

Annika Forssén, med dr, forskarassistent, distriktsläkare, Porsöns vårdcentral (*Annika.Forssen@arb.luth.se*)

Gunilla Carlstedt, med dr, leg läkare; båda institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet (*Gunilla.Carlstedt@telia.com*)

Kvinnors ansvarstagande kan leda till ohälsa

II I vårt forskningsprojekt beskriver och karakteriserar vi några kvinnors betalda och obetalda arbete och deras upplevelser av hälsa och ohälsa. Bakgrunden till forskningen finns i vårt arbete som läkare, främst inom allmänmedicin och psykiatri. Vi har funnit att tillgänglig medicinsk kunskap ofta inte räcker, eller passar dåligt, i förhållande till det liv och den ohälsa som många kvinnor beskriver. En orsak till detta är, menar vi, att kvinnors arbete och arbetsvillkor är lite uppmärksammade och dåligt kända i medicinsk vetenskap. Det gäller villkoren i kvinnors betalda, men inte minst deras obetalda, arbete. Den kunskap som hittills skapats om arbete och hälsa har i första hand utgått från mäns erfarenheter – och koncentrerats på förvärvsarbete [1].

I nedanstående artikel diskuteras de förväntningar som ställs på kvinnor när det gäller ansvarstagande för andra – och det därmed sammanhängande, och i studien skapade, begreppet »tvingande lyhörddhet».

Kvalitativ metod och feministisk teori

Vi har använt oss av en kvalitativ forskningsmetod.

Kvalitativ forskning handlar om att förstå och förklara människors erfarenheter. Sätten att förstå kan vara olika mellan olika forskare. Väsentligt för forskningens pålitlighet är därför att teoribakgrunden redovisas. Ämnesområde och frågeställningar har för vår del gjort det nödvändigt att använda kunskap och teorier från så kallad kvinno-, genus- eller feministisk forskning [2], inom medicinen såväl som andra vetenskaper. Med hjälp av sådan forskning kan kön och maktrelationer mellan könen, och hur dessa påverkar samhälle och vetenskap, problematiseras [1, 2]. Grundläggande för forskningens pålitlighet är vidare att de tolkningar som görs redovisas så att de går att följa för läsaren [1, 3].

Metoden kan liknas vid att göra fallbeskrivningar [4]. Den innebär att information från relativt sett få personer används för att belysa ett problem. Avsikten är att beskriva ett område, skapa nya begrepp eller förändra innebörden i etablerade sådana, och/eller att skapa tentativa teorier [3, 5]. Idag är kvalitativ metod väl beprövad inom medicinsk, inte minst allmänmedicinsk, forskning [4, 6-8].

Tillvägagångssätt och forskningsprocess

Vår undersökning bygger på upprepade (2–5) djupintervjuer som endera av oss gjort med 20 kvinnor, födda på 1910- och

SAMMANFATTAT

Kvinnor upplever ofta krav på sig att ta ansvar för hur andra har det. I artikeln ses detta som en form av arbete, med konsekvenser för kvinnors egen hälsa.

Begreppet »tvingande lyhörddhet» prövas för att beteckna en skada som ansvarsarbetet kan orsaka. Skadan uppstår när kraven blivit för stora och den uppövade lyhörddheten format kvinnornas sätt att vara.

Skadan består i att kvinnorna i ökande grad sätter andras behov i fokus och inte förmår sätta gränser för sina insatser. Följden blir fysisk och psykisk överanstängning.

Ohälsan ses som en konsekvens av den könsarbetsdelning som råder i samhället. Detta diskuteras i förhållande till arbetssituationen för vårdpersonal och kvinnliga läkare.

Begreppet är ett delresultat i ett större forskningsarbete om kvinnors arbete, hälsa och ohälsa.

Forskningen är exempel på kunskap som skapats med hjälp av en kvalitativ metod och feministisk teoribildning.

Genusperspektiv

Tidigare artiklar i serien har publicerats i nr 45, 46, 47, 49 och 50/00 samt i nr 3, 7, 9 och 11/01.

1920-talen, 18 i Sverige, 1 i Ungern och 1 i Estland. Äldre kvinnor valdes för att få ett långtidsperspektiv och kunskap om vad samhällsförändringar betytt för kvinnors arbets- och livsvillkor. Avsikten var även att ge röst åt en i samhället tyst grupp. Intervjuerna, som gav bäst information när de tog formen av samtal, skedde vanligtvis hemma hos kvinnorna. De

I projektet har begreppet »tvingande lyhörddhet» introducerats för att beteckna den skada som kvinnors ansvarsarbete kan orsaka, när de i stigande grad sätter andras behov i fokus och inte förmår sätta gränser för sina insatser.

varade cirka 1,5–3 timmar, bandades (ljudband) och skrevs därefter ut på papper.

De medverkande kvinnorna valdes genom strategiskt urval, ett för metoden vanligt sätt. Syftet var att få del av så skiftande erfarenheter som möjligt, varav många skulle varit omöjliga att säkerställa med statistiska metoder. Urvalet gjordes utifrån arbets- och livserfarenheter, inte utifrån sjukdomar eller diagnoser. Förutom att hänsyn togs till gängse kriterier som yrke, klasstillhörighet och civilstånd, eftersträvades skillnader gällande till exempel valet att ha barn eller inte, valet att leva som gift eller ensamstående samt omfattning av och villkor i obetalt arbete. Kvinnorna hittades via arbetskamrater, föreningar, avlägsna bekanta och sjukvården. Urvalet gjordes allteftersom, medan intervjuarbetet pågick. Också urvalskriterierna förändrades utifrån nya insikter om vad som var väsentligt att få belyst. Analysarbetet påbörjades således redan i denna fas [9, 10].

Den fortsatta analysen kan kort beskrivas som att utifrån noggranna genomläsningar skapa sorteringsområden relevanta för de övergripande forskningsfrågorna: Vad har kvinnorna ägnat sin tid och kraft åt? Hur har de mått?

Exempel på områden som skapades är hushålls-, relations- och barnafödande arbete respektive välbefinnande och lidande. Citat, eller så kallade meningsbärande enheter [11], från de enskilda kvinnorna skrevs ner och placerades under respektive område – först för varje enskild kvinna och därefter tvärs över hela materialet [12]. I det fortsatta arbetet skapades rubriker eller kategorier – som »tungt arbete» och »ansvar» respektive »klara av» och »mitt fel» – som därefter utvecklats och använts vid resultatredovisningen [3, 9–12].

Jag lever mig in i hur andra har det

Tidigt i en första intervju föll de en av kvinnorna, vi har kallat henne Valborg, följande yttrande: »Men det är ju det som alltid har varit min värsta fiende, att jag lever mig in med en människa.» Detta sades i samband med att hon beskrev det omsorgsansvar hon haft redan under uppväxten och som ung vuxen. Ansvarstagandet för andra hade hon sedan fortsatt med livet ut, inte minst i det privata.

Den man som Valborg gift sig med utvecklade med åren en grav alkoholism. När intervjuarbetet startade var han sjuk och vårdades i hemmet. Valborg, som ansvarade för vården,

var då åttio år gammal. Uppgiften krävde beredskap och insatser dygnet runt. Flera gånger varje natt måste hon upp och tömma »kisspåsar», varje morgon tvätta lakan och sängkläder. Ansvar för mannen gjorde henne psykiskt och fysiskt utmattad: »Jag är utsliten. Benen, ja hela kroppen är slut.» Under arbetet hade hon också råkat ut för flera fallolyckor. Bland annat hade hon ådragit sig en knäfraktur och ett flertal kontusioner.

Försök hade tidigare gjorts att flytta mannen till ett vårdhem. Insatserna från sjukvårdens sida beskrevs av Valborg som halvhjärtade. Dessutom hade mannen vägrat. Själv förmodade hon inte heller kräva någon förändring. När andra talat om att flytta mannen hade hon till och med hållit emot. Hon förklarade: »Jag kan inte se hur de kommer och tar honom med våld – hellre plågar jag mig själv.» Samtidigt var hon tydlig med vad som pågick: »Han utnyttjar mig, förstår du.» Hon tänkte sig att situationen skulle ha upplevts annorlunda om mannen visat respekt för hennes insatser och någon gång gett henne ett ord av tacksamhet och erkännande.

När mannen så småningom trots allt flyttades var hennes lättnad stor. Men hon var också kluven; kände skuld över att maken flyttats mot sin vilja, att hon »stängt sin dörr för honom». Följden blev att hon inte heller nu kunde koppla bort ansvaret för hur han hade det. »Barnen är arga på mig», berättade hon. »De tycker att jag borde ha det bra nu, koppla av och njuta och inte gå till honom jämt och ständigt. Men det sitter i att jag lever mig in i hur han har det.»

Fler av kvinnorna i undersökningen beskrev liknande känslor. Även de hade omfattande omsorgsarbete bakom sig, inte minst i det privata. Under lång tid hade de tränats i att ge akt på och ta ansvar för hur människor i deras omgivning mår – särskilt de som var svaga och utsatta.

Också i sitt betalda arbete hade kvinnorna ofta omsorgs- och uppgifter. De innefattade ansvar för relationer. I vården gällde det främst patienter. Men många, i och utanför vården, hade känt ett sådant ansvar även i förhållande till arbetskamrater och chefer, och när konflikter uppstått på arbetsplatserna. Det gällde till exempel en industriarbeterska och en ingenjör. Att skapa och upprätthålla goda sociala relationer kan kallas gemenskaps- eller relationsarbete [1]. Uppgifterna fanns emellertid inte angivna i några arbetsbeskrivningar. De var sällan uttryckligt fördelade till kvinnorna – åtminstone inte som arbetsuppgifter. På det sättet gjordes de osynliga. I praktiken hade det inneburit att kvinnorna tilldelats och tagit på sig en större arbetsbörda än den officiellt angivna.

Några av kvinnorna berättade om svåra konflikter i anknytning till sitt relationsarbete på jobbet. Det gällde till exempel dem som sett patienter bli illa behandlade, men inte förmått ingripa. Möjligheten till detta kunde också ha varit liten. Ändå drabbades de av samvets kval för sitt uteblivna handlande.

Lyhörddhet – på ont och gott

Att »leva sig in med en människa» och ta allt arbete som blev följden, beskrevs ofta av Valborg och de andra kvinnorna som ett inifrån kommande krav – ett krav som de inte kunde undkomma. Andras behov, inte minst mäns och barns, stod i ökande grad i centrum för deras handlande. Samtidigt förmådde de i minskande grad sätta gränser och hävda egna behov. Detta med tiden alltmer invanda förhållningssätt har vi sammanfattat i begreppet »tvingande lyhörddhet». (Vi väljer ordet lyhörddhet framför inkännande eller empati, då lyhörddhet på ett bättre sätt uttrycker den aktiva beredskapen att göra sig varse andras situation.)

I de fall lyhörddheten inverkat negativt på hälsan har vi sett den som en arbetsskada – en form av utmattning. Uppmärksamheten på andras välbefinnande, och de övriga insatser

som följde, hade då fått kvinnorna att anstränga sig långt utöver sin egentliga ork. För att »klara av» hade de också ofta tvingats bortse från egna sjukdomar och krämpor. Sammantaget blev de mycket trötta och överansträngda.

Förmågan till lyhördhet kunde emellertid även vara positiv. Att »leva sig in med en människa» gav närhet, liksom upplevelsen av att vara behövd. Detta gav mening i livet, och styrka. Den uppskattning kvinnorna kunde få gav också en känsla av värde. Det blev inte minst viktigt för dem som i sitt förvärvsarbete befann sig i låglöne- och lågstatusyrken.

Många kvinnor i undersökningen hade också utvecklat strategier för att skydda sig mot för stora krav på omsorgs- och hänsynstagande till andra. Att se till att »få vara för sig själv» – att skapa sig »ett eget rum» i vardagen – gav möjlighet till vila för kropp och själ. Även i förenings- och kulturliv erbjöds tillfällen att undgå kravet att »alltid vara till för alla andra».

Lyhördhetens konsekvenser för kvinnorna själva var således till viss del beroende av om de fick respekt och erkännande för sina insatser. Mer avgörande var emellertid frågan om tvång: Hade kvinnorna ork och möjligheter att värja sig? Blev de lyssnade till inför de gränser de önskade sätta kring sig själva?

Varför slutar hon inte att uppoffra sig?

Valborg uttryckte en stark önskan att utomstående skulle ordnat så att mannen flyttats långt tidigare. Själva hade hon inte klarat att förändra situationen. Till detta samverkade en ökande fysisk och psykisk trötthet samt den känsla av skuld hon skulle fått om hon själv frånsagt sig ansvaret.

Vi menar att det finns likheter mellan hennes behov av andras perspektiv och ingripande och misshandlade kvinnors behov. Många frågar inför de sistnämnda: »Varför går hon inte?» I förhållande till kvinnor som har svårt att avsäga sig alltför stora vård- och arbetsbördor kan motsvarande fråga bli: »Varför slutar hon inte att uppoffra sig?»

När det gäller kvinnomisshandel har teorin om våldets normaliseringsprocess varit grundläggande för att förstå varför misshandlade kvinnor har svårt att bryta sig loss ur sina förhållanden [13, 14]. Processen innebär bland annat att kvinnornas perspektiv, som en följd av våld och isolering, förskjuts. De ger sig själva skulden för misshandeln och bryts ner av att under lång tid leva i en »var-dag» och »var-natt» präglad av våld.

En liknande perspektivförskjutning och vanmaktsupplevelse kan drabba den som är sliten av många års vårdarbete, med inslag av »tvingande lyhördhet». Även här sker en normaliseringsprocess. Anpassning till andras behov tar alltmer överhanden över de egna behoven. Uppfattningen om vad som är normalt blir i ökande grad förvriden.

Förväntad kvinnlighet

Flera av kvinnorna i vår undersökning såg sin tvingande lyhördhet som »sitt eget fel». Att inte kunna värja sig tycktes tillhöra deras personliga egenskaper. Eller som en kvinna uttryckte det: »Man är skuld till alla olyckor själv.»

Enligt vårt synsätt kan en tvingande lyhördhet även ses som en effekt av i samhället förväntad kvinnlighet. Normer om »hur kvinnor bör vara» och »vad kvinnor bör göra» har haft stor genomslagskraft. De omfattades också, åtminstone till en del, av kvinnorna själva. Samtliga hade haft att ta ställning till och hantera den arbetsdelning mellan könen som präglade samhället. Enligt denna sågs vård och omsorg som lämpliga och »naturliga» uppgifter för kvinnor – och som deras ansvar [15, 16] – i yrkes- såväl som i privatliv. Inte minst gällde det i förhållande till barn, egna och andras, liksom till makar och andra anhöriga. Att motsvara sådana förväntningar kunde vara en betydelsefull grundval för självkänsla och

stolthet. Den som inte gjorde det riskerade i stället både omgivningens fördömande och egna skuld känslor. Inte bara kvinnornas värde i andras ögon, utan också deras självvärde byggde således på att de lyssnade och tog ansvar. Den dagliga närheten till dem de hade att ansvara för förstärkte upplevelsen av tvång. [1]

Mot bakgrund av skilda yttre och inre omständigheter hade kvinnorna trots allt förhållit sig olika till de rådande förväntningarna. Några hade till exempel fortsatt sitt förvärvsarbete även sedan de gift sig och fått barn – trots att det stred mot rådande hemmafrunorm. Andra hade valt bort äktenskap och/eller barn för att skydda sig mot omfattande omsorgs- och hushållsarbete. De visste att de inte skulle mått väl av detta och att det skulle hindrat dem i deras yrkesutövning.

Forskning om yngre kvinnors situation idag [7, 8, 17-20] visar att också de upplever krav på att ge omsorg och vara de som skapar och upprätthåller gemenskap och samhörighet. Det gäller både på jobbet och hemma. De förmedlar även olika grader av tvång: Fullgör de inte relationsarbetet riskerar de att bli betraktade som mindre dugliga. Att inte »ta sitt ansvar» ger dem också skuld känslor. En tolkning forskarna gör är att kvinnor måste utveckla relaterande och omsorgsgivande kompetenser – och utföra sådant arbete – för att bli betraktade som välfungerande och som »riktiga» kvinnor [17, 21].

Arbete eller biologi

När vi ser tvingande lyhördhet som en arbetskada riktar vi uppmärksamhet mot försummade aspekter av arbete och sätter i förlängningen själva begreppet arbete i fråga. Gränsdragningen mellan arbete – eller »görande i nödvändighetens sfär», som arbete definierats av en forskare [22] – och nöje är inte alltid självklar. Allra minst renodlad blir gränsen när det handlar om relationer mellan människor. Men om någon är beroende av en annan persons förmåga till lyhördhet kräver detta ansträngning och ansvarstagande från den som blir behövd. Detta betraktar vi som arbete [23].

Sådana insatser har dock varken benämnts eller på annat sätt gjorts märkbara i vårt samhälle. För de intervjuade kvinnornas del har det inneburit att de även blivit utan ord i förhållande till sina erfarenheter.

När arbete som förväntas bli utfört av kvinnor inte namnges, eller på annat sätt synliggörs, riskerar den kompetens som många kvinnor utvecklar att bli betraktad som en del av kvinnors »natur» [21, 24]. Arbetet ses då inte som arbete utan som något kvinnor utför därför att de »är» sådana, utan att egentligen anstränga sig. Betydelsefulla orsaker till trötthet och andra fysiska och psykiska besvär hos kvinnor riskerar därmed att förbli dolda.

Könsarbetsdelningen och vården

Vår och andras forskning indikerar att höga förväntningar på lyhördhet och omsorg ställs på alla kvinnor i samhället. När det gäller vårdarbete utgör att »leva sig in med en människa» en nödvändig kompetens. Risker finns därför att kraven på kvinnor blir särskilt stora inom detta område. Kvinnor i vårdyrken är också den grupp som idag ökar mest när det gäller sjukskrivningar. Det handlar om sjukdomar i rörelseorganen (nacke, axlar, rygg), psykiska besvär och så kallad utbrändhet [25].

Ett flertal undersökningar har visat att kvinnliga allmänläkare upplever större arbetsbelastning än sina manliga kollegor [26, 27]. En tid efter införandet av husläkarsystemet i Norge (där patienter fick lista sig hos en ansvarig läkare) upplevde många av de kvinnliga läkarna att deras arbetsituation försämrades [28]. De gjorde så i betydligt högre grad än de manliga kollegerna på samma arbetsplatser. Systemet innebar att ansvaret för de listade patienterna lades direkt på den en-

skilda läkaren. En granskning av listorna visade att patienter, främst kvinnliga, med »omfattande journaler, speciella problemställningar och ett stort behov av läkarkontakt» – det vill säga sådana som kan karakteriseras som tyngre patienter – i stor utsträckning valt kvinnliga läkare.

Bland de orsaker till situationen som artikelförfattarna diskuterar nämns forskning som visat att kvinnliga patienter tar upp fler och andra problem när de möter en kvinnlig läkare, än när läkaren är man. Detta kan, menar författarna, bero på att patienterna tillskriver läkaren »vissa till kön knutna egenskaper» – som att kvinnor antas vara mer förstående och lyssnande – men också på att de har erfarenhet av att sådana förväntningar blir bekräftade.

I många sammanhang i den allmänna debatten talas om att »män är bättre på att stänga av», när förklaringar söks till att kvinnor oftare än män drabbas av bland annat psykiska besvär. Därmed görs män och deras förmodade förhållningssätt till norm. Kvinnor får då själva bära ansvaret för hur de »är».

Med vår artikel vill vi i stället peka på de skillnader mellan könen vi i vårt samhälle skapat när det gäller »hur en kvinna bör vara och vad hon bör göra» respektive »hur en man bör vara och vad han bör göra». Detta har bidragit till en omfattande arbetsdelning mellan kvinnor och män – något som inte minst de intervjuade kvinnorna visat oss på. I förlängningen vill vi väcka frågor om hur makt och ansvar fördelas mellan könen, och vad det får för konsekvenser för hälsan.

Referenser

1. Carlstedt G, Forssén A. Mellan ansvar och makt. En diskussion om arbete, hälsa och ohälsa utifrån tjugo kvinnors livsberättelser [dissertation]. Luleå: Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet, 1999.
2. Forssén A, Carlstedt G. Feministisk forskning tydliggör att all forskning är politisk. *Läkartidningen*. Under publ.
3. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En införing. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
4. Westman G. Kvalitativ metod i ett medicinskt sammanhang. Lund: Studentlitteratur, 1999.
6. Malterud K. Allmenpraktikerens møte med kvinnelige pasienter [dissertation]. Oslo: Tano, 1990.
7. Hamberg K. Begränsade möjligheter – anpassade strategier. En studie i primärvården av kvinnor med värk [dissertation]. Umeå: Umeå universitet, 1998.
8. Johansson E. Beyond frustration: Understanding women with undefined musculoskeletal pain who consult primary care [dissertation]. Umeå: Allmänmedicinska institutionen, 1998.
13. Lundgren E. Våldets normaliseringsprocess. Två parter – två strategier. Stockholm: Delegationen för jämställdhetsforskning, 1989. Rapport nr 14.
14. Risberg G. Varför går du inte? Fel fråga till offer: Sexualiserat våld i sociokulturellt perspektiv. *Läkartidningen* 1994; 91: 4772.
16. Wikander, U. Delat arbete, delad makt. Om kvinnors underordning i och genom arbetet. I: Åström G, Hirdman Y, eds. Kontrakt i kris. Om kvinnors plats i välfärdsstaten. Stockholm: Carlssons bokförlag, 1992.
17. Magnusson E. Vardagens innebörder under förhandling – om arbete, familj och produktion av kvinnlighet [dissertation]. Umeå: Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet, 1998.
18. Magnusson E. Talking about gender equality: Swedish women's discourse on the home front. Oslo: Nora, Scandinavian University Press 1997 (2): 76-94.
19. Elvin-Nowak Y. Flexibilitetens baksida. Om balans, kontroll och skuld i yrkesarbetande mödrars liv. Stockholm: Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, 1998. Rapport nr 101.
20. Popay J. »My health is alright, but I'm just tired all the time»: Women's experience of ill health. In: Roberts H, ed. *Women's Health Matters*. London: Routledge, 1992.
21. Holm U. Mödrande och praxis. En feministfilosofisk undersökning. Göteborg: Daidalos, 1993.
22. Carlsson JCH. Begreppet arbete. Definitioner, ideologier och sociala former [dissertation]. Lund: Lunds universitet, 1986.
23. Carlstedt G, Forssén A. Arbete, hälsa och ohälsa – en diskussion om begrepp och samband utifrån tjugo kvinnors erfarenheter. *Socialmedicinsk tidskrift*. Under publ.
24. Forssén A. Gör vi dygd av tvånget och kvinnor till mäns motsatser? En kritisk självreflexion om feministers lust till ett kvinnligt väsen. *Socialmedicinsk tidskrift* 1998; 75 (1-2):19-23.
27. Lennholm B. Kvinnliga läkare mer stressade än manliga. *Allmänläkare på vårdcentral mest utsatta*. *Läkartidningen* 1988; 85: 397-9.
28. Malterud K, Steinert S, Mo TO. Kjønn, arbeidsbelastning og liste-profil i allmennpraksis. Erfaringer fra listepasientforsøket. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 2406-11.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://larkiv.lakartidningen.se>
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

SUMMARY

Women's shouldering of responsibility can induce ill health

Annika Forssén, Gunilla Carlstedt

Läkartidningen 2000; 97: 1930-3

Women often feel compelled to assume responsibility for the needs and wishes of others. This is of consequence to their own health. The concept »compulsive sensitivity» is used in this article to describe a work injury that can result when this demand is excessive and the trained sensitivity to the needs of others has come to dictate woman's way of being and acting. This kind of ill health is seen as a result of the gender division of labor that persists in our society. The article is based on qualitative research on women's work, health and ill health.

Correspondence: Annika Forssén, Department of Human Work Sciences, Luleå University of Technology, SE-971 87 Luleå, Sweden (Annika.Forssen@arb.luth.se)