrum?

Vad kan läkaren göra när de biomedicinska referensramarna endast leder fram till obesvarade frågor i möten med kvinnor drabbade av vanliga hälsoproblem? Det finns många möjliga alternativa strategier för erkännande om läkaren inte längre insisterar på den medicinska blickens ofelbara auktoritet, utan i stället försöker skapa nya gemensamma rum för reflektion där patientens erfarenheter och kunskaper får en mer framträdande position. Sådana reflektionsrum kräver att parterna lyckas finna nya former för samverkan beträffande diagnostik och behandling (Taksdal och Malterud 2000). Empowerment i praktiken kan utmana de retoriska rum där medicinens röst hittills har varit tongivande, och därmed ställa nya frågor om förhållandet mellan subjektiva och objektiva positioner för medicinsk kunskap (Malterud 2000, Thesen och Malterud 2001).

Kliniska strategier som erkänner patienters symptom som kunskapskälla ifrågasätter samtidigt den medicinska blickens odiskutabla auktoritet. Den biomedicinska representationsmodellen hävdar att en korrekt användning av tillgängliga och giltiga medicinska kunskapskällor besvarar frågan om orsaken till patientens problem. Modellen förutsätts fungera, oavsett om läkaren lär sig något nytt under processen. Att erkänna patientens symptom som en giltig kunskapskälla medför att läkaren har något att lära av varje enskild patient. Det kliniska mötet kan därigenom jämföras med aktionsforskning, där kunskap och handling utvecklas i samverkan utifrån erfarenheter, till skillnad från traditionell naturvetenskaplig forskning, där studieobjektet placeras under lupp och under forskarens (läkarens) blick (Taksdal och Malterud 2000).

Under senare år har vi sett många exempel

på projekt vars utgångspunkt utgörs av en önskan att giltiggöra patienternas erfarenheter. Forskarna har utvecklat nya redskap för att utforma reflektionsrum för symptomen där patienten och läkaren deltar tillsammans. Kommunikativa medel kan öppna nya retoriska rum för dialoger där positionerad kunskap kan vinna erkännande och bidra till ny kunskap. Som exempel på detta kan nämnas projekt som betonar nya dialoger, erkännande och fokusering på resurser.<sup>2</sup> Andra projekt studerar, systematiserar och begreppsliggör symptom hos skilda "obestämbara" hälsoproblem. Projekten utvecklar därmed analytiska redskap som kan erbjuda läkare mer fruktbara kunskapspositioner. Alla dessa är projekt som försöker fylla de vita fläckarna på en traditionell medicinsk kunskapskarta och utveckla bättre abstraktioner.<sup>3</sup> Projekt av denna typ ger exempel på hur Codes och Haraways perspektiv har en omedelbar medicinsk relevans som kan översättas till klinisk praktik.

Många medicinska kvinnoforskare har anfört kritik mot den traditionella biomedicinska förståelsemodellen. Min kritik innebär inte ett påstående om att läkare alltid föredrar denna referensram – kanske uppfattar vi i alldeles för hög grad att läkare värjer sig mot att ge upp kontrollen över konsultationen. Det kan vara lika troligt att medicinsk praktik saknar traditioner och metoder för att betrakta patienters symptom objektivt i ett gemensamt reflexionsrum. De nämnda projektens resultat visar hur läkarens utgångspunkt kan ändras radikalt när patienten framträder med en överraskande repertoar av styrka och handlingsstrategier. Nyfikenhet och överraskning är starka incitament för förändring. Vidare forskning bör närmare studera vad som behövs för att läkare ska anse det vara en positiv utmaning att bryta

den egna kontrollen och makten, i syfte att etablera nya reflektionsrum som ger patienter av båda könen styrka och erkännande, och som ger läkaren ny och viktig kunskap (Taksdal och Malterud 2000).

#### **Akademisk retorik eller politisk förändring?**

I denna artikel har jag försökt visa hur den medicinska kvinnoforskningen – i likhet med övrig medicinsk forskning – har en utpräglad empirisk förankring. Inom en handlingsinriktad men teorivag disciplin som medicin finns det många som anser det vara mystiskt eller högtravande att tala om performativitet och metateoretiska diskurser. Relevansfrågan har en stark ställning inom ett fält där många viktiga uppgifter ska lösas, ofta snabbt och under svåra omständigheter. Det pris vi medicinare betalar är att vi ofta saknar förmåga att se saker i ett större sammanhang, att diskutera grundläggande förutsättningar samt att värdera konsekvenser. Jag har försökt visa hur en starkare teorimedvetenhet kan ge oss en bättre repertoar av redskap för att tänka nya tankar och utmana de gamla kunskapsystemen.

Ändå är jag bekymrad över vissa tendenser i utvecklingen inom kvinno- och könsforskningen som gör den akademiska retoriken till ett självändamål, medan vardagslivet hamnar i skymundan. Jag är också bekymrad över hierarkiska föreställningar som dikotomiserar teori och empiri, där den teoretiska orienteringen betraktas som ett högre stående steg i utvecklingen. För mig framstår fortfarande de pragmatiska och politiska perspektiven som omistliga. Jag är mån om att min forskning ska få konsekvenser och leda till förändring av de villkor som skapar vanmakt och förtryck på grund av kön. Feministisk teori kan hjälpa oss att få syn på problem som annars skulle betraktas som självklar-

heter, eller problem som förblir otillgängliga så länge vi bara använder medicinens begreppsapparat och medicinska modeller. Kvinnoforskningens tvärvetenskapliga ambitioner utgör nyttiga påminnelser om att perspektiv och kunskapsstrategier över ämnesgränserna kan skapa en produktiv oro i våra fasta mönster av medicinskt vanetänkande.

Samverkansarenor har vuxit fram där medicinare, samhällsvetare, humanister och biologer enar sina krafter med sikte på ämnesöverskridande feministiskt nytänkande. Här konfronteras de olika ämneskulturernas språk, erfarenheter och värderingar. Utmaningarna för kvinnoforskningen kan vara olika till sin karaktär och kräva olika strategier inom de olika ämnesområdena. I tvärvetenskapligt samarbete torde det vara en särskild utmaning för oss medicinare att inte avgränsa vår roll till att endast bli leverantörer av empiriska fall medan vi överläter åt andra att utveckla teorier. En avgörande förutsättning för ett fruktbart utbyte mellan kvinnoforskare från olika ämnesområden är att vi förmår skapa nya dialoger präglade av ömsesidig respekt, oberoende av hegemonier, kunskapsmonopol och så kallade självklarheter som vi har mer än nog av inom våra egna ämnen.

Oversättning: Asbjörg Westum

#### **NOTER**

1. I artikeln använder författaren på norska genomgående uttrycket "ubestemte" hälsoproblem. Symptom på sådana hälsoproblem benämns i läkarpraktiken "utan närmare specifikation", i översättningen uttryckt som "obestämbara" hälsoproblem. Red:s anm.
2. Malterud 1990, Steihaug & Ahlsen 1996, Stensland & Malterud 1999, Malterud & Hollnagel 1999.

3. Lilleaas 1995, Fehr 1996, Johansson et al. 1996, Fredriksen 1999, Söderlund et al. 2000, Sörensen et al. 2000.

#### LITTERATUR

- ALBUM, DAG (1991) "Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje", *Tidsskrift for norsk lægeforening*.
- AYANIAN, J.Z. & EPSTEIN, A.M. (1991) "Differences in the Use of Producers Between Women and Men Hospitalized for Coronary Heart Disease", *The New England Journal of Medicine*.
- DE BEAUVOIR, SIMONE (1949/1972) *The Second Sex*, Penguin Books.
- BRAGE, SÖREN, NYGARD, JAN F. & TELLNES, GUNNAR (1998) "The Gender Gap in Musculo-Skeletal-Related Long-Term Sickness Absence in Norway", *Scandinavian Journal of Social Medicine*.
- CARLSTEDT, GUNILLA & FORSSÉN, ANNICA (1999) *Mellan ansvar & makt: en diskussion om arbete, hälsa och ohälsa utifrån tjugo kvinnors livsberättelser*, Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet, ak. avh.
- CODE, LORRAINE (1995) *Rhetorical Spaces – Essays on Gendered Locations*, Routledge.
- COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (1991) "Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Gender Disparities in Clinical Decision-Making", *The Journal of the American Medical Association* 266.
- DAHL, SOLVEIG (1993) *Rape – a Hazard to Health*, Scandinavian University Press.
- FEHR, D. (1996) "Kropp og symptom i en tegn-teoretisk kontekst", *Sosiologi i dag*.
- FREDRIKSEN, E.H. (1999) *Hvilken løsning er bekkenløsning? Om mestring og opplevelse av graviditet og bekkenløsning*, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen (Hovedfagsoppgave).
- GOOD, MARY-JO DELVECCHIO, BRODWIN, P.E., GOOD, B. & KLEINMAN, A. (red.) (1992) *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, University of California Press.
- HALL, A., IRISH, J.T., ROTER, D.L., EHRLICH, C.M. & MILLER, L.H. (1994) "Gender in Medical Encounters: an Analysis of Physician and Patient Communication in a Primary Care Setting", *Health Psychology*.
- HAMMARSTRÖM, ANNE (1994) "Health Consequences of Youth Unemployment – Review from a Gender Perspective", *Social Science and Medicine*.
- HARAWAY, DONNA (1991) "Situated Knowledges; The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective", Donna Haraway, *Simians, Cyborgs, and Women: the Reinvention of Nature*, Routledge.
- HARDING, SANDRA (1986) *The Science Question in Feminism*, Cornell University Press.
- JOHANSSON, E.E., HAMBERG, K., LINDGREN, G. & WESTMAN, G. (1996) "'I've been crying my way' – Qualitative Analysis of a Group of Female Patients' Consultation Experiences", *Family Practice*.
- KASTRUP, MARIANNE, PETERSSON, B. & HELWEG-LARSEN, K. (red.) (1984) *Kvinden som patient: sygeliggørelse af kvinder i en teknificeret lægeverden*, Lindhardt og Ringhof.
- KING, LESTER S. (1982) *Medical Thinking. A Historical Preface*, Princeton University Press.
- KJELLSTRAND, C.M. (1988) "Age, Sex, and Race Inequality in Renal Transplantation", *Archives of Internal Medicine*.
- LILLEAAS, ULLA-BRITT (1995) *Når forskjellen blir synlig – kvinner med kroniske muskelsmerter i et kjønnsrolleperspektiv*, Senter for kvinneforskning, Universitetet i Oslo.
- MALTERUD, KIRSTI (1984) *Sykdom eller særpreg? En kritisk bok om kvinner og helse*, Pax forlag AS.
- (1990) *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*, Tano.
- (1997) "Medisinsk kvinneforskning – pragmatisk endringsarbeid, nyskapende kunnskapsutvikling – eller begge deler?", *Kvinneforskning*.
- (1999) "The (Gendered) Construction of Medical Diagnosis. Interpretation of Symptoms and Signs in Female Patients", *Theoretical Medicine & Bioethics*.
- (2000) "Symptoms as a Source of Medical

- Knowledge. Understanding Medically Unexplained Disorders in Women”, *Family Medicine*.
- (2001) ”The Art and Science of Clinical Knowledge: Evidence Beyond Measures and Numbers”, *Lancet*.
- MALTERUD, KIRSTI & HOLLNAGEL, H. (1999) ”Encouraging the Strengths of Women Patients – A Case Study from General Practice on Empowering Dialogues”, *Scandinavian Journal of Public Health*.
- MARINKER, MARSHALL (1998) ”Sirens, Stray Dogs, and the Narrative of Hilda Thomson”, Trisha Greenhalgh & Brian Hurwitz (red.) *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, BMJ Books.
- MISHLER, ELLIOT GEORGE (1984) *The Discourse of Medicine. Dialects of Medical Interviews*, Ablex Publishing Company.
- NATVIG, B., NESSØY, I., BRUUSGAARD, D. & RUTLE, O. (1994) ”Muskel- og skjelettplager i en befolkning. Forekomst og lokalisasjon”, *Tidsskrift for norsk lægeforening*.
- PETERSON, M.C., HOLBROOK, J.H., VON HALES, D., SMITH, N.L. & STAKER, L.V. (1992) ”Contributions of the History, Physical Examination, and Laboratory Investigation in Making Medical Diagnosis”, *Western Journal of Medicine*.
- SACKETT, DAVID L, RICHARDSON, W. SCOTT, ROSENBERG, WILLIAM & HAYNES, R. BRIAN (1997) *Evidence-Based Medicine. How to Practice & Teach EBM*, Churchill Livingstone.
- SCHEI, BERIT, BAKKETEIG, LEIV S. (1989) ”Gynaecological Impact of Sexual and Physical Abuse by Spouse. A Study of a Random Sample of Norwegian Women”, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*.
- SHARPE, M., MAYOU, R., SEAGROATT, V., SURAWY, C., WARWICK, H., BULSTRODE, C., DAWBER, R. & LANE, D. (1994) ”Why do Doctors Find Some Patients Difficult to Help?”, *QJM*.
- STEIHAUG, S. & AHLSEN, B. (1996) ”Bevegelse og samtale i grupper. Behandling av kroniske muskelsmerter hos kvinner i allmennpraksis”, *Tidsskrift for norsk lægeforening*.
- STENSLAND, P. & MALTERUD, KIRSTI (1999) ”Approaching the Locked Dialogues of the Body. Communicating Symptoms through Illness Diaries”, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.
- STRAND, KITTY., WERGELAND, EBBA & BJERKEDAL, TOR (1997) ”Work Load, Job Control and Risk of Leaving Work by Sickness Certification before Delivery, Norway 1989”, *Scandinavian Journal of Social Medicine*.
- SUNDBY, JOHANNE (1989) ”Methodological Considerations in the Study of Frequency, Risk Factors and Outcome of Reduced Fertility”, *Scandinavian Journal of Social Medicine*.
- (1996) ”Genital Mutilation of Women – Is it a Concern for Gynaecologists?”, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.
- SÖDERLUND, A., SKOGE, A.M., MALTERUD, KIRSTI (2000) ”’I could not lift my arm holding the fork...’ Living with Chronic Fatigue Syndrome”, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.
- SØRENSEN, I.M., SÖDERLUND, A., HAGA, H.J. & MALTERUD, KIRSTI (2000) ”Symptomopplevelser hos kvinner med Primært Sjögrens syndrom”, *Tidsskrift for norsk lægeforening*.
- TAKSDAL, ARNHILD & MALTERUD, KIRSTI (2000) *Et felles refleksjonsrom. Hypoteser, begrensninger og utfordringer for gyldiggjøring av kvinners symptomer som medisinsk kunnskapskilde*, SEFOS-notat 6, Senter for samfunnsforskning, Universitetet i Bergen.
- THESEN, J. & MALTERUD, KIRSTI (2001) ”’Empowerment’ og pasientstyrking – et undervisningsopplegg”, *Tidsskrift for norsk lægeforening*.
- WENDELL, SUSAN (1996) *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*, Routledge.
- WERNER, A. (2001) ”Kvinner med kroniske muskelsmerter – ’(u)seriøse’ pasienter?”, Kirsti Malterud (red.) *Kvinner ubestemte helseplager*, Pax forlag (under utgivning).
- WILLADSEN, JYTTE (1983) *Depression, dit navn er kvinde: mansvælde og helbred*, Lindhardt og Ringhof.

**SUMMARY**

Feminist theory has achieved a prominent position in gender studies. But questions about aims and domains for utilization of the theories that would be necessary to assess their strength and relevance are often lacking. In this article, I discuss feminist theory from my own position as a feminist researcher in family medicine. I explore some epistemological foundations of medical theory and practice, focusing the conceptual understanding of facts, objective findings, and knowledge. Drawing on the theorists Donna Haraway and Lorraine Code, I demonstrate how feminists can challenge

significant medical questions where gender is on the agenda. I provide some examples of how feminist theory can offer sharper perspectives enabling a new and relevant understanding of hitherto medically unexplained disorders. Finally, I raise some questions about the relationship between academic rhetoric and political action in gender research at present.

**KIRSTI MALTERUD**  
Universitetet i Bergen  
Ulriksdal 8c  
5009 Bergen  
Norge  
kirsti.malterud@isf.uib.no