

Genusperspektiv i medicinen

Kön, gender, genus och feminism är ord som idag verkligen ligger i luften. Det debatteras i media, i politiken och har de senaste decennierna också nått akademien. Det är numera rumsrent och ett plus i kanten att »ha ett könsperspektiv» i analysen av samhällsfrågor, och det ligger outtalat att detta borgar för medvetenhet, jämställdhet och ett rättvisare samhälle.

Läkarvetenskapen har länge stått utanför diskussionen med motivet att medicinska åtgärder baserar sig på naturvetenskapliga fakta! Men den medicinska världen är inte längre oberörd. I mötet med patienten, i samverkan på arbetsplatsen, i utbildningar, i forsknings- och vetenskapssammanhang – överallt finns idag en pockande medvetenhet om att män och kvinnor bör ha samma möjligheter och rättigheter, men har olika villkor. Detta vill också Läkartidningen vara med och belysa i en artikelserie om genusperspektiv i medicinen.

Helst vill vi att jämlikheten ska uppnås med automatik och att våra handlingar ska styras med ryggmärgen åt rätt håll, så att larm om könsförtryck och orättvisor en gång för alla tystnar och inte besvärar oss. Ingen vill kallas förtryckare, ingen vill vara förtryckt. Och visst är det enkelt att avfärda de skillnader som kan ha sin grund i mäns och kvinnors olika förutsättningar och villkor med ett entusiastiskt »vive la difference».

Men, när vi handlar »med ryggmärgen» så är det inte bara reflexmässigt överlevnadsinriktade förhållningssätt som omsätts i handling utan också alla de förväntningar som vi uppfostrats till. Hur många är vi inte som spontant reagerar »nu blev han arg» respektive »nu blev hon ledsen», när tremånadersba-

Författare

EVA JOHANSSON

med dr, distriktsläkare, allmänmedicinska institutionen, Umeå universitet och Mariehems vårdcentral, Umeå.

ILLUSTRATION: DAVID GIFFORD/SCIENCE PHOTO LIBRARY/VEBIL

SERIE Genusperspektiv

byn skriker efter sprutan på BVC? Med ett »oskyldigt» yttrande bidrar vi omedvetet till reproducerandet av de könsattribut som säger att män är aggressiva och kvinnor sårbara. Visst lägger vi ner större omsorg på suturerna i ansiktet på en ung flicka än på en pojke? Hon måste ju vara rädd om sitt utseende, medan han bara ser lite tuffare ut med ett ärr?

Omedelbart på förlossningen kategoriseras de nyfödda efter sitt kön – pojke eller flicka? Indelningen sker oftast enkelt på basis av de yttre könskaraktäristiska, men ibland krävs en extra kontroll av kromosomuppsättningen. Detta särskiljande får sedan avgörande betydelse för förväntningar, förhållningssätt, uppfostran – ja för allas vår socialisering till samhällsvarelser. (Tänk efter! Hur svårt är det inte att förhålla sig till någon, till exempel en expedit, om man inte riktigt kan avgöra om det är en man eller kvinna?) Könsindelningen är förutsättningen och utgångspunkten för utvecklingen av den sociala könstillhörigheten [1]. Vår identitet som kvinna

och man, synen på manlighet och kvinnlighet, utvecklas i ständig interaktion med omgivningen. Förväntningarna på, och bekräftandet av, den busige pojken och den snälla flickan är avgörande för både självbild och självkänsla. Som läkare möter vi dagligen samma sorts mönster när vi förväntas vara manligt bestämda eller kvinnligt förstående läkare, fast vi kanske inte alls tycker att vi platsar in i dessa beskrivningar [2].

Genus i medicinen

Vad menas då egentligen med genusperspektiv i medicinen?

Det gäller att få viss reda i olika begrepp. Termer som kvinnoforskning, könsteoretisk forskning, genusforskning och feminism har använts i olika traditioner och med olika målsättningar, men de har som gemensam teoretisk dimension att

lyfta fram kön som analytisk kategori [3].

Det började med den medicinska kvinnoforskningen som framför allt arbetade för att synliggöra kvinnor, kvinnors ohälsa och belysa könsskillnader, eftersom mycket forskning tidigare baserats på män men generaliserats till kvinnor. Det har rört frågor som: Är referensvärdena för blodtryck och kolesterol desamma för kvinnor som för män? Har kvinnor samma rehabiliteringsmöjligheter som män efter hjärtinfarkt? Denna forskning har varit viktig som komplettering av kunskaper vi redan har om män.

Men det har visat sig finnas risker med att lyfta fram kvinnan som en särskild kategori. Det kan förstärka att mannen är norm och kvinnan avvikande. Det kan bidra till att könsskillnader får större uppmärksamhet än de likheter som förenar oss alla som människor. Det har också inneburit att biologiska skillnader mellan könen givits orimligt stort förklaringsvärde. Det är till exempel vanligt att manlig våldsbegäret förklaras med testosteronnivåer. Man kan också höra att det faktum att flera kvinnor tar ut mer föräldraledighet än män skulle bero på oxytocin. Att förklara kulturella och sociala företeelser

med förenklade biologiska modeller kan få till effekt att maktrelationer mellan könen osynliggörs och att en segregerad arbetsmarknad konserveras i stället för bryts upp [4].

I genusforskningen betonas att könsskillnader inbegriper båda könen och att (o)hälsoutveckling inte bara handlar om biologi utan också livsvillkor och relationen mellan könen. Begreppet »genus» kommer från engelskans gender. Ursprungligen avsågs med gender det sociala könet, det vill säga den inlärd, förvärvade könsidentiteten – män och kvinnor blir olika för att vi bemöts olika och har olika villkor. Engelskans »sex» representerade det biologiska könet, som i debatten kommit att symbolisera det oföränderliga och särskiljande – kvinnor är si och män är så.

De senaste åren har det förts en livlig debatt inom samhälls- och humanvetenskaperna, om kön och inflytandet av biologi och kultur. Inom medicinen däremot har distinktionen mellan biologiskt kön och socialt kön, till exempel mellan »att vara man» och »att vara manlig», sällan förts fram eller diskuterats. Många i läkarkåren står därför helt frågande inför dispyter mellan så kallade biologister, som anser att olikheterna mellan könen beror på biologiska skillnader, och konstruktivister, som betonar att skillnaderna till stora delar är sociokulturellt skapade.

I svenskan kan ordet »kön» avse både biologiskt och socialt kön. I medicinen har dock kön framför allt avsett biologiskt kön och könsskillnader har också oreflekterat hänförs till biologiska skillnader. När nu termer som gender och genus, könsperspektiv och genusperspektiv implementeras i medicinen får man se upp för begreppsglidning. I såväl engelska som svenska publikationer kan man redan se gender användas vid en enkel könsuppdelning av materialet, till och med vid rättsförsök, och genusforskning användas även när det handlar om strikt biologiska förklaringsmodeller. Men genusperspektiv är mer än så!

Genom att benämna denna serie Genusperspektiv vill vi inbjuda till analyser som inbegriper såväl biologiska som kulturella, etniska, ekonomiska och sociala omständigheter i kvinnors och mäns levnadsvillkor. I genusforskningen är det inte ett mål i sig att finna könsskillnader utan att söka förståelse för de komplexa sammanhang som ligger bakom skillnaderna.

Var står vi idag?

På många håll bedrivs idag forskning med genusperspektiv inom medicinsk fakultet [5]. I den kliniska vardagen för-

siggår också verksamheter som syftar till att belysa kvinnors och mäns villkor, begränsningar och möjligheter – bland såväl patienter som vårdgivare. Det kan röra sig om rehabilitering av »kvinnohjärtan», mansgrupper bland gynekologer, Pippi-projekt för kvinnliga läkare och liknade. Genom att förmedla kunskaper, forskningsrön, men också egna erfarenheter och reaktioner i vardagsarbetet, i undervisning och i kliniken kan vi bli klokare och medvetna om blinda fläckar. Därmed kanske vi kan motverka att dold och otillbörlig könsåtskillnad och maktskillnad upprätthålls och ständigt reproduceras i hela vårdkedjan.

Forskningsrådsnämnden arrangerade i samarbete med Medicinska Forskningsrådet och Vårdalstiftelsen en konferens i Stockholm i oktober 1999 på temat Könsperspektiv i medicinsk forskning – vad innebär det? Forskare som deltog i konferensen har inbjudits att skriva i denna serie i Läkartidningen. Också Du som läsare är välkommen att skicka Dina synpunkter, som debattinlägg, kommentarer eller som artiklar i serien, kanske kring följande teman som också var centrala vid FRN-konferensen: Vad betyder könstillhörighet under utbildningen? Hur undervisas om genusperspektiv på de olika universitetsorterna? Behöver vi gemensamma direktiv? Vad betyder könstillhörigheten i läkarprofessionen? I patient-läkar-mötet? Finns projekt med genusperspektiv i den kliniska vardagen? Finns exempel på hur genusperspektiv implementerats i medicinska forskningsprojekt idag? Beaktas genusaspekter i etiska överväganden?

Referenser

1. West C, Zimmerman DH. Doing gender. *Gender and Society* 1987; 1: 125-51.
2. West C. When the doctor is a »lady»: power, status and gender in physician-patient encounters. *Symbolic Interaction* 1984; 7: 87-106.
3. Utbildningsdepartementet. Viljan att veta och viljan att förstå. Kön, makt och den kvinnovetenskapliga utmaningen i högre utbildning. SOU 1995: 110.
4. Eduards M. Män – finns de? *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1998; 3-4: 77-84.
5. Hultcrantz E, red. *Läkare, doktor, kvinna*. Lund: Studentlitteratur, 1998.

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Priset är 55 kr.

Enligt min erfarenhet



Beställer härmed.....ex
av "Enligt min erfarenhet"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till LÄKARTIDNINGEN
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker