

## Helsearbeid i kjønnsperspektiv

Eline Thornquist, fysioterapeut, førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø, frilans

### Sammendrag

I denne artikkelen omtales dokumenterte forskjeller i språkbruk og samtalepraksis mellom gutter og jenter, kvinner og menn. Videre knyttes kommentarer til standarder og forventninger som gjør seg gjeldende mer allment i forhold til kjønn, og de relateres til forestillinger som viser seg å ha spesielt stor overlevelsessevne. Trekk ved dagens helsetjeneste tas opp, og det vises til både brudd og kontinuitet i idealer, forestillinger, forventninger og praksis. Det understrekes at alle mennesker – også fagutøvere – bidrar til å skape kjønn gjennom sine handlinger, både av språklig og kroppslig art. Forfatteren drøfter hvordan kjønn på ulike vis kan gjøres relevant i kliniske møter. **Nøkkelord:** fysioterapi, kjønn, samtalepraksis, samhandling, kroppslige budskap.

I denne artikkelen retter jeg søkelyset på hvordan forestillinger om kvinner og menn, kvinnelighet og mannlighet, kommer til uttrykk i daglig helsearbeid. Hvordan meddeler kvinner og menn seg til hverandre? I hvilken grad og på hvilke måter bidrar helsepersonell til å befeste eller utfordre tradisjonelle forestillinger om kjønn? Og hva har forståelse av kjønn med kropp, sykdom og helse å gjøre?

### Språkbruk og samtalepraksis

Det er veldokumentert at jenter og gutter, kvinner og menn, bruker språket noe forskjellig og til dels til forskjellige formål. Jenter og kvinner er generelt mer relasjonsorienterte enn gutter og menn. Det uttrykker seg blant annet ved at de i større grad stiller spørsmål, lytter og er sensitive for samtalepartnerenes situasjon. Gutter og menn er generelt mer selvstendighetsorienterte, de informerer, underholder, presenterer seg selv og snakker om saker. Et begrepspar som er brukt om denne forskjellen er «kontakt-snakking» (kvinner) og «rapport snakking» (menn) (1). Telefonbruk har vært framført som eksempel: Kvinner ringer hverandre for å høre hvordan det står til. De snakker om store og små hendelser, deler hverandres erfaringer og lufter synspunkter. Menn ringer for å gi beskjeder, avklare forhold og inngå avtaler.

Når en beskriver slike klare og entydige kjønnsforskjeller, står en samtidig i fare for å bygge opp under forestillinger om menn og kvinner som to homogene og helt ulike kategorier – at alle kvinner og alle menn er like (2). Dermed kan oppmerksomheten styres bort fra forskjeller kvinner imellom – og menn imellom. En risikerer videre at kjønnsforskjeller overskygger andre forhold og særtrekk som kan være like viktige eller viktigere enn kjønn, som sosial rang eller etnisitet. Ikke desto mindre er det dokumentert klare kjønnsforskjeller når det gjelder samtalepraksis. Noen sentrale trekk skisseres (1,3-7):

- Jenter og kvinner stiller flere og oftere spørsmål i vanlige samtaler, både seg i mellom og i blandete grupper.
- Jenter og kvinner har generelt flere modererende og spørrende utsagn, de føyer ofte til et spørsmål etter å ha fremstilt synspunkter, «X er fin, ikke sant?»
- Jenter og kvinner bruker flere «fyll-ord» kanskje, på en måte, liksom og lignende.
- Gutter og menn avbryter jenter og kvinner oftere enn omvendt.
- Gutter og menn dominerer samtaler i det offentlige rom. Jenter og kvinner snakker mye sammen i privatsfæren.
- I blandete grupper er samtalen tilbøyelig til å anta en form som er mer typisk for gutter og menns måte å snakke på; det vil si at jenter og kvinner tilpasser seg gutters og menns normer.
- Jenter og kvinner snakker mye om sine erfaringer og forhold til andre mennesker; om nære og personlige relasjoner.
- Gutter og menn snakker mye om aktiviteter og verden «der ute».
- Gutter og menn forteller oftere vitser og historier; de underholder andre.

- Jenter og kvinner lytter mer enn gutter og menn; de blir i større grad informert og underholdt.
- Gutter og menn er barskere og grovere i sin uttryksmåte.
- Jenter og kvinner snakker mer korrekt, de legger talen nærmere opp til en standard eller prestisjenorm.

Noen stusser kanskje over dokumentasjonen om kjønnsforskjeller og talemengde ettersom kvinner tradisjonelt er kjent for å være «snakkesalige» og «skravle» mye. Tannen skriver:

Hvem er det som snakker mest, kvinner eller menn? Her foreligger det tilsynelatende motstridende oppfatninger som imidlertid lar seg forene *hvis man skjelner mellom offentlig og privat snakking* (1 s55, min utheving).

Undersøkelser viser at menn taler mer i offentlige forsamlinger og i formelle sammenhenger, og også i samhandlingssituasjoner med kvinner og i blandete grupper. Kvinner snakker derimot mye seg i mellom. For jenter og kvinner består vennskap i stor grad av samtale, de deler tanker og følelser og hva som skjer i livet. Derigjennom opprettholdes en følelse av samhörighet.

### **Standarder og forventninger**

I faglige sammenhenger og i dagliglivet reagerer vi på hverandres være- og snakkemåter utfra bevisste og ubevisste forestillinger om hva som er passende, blant annet for det vi forbinder med å være kvinne og mann. Det tolkningsskjemaet vi benytter oss av, er i stor grad basert på det som til enhver tid er rådende forestillinger og innarbeidede sosiale praksiser. Det vi er vant til å se og høre glir umerkelig inn og danner standarden vi vurderer utfra. Det preger våre forventninger, vår persepsjon og de inntrykkene vi danner oss av andre, såvel som vår selvsensur. Vi justerer egne handlinger og måten vi presenterer oss på utfra andres aksept/ikke-aksept. Vi ter oss på måter som mer eller mindre samsvarer med det fellesskapet setter pris på.

På denne bakgrunn er det viktig for helsepersonell å være kjent med hva som er rådende forestillinger og innarbeidede sosiale praksiser, for eksempel i relasjon til kjønn og samtalepraksis. Og det er tilsvarende viktig å reflektere over egne forestillinger, forventninger og praksiser i ulike situasjoner. Videre er det et sentralt teoretisk poeng å betrakte slike kjønnsforskjeller i et dobbeltperspektiv: som uttrykk for og bidrag til å skape ulike kjønnete livsorienteringer.

### **Kjent klemme – og utfordringer**

Dagens kvinner blir ofte klemt mellom innbyrdes motstridende krav og forventninger – fra seg selv og andre – om å snakke (og være) som menn; saklige, informerende, markerte og beslutsomme, og å snakke (og være) som kvinner; lyttende, spørrende, relasjons- og følelsesorientert, og ikke selvhevdende, men heller holde seg litt i bakgrunnen. En språkforsker har en talende tittel på aspekter av denne klemmen i en av sine publikasjoner: «Fra beundrende tilhører» til «passe aktiv deltaker» (5).

Kvinner som ofte tar ordet i forsamlinger og markerer sine synspunkter, blir lett oppfattet som dominerende. Menn som gjør det samme, handler i tråd med konvensjonelle oppfatninger og legges knapt merke til. Tilsvarende kan kvinner vegre seg mot å ta ordet – og beholde det, mens menn kan føle forventningspress om å markere seg.

Vår reaksjon på hva andre sier og gjør er ofte betinget av hva slags ramme vi føler oss satt i, og det er igjen avhengig av andres og egen rolletilskrivning. Kvinner blir ofte satt i, og setter seg ofte selv i rollen som den u-vitende, den som trenger å bli informert. Dermed er det lett å bygge opp under samtalemønstre, og samhandlingsmønstre generelt, der andre oppfatter dem som mer usikre enn de er. For menn kan det være omvendt. Slik kan partene forsterke hverandres handlinger og væremåter: Kvinner er spørrende og lar seg informere, menn fremstår som de som vet, og som informerer andre. Begge parter kan føle seg mer eller mindre vel eller «fanget» med dette.

Oppmerksomhet om slike kjønnsforskjeller kan bidra til å forebygge kommunikasjonsproblemer og hindre at kvinner og menn låser hverandre i oppfatninger om hvordan de «er» når vi alle gjensidig skaper hverandre og er – eller kan være – i forandring. Vi bidrar alle til å *skape kjønn* gjennom måten vi samhandler på, presenterer oss selv og bekrefter eller ikke bekrefter andres snakke- og væremåter.

### **Språk – forestillinger – fagutøvelse**

Vi mennesker tenker gjennom det språklige repertoar vi har til rådighet. Den språkvitenskapelige debatt i forrige århundre har lært oss at tenkning ikke er en indre aktivitet som skjer uavhengig av språklige forhold. Språket er derimot konstituerende for virkeligheten; det er med og former virkeligheten for oss (se for eksempel 8,9). Derfor kan språket betraktes som selve nøkkelen til å forstå kulturelle forestillinger og praksis generelt.

Det er nyttig å bytte menns og kvinners posisjon og rolle i tankene når vi er i tvil om kjønnete forestillinger gjør seg gjeldende. Velkjent er det at husmor og yrkeskvinne er vanlige og aksepterte ord i norsk språk, men ikke husfar og yrkesmann. Å snakke om hjemmeværende kvinner er uproblematisk, mens «hjemmeværende menn» vekker forestillinger om menn uten arbeid, arbeidsledige menn. Menn er «egentlig» forsørgere. Slike eksempler illustrerer hvordan tradisjonelle forestillinger kopler kvinner og privatsfæren sammen, mens menn koples til den offentlige sfære.

I relasjon til sykdom er den diagnostiske betegnelsen «yrkesmyalgi» et klassisk eksempel i så måte. At denne betegnelsen dukket opp i perioden etter andre verdenskrig er ingen tilfeldighet. Da begynte kvinner å delta i lønnet arbeid utenfor hjemmet, og det var deres plager som ble definert som forårsaket av yrke, ikke menns. Kort sagt: kvinner ble overbelastet av å være i det lønnete produktive arbeidslivet, de «tålte» det ikke.

Her berøres noen av de mest grunnleggende forestillingene i vår vestlige kulturkrets -forestillinger som viser seg å ha spesielt stor overlevelsessevne. Og innvevd i koplingene mellom offentlighet/menn på den ene siden og privatsfæren/kvinner på den andre, er forestillingen om et motsetningsforhold mellom ånd og hånd, kultur og natur, samt en atskillelse mellom produksjon og reproduksjon. Men disse koplingene passer ikke så godt lenger – iallfall ikke på samme måte – når kvinner får og tar utdanning og utvikler sin «ånd», går «ut» i lønnet produktivt arbeid og deltar i det offentlige liv, og menn deltar i det som tradisjonelt ble betraktet som «kvinnfolkarbeid» (i).

Vi skal se på noen eksempler som viser tradisjonelle og endrete forestillinger om kvinner og kvinnelighet og menn og mannlighet.

**Menn, kvinner og barn:** Menn på fødeavdelinger «hørte ikke med» noen tiår tilbake – hverken som pappaer eller personell. Leger var unntak. De hadde en helt annen funksjon «over» andre. I dag vil stadig flere menn være med ved fødselen; de er ikke bare «besøkende». Barn og graviditet betraktes ikke kun som kvinners anliggende. «Svangerskapskurs» som det tidligere het, var selvsagt for kvinner. I dag heter det «fødselsforberedende kurs for vordende foreldre». I litteraturen er «mor» ofte erstattet med «den ene av foreldrene» eller «den primære omsorgsperson». Å ta for seg faglitteratur og noen brosjyrer fra litt forskjellige tidsepoker er her som ellers tankevekkende.

Det er ikke lenge siden det ble betraktet som «u-mandig» å stelle barn; barn var kvinners domene. I dag tar stadig flere menn «pappapermisjon», men det er langt fra slik i dag at alle menn deltar i stell. Kvinner og barn er knyttet tett sammen i vår forestillingsverden. Det kommer til uttrykk på mange vis, blant annet i hva vi forbinder med «gode» mødre i forhold til «gode» fedre. Det er derfor et uttrykk som «min far var som en mor for meg» kan være meningsfylt.

Mange har pekt på at vi vurderer gutter og jenter, kvinner og menn ut fra forskjellige standarder, og at dette har konsekvenser for den enkeltes utvikling, identitet og selvfølelse. Spørsmålet er så om det fortsatt er en allmen tendens til forskjellsvurdering og forskjellsbehandling i praksis. Hva slags standarder gjør seg gjeldende i den daglige helsehverdag?

Tenk for eksempel på gutter og jenter i aksjon. Hva oppfattes som et bråkete barn, og hvordan reageres det på en bråkete gutt i forhold til en bråkete jente? Generelt er det en tendens til at gutter tillates å være mer fysisk utfoldende enn jenter; de kan være aktive og «ville», bruke mye krefter, ta stor plass og bruke stemmen med høyt volum. Jenter derimot bør ikke ha store og voldsomme bevegelser eller kraftfull stemme. Jenter som sitter stille og pent og pusler med sitt, vekker lite oppmerksomhet. En gutt som gjør det samme vekker bekymring.

Gutteidealet er å være aktiv, pågående og modig. Idealet om de «søte, snille, stille piker» er ikke like levende som før, men søte og snille bør jenter være, om ikke lenger så stille. Her er det viktig for helsepersonell å være bevisst på hva en gir positive og negative kommentarer til av barns oppførsel. Ikke minst gjelder det for fysioterapeuter som anses som «kropp-eksperter». Hva anerkjennes og underkjennes av barns aktiviteter, selvpresentasjon og måter å være på i forhold til andre mennesker og omgivelsene? (ii)

**Rollen som pårørende:** Det er vanligvis kvinner som følger barn og familiemedlemmer til helsetjenesten, og det er vanligvis kvinner som betraktes som nærmeste pårørende på hjemmebesøk. Dette er et kjent sosialt mønster. Kanskje er det så kjent at vi tar det for gitt og ikke tenker over det – det er «naturlig»? Hvis så er tilfelle, kan det føre til at helsepersonell selv bygger opp under tradisjonelle forestillinger og skaper et forventningspress i forhold til kvinners omsorgsrolle i familien – uten å ville det.

Kvinner strekker seg ofte langt for sine nærmeste. Det er i tråd med det tradisjonelle kvinneidealet og med det tilhørende selvbildet som mange kvinner har. Da er det vanskelig å si fra når det blir for mye. Kvinner kan være redde for å fremstå som egoistiske og dermed i strid med hvordan kvinner helst skal, og vil, være.

Dersom helsepersonell selv er kjønnsbevisste, kan de komme kvinner i møte. De kan finne ut hva kvinner ønsker, og hvilke vurderinger de gjør seg. Slik kan de vise at de ikke tar det for gitt at kvinner alltid stiller opp, og at kvinner kan ha andre ting utenfor familie og hjem å ta hensyn til. Det kan også være en hjelp for den enkelte kvinne til å skjelve mellom egne og andres behov, noe mange kvinner synes å ha vanskeligheter med.

Endrer det helsepersonells handle- og væremåte at en mann kommer med sitt syke barn eller gamle mor? I så tilfelle hvordan? Snakker helsepersonell om andre ting til menn enn til kvinner? Snakkes det på andre måter? Når foreldre er på sykehus med for eksempel et astmatisk barn, henvender helsepersonell seg til mor om kosthold og til far om uteaktiviteter? Bidrar helsepersonell på slike måter til å befeste tradisjonelle rollefordelinger mellom foreldre?

Måten å forholde seg til menn på aktualiseres ikke minst i situasjoner der flere er tilstede, som mann og kone, sønn og svigerinne og så videre. Ofte snakkes det om «å trekke inn» menn. Forventes det at menn deltar på like fot? Eller blir menns rolle å gi en hjelpende hånd, og betraktes de da som «snille»?

### **Dobbeltstilling og tvetydighet**

En kulturell stereotypi lyder slik: Menn er mennesker, kvinner er (har) kjønn (13,14).

Kvinnens identitet har tradisjonelt vært knyttet til utseende og oppførsel, menns til aktivitet, utdannelse, prestasjoner og yrke. Kvinner har vært objekt for menns blikk – som kjønnsobjekter og potensielle hustruer og mødre. Videre har kvinner tradisjonelt også vært mer utsatt for kritikk når det gjelder utseende og selvpresentasjon, med tette koplinger mellom utseende og tilskrivning av personlige egenskaper og moral. En vanlig forestilling er at «vulgære» kvinner ser annerledes ut enn «skikkelige» kvinner; de kler seg og ter seg på ulikt vis. Og det er de «skikkelige» kvinnene menn har giftet seg med; de andre har menn bare sex med. Denne tvetydigheten i vurderinger av og forventninger til kvinner, har lenge medført blandete blikk på kvinner. Og den har skapt forvirring for kvinner. Er det forenlig å være elsk-verdig og respekt-verdig på en og samme tid? (iii) Hva er hva, når og for hvem?

Hva som i dag forbindes med å være «kvinnelig» og «skikkelig» kvinne har endret seg ganske dramatisk på et par generasjoner. Mens forsiktige bevegelser, brodering og spasing hørte til gårsdagens idealer, er fotballbanen inntatt som arena for dagens kvinner. Mange har påpekt at vi nå ser et «androgynt» kroppsideal hos kvinner; hun skal likne ham. Dette tolkes som å symbolisere frihet fra en tradisjonell kvinnerolle (16). Muskler er for eksempel høyt verdsatt for begge kjønn, de er blitt et nytt statussymbol for kvinner som for menn. Samtidig er det økende opptatthet av bryster, noe som blant annet viser seg i et stort antall kvinner med silikoninnlegg (17). Og stadig flere kvinner oppsøker kosmetisk kirurgi. Også her ser vi imidlertid en økende interesse også fra menn. En sterk kroppsinteresse med vekt på form og fasong, på «design», er et tidstypisk trekk som dels går på tvers av kjønn.

Her har jeg fremhevet hva som tradisjonelt har vært den dominerende forestillingsverden og antydning utviklingstrekk. Nå oppfordrer jeg leserne til å reflektere over situasjonen i dag. Noen aktuelle spørsmål: Hvordan bidrar ulike samhandlingskontekster i helsesektoren til å «kjønne» kvinner og menns kropp på bestemte måter? Hvordan er det kvinner og menn – pasienter, pårørende og helsepersonell – uttrykker seg og tilpasser seg, forhandler og utfordrer situasjoner og relasjoner – både verbalt og kroppslig?

### **Kontinuitet og nye tendenser**

Medikalisering er et relativt nytt begrep. Det forteller om et trekk ved dagens helsetjeneste som skiller den fra tidligere tider. Medikalisering gjør seg spesielt gjeldende i forhold til kvinner. Kvinnens normale livsfaser og -prosesser omtales i sykdomstermer, og det er så inngangen til å igangsette behandling. For eksempel kalles klimakteriet «mangelsykdom», og premenstruelle plager kalles «symptomer». Om dagens «intervensjoner» i klimakteriet skriver allmennlegen Reidun Førde:

...det ligger implisitt at en normal kvinne er en menstruerende kvinne under 40 år. Når hun ikke er det lenger, bør hun behandles ... Tror vi at dette ikke virker på oppfatningen av det å være gammel og middelaldrende kvinne? (18 s115).

Det er viktig å stille slike spørsmål. De kan hjelpe oss til å få øye på implisitte budskap og utilsiktede virkninger – virkninger som få eller ingen med viten og vilje vil skape. Det kan også hjelpe oss til å se at virkninger ikke bare knytter seg til det området en retter faglig oppmerksomhet mot. Sitatet antyder for eksempel at dagens medisinske pågåenhet i forhold til kvinners overgangsalder bidrar til at gamle og middelaldrende kvinner føler seg som mindreverdige kvinner.

At medikalisering er et relativt nytt fenomen i helsetjenesten, betyr ikke at det representerer brudd med tidligere tiders tenkning. I forhold til kvinner, sykdom og alder dreier det seg åpenbart om kontinuitet i tenkning:

Medisinen har lang tradisjon når det gjelder å definere kvinners plager og manipulere deres kropp (iv). Og i den allmenne forestillingsverden betraktes yngre kvinner som mer «attraktive». Det henger sammen med at kvinners verdi i så høy grad er knyttet til utseende, behag, og den reproduktive evnen.

Flere trekk ved dagens helsetjeneste kan tolkes som en videreføring av tradisjonelle kjønnsforestillinger. At mannens kropp er valgt som standard for vurdering av alle kropp, er det rimelig å se i sammenheng med oppfatningen av menn som det «egentlige» mennesket. Dette har ført til en del feildiagnostisering av kvinner. Et eksempel som har fått mye oppmerksomhet i den senere tid er hjertesyrke kvinner. En har lenge trodd at det bare – eller hovedsakelig – var menn som fikk hjerteinfarkt. Nå er det dokumentert at kvinner blir hjertesyrke på et senere tidspunkt i livet enn menn, og at symptombildet er noe annerledes (21). Kvinnenes plager er blitt feildiagnostisert. Dette har sammenheng med at den medisinske forskningen er basert på kunnskap om menn, og at den måten kvinnenes hjertesyrke ytrer seg på, ikke har passet inn. Hvordan har en så kategorisert kvinnenes plager? De er oftest betegnet med diagnostiske termer som har lav status, slik som muskel- og skjellett lidelser eller psykiske lidelser.

Eksemplet er tankevekkende på flere måter. Det viser at forskning og diagnostikk som presenteres som nøytral og verdifri virksomhet, basert på «fakta», i dette tilfelle er basert på kjønnete forestillinger. Og det viser oss en strategi som har fått begrenset oppmerksomhet blant helsepersonell, men som en velkjent i samfunnsvitenskapen: Når en står overfor fenomener som ikke passer inn i de etablerte kategoriene, defineres det som ikke passer på en måte som gjør det lite sosialt akseptabelt (22), jamfør myalgi og angst i forhold til hjertesyrke.

I kjølvannet av slike eksempler har kritikken blant helsepersonell nokså ensidig rettet seg mot biologi, mot fortidens neglisjering av biologiske forskjeller mellom kvinner og menn. Og «svaret» for fremtiden er at en nå må ta mer hensyn til de spesielle biologiske forholdene ved kvinnekroppen; teste medikamenter med det for øye og så videre. Ser en dette i lys av en utbredt tendens gjennom tidene – der kvinner knyttes «nærmere» naturen, til det biologisk gitte, det mer primitive, mens menn i langt større grad har vært knyttet til kulturen, det offentlige og politiske liv, det mer verdifulle – kan vi snakke om en form for kontinuitet i tenkning (10,23)(v). Og den kan lett føre til at livsvilkår og sosiokulturelle forhold kommer i skyggen. Ikke minst gjelder det i vår tid hvor det blåser en biologisk vind.

«Biologi som skjebne» har stått som motto for det tradisjonelle kvinnelivet, og ble ikke minst brukt av dem som ikke ville følge opptrukne spor og begrense sitt handlingsrom til å «bli» gift, føde barn og være en god hustru for sin mann. Det er viktig å ikke bygge opp under slike gamle forestillinger når en nå trekker biologien sterkere inn; det gjelder å sette biologi inn i en ny sammenheng.

Når jeg har skrevet at det gjelder å være kjønnsbevisst, vil jeg nå understreke at det er avgjørende *hvordan* vi er det.

### Nøkkelsspørsmål

Allmennpraktiker Kjersti Malterud har prøvet ut og evaluert det hun kaller «nøkkelsspørsmål» i egne konsultasjoner med kvinnelige pasienter (25). Hun viser hvordan profesjonell makt kan brukes bevisst til å styrke kvinners posisjon i møte med legen. Studien har allmenn relevans for helsepersonell på to måter: Den styrer oppmerksomheten mot pasienters livssammenheng og deres egen forståelse, og den setter kjønn på dagsorden.

Nøkkelspørsmålene er knyttet til fire hovedområder:

- 1) problemdefinering
- 2) årsaksoppfatning
- 3) tiltaksforventning
- 4) handlingserfaring

Spørsmålene hun er kommet fram til lyder slik:

- 1) Hva skulle du egentlig aller helst ønske at jeg kunne hjelpe deg med i dag?
  - 2) Hva tror du egentlig selv at \*\* kommer av?
- (\*\* er kvinnens egen beskrivelse av sine plager)

Her skriver Malterud at det ofte kunne være nødvendig å spørre pasienten flere ganger. Neste spørsmål i kjeden lød slik:

- Ja det skal vi nok finne ut av – men jeg er sikker på at du har tenkt på hva som kan være årsakene til \*\*

I blant var det nødvendig med et tredje ledd som ble slik:

- Du som har hatt \*\* i XX dager – det er klart at du har tenkt på hva som kan være årsakene til det.

3) Hva har du tenkt at jeg burde gjøre med det – for det har du sikkert tenkt noe om før du kom hit?

4) Hva har du hittil funnet ut er det beste du selv kan gjøre med plagene?

Malterud advarer mot å repetere spørsmålene slavisk. Poenget er hensikten: Selv bruker Malterud uttrykket «å styrke kvinnes posisjon i møte med legen» ut fra en tenkning om at lege/pasient-forholdet ofte forsterker kvinners underdanige og underordnede posisjon. Slik sett dreier det seg om en kjønns spesifikk tilnærming.

Jeg vil føye til noen aspekter som Malterud selv ikke poengterer. Dette aktualiserer spørsmål om den kjønns spesifike profilen og dens allmenne relevans. Malterud skriver:

Metodens kjønns spesifike intensjon og utvikling gjør at den er beregnet på bruk overfor kvinnelige pasienter. Dette utelukker ikke at metoden kan inneholde elementer av nytte for mannlige pasienter. Men språklige kjønnsforskjeller innebærer at en kommunikatív metode som skal skaffe kunnskap om mannlige pasienter, sannsynligvis bør utvikles spesielt overfor menn. Det er ikke gjort i dette prosjektet (25 s20).

Malterud «utelukker ikke at metoden kan inneholde elementer av nytte for mannlige pasienter». Ser vi på hva hun selv skisserer som kjennetegn ved nøkkelspørsmålene, er det vanskelig å forstå at de ikke skulle være *allment* gyldige. Hun skriver:

Nøkkelspørsmålenes felles språklige grunnlag er:

- 1) åpne spørsmål,
- 2) utopiske formuleringer,
- 3) konkret realitetsforankring,
- 4) invitasjon til kvinnes forestillingsevne,
- 5) kvinnen som gyldig kunnskapskilde,
- 6) legitimering av kvinnes medisinske språk,
- 7) humoristisk invitasjon til gjensidighet,
- 8) mulighet til verdig retrett,
- 9) markering av legens vilje til ansvar (25 s19).

Byttes «kvinne» ut med det kjønnsnøytrale «pasient» her, vil de fleste se at spørsmålsgrunnlaget ikke er særlig kjønnspreget. At kvinner oftere kan trenge bekreftelse og støtte enn menn, og at kvinners symptomer og erfaringer oftere bagatelliseres i møter med leger, er neppe noen god grunn for ikke å ta menn alvorlig og aktivt søke å få innblikk i deres erfaringer og vurderinger, blant annet ved hjelp av nevnte kjennetegn.

Tendensen til at menn i utgangspunktet tas mer alvorlig og at menn gjennomgående markerer seg mer og har mer tillit til egen vurderingsevne, tilsier andre formuleringer av spørsmålene – et annet ordvalg og en annen tone. Men tilsier det å utvikle likelydende formuleringer for *alle* menn? I tråd med dette spørsmålet er det grunn til å reflektere over hva som vinnes ved å møte alle kvinner med de samme spørsmålene. Har en slik standardisering noen spesielle fordeler? Hvor blir det i så tilfelle av tilpasningen til den spesielle situasjonen og de forskjellige kvinnene? Selv om kvinner har mange fellestrekk er de ikke *bare* like – de er også forskjellige.

Målet om reelt samarbeid kan vanskelig la seg realisere hvis det ikke i ethvert møte mellom pasient og fagutøver tas hensyn til det som er spesielt ved og for den enkelte kvinne og den enkelte mann. Som i alt helsearbeid dreier det seg om en balansegang mellom det generelle og det spesielle – her med fokus på fellestrekk mellom kvinner (og mellom menn) som kategorier, og på det spesielle for hvert enkelt individ.

### **Kjønnete budskap om kropp og sykdom**

Via faglig orientering og klinisk blikk, gjennom forståelse av pasienters plager, valg og tilpasning av behandling, kommuniseres oppfatninger, blant annet om kjønn. Et viktig spørsmål er da hva som gjøres relevant i forhold til kvinner og menn. Blir pasientens plager definert som somatiske eller psykiske, og på hvilket grunnlag? Gis pasienten avspenningsbehandling eller veiledning og råd om trening? Når og på hvilke måter drøftes familie- og arbeidsliv? Og så videre.

Det er mange dokumenterte kjønnsforskjeller når det gjelder sykdomsbilde, forbruk av helsetjenester og behandling (17): Kvinner og menn oppsøker lege for ulike tilstander, kvinner rapporterer flere symptomer enn menn og oppsøker lege oftere, det er forskjeller i sykkelighet basert på medisinske diagnoser og det er forskjeller i

behandling. I følge offisiell statistikk utgjør muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og urogenitale lidelser hovedtyngden av kvinners plager. Kvinners plager omtales oftere enn menns som «diffuse». I de senere årene har det vært stor oppmerksomhet om kvinner og muskel- og skjelettlidelser. To diagnostiske kategorier er innført: «ubestemte lidelser» og «fibromyalgi». Begge blir i hovedsak benyttet i forhold til kvinner.

Ikke alle sykdommer og diagnoser har samme status, i betydning anerkjennelse. Som jeg har vært inne på, eksisterer det et statushierarki når det gjelder sykdom – både i befolkningen og i helsevesenet. I dette hierarkiet rangerer muskel- og skjelettlidelser lavt, og somatiske lidelser er mer akseptert enn psykiske. Det vil si at mange av de plagene kvinner sliter med befinner seg nederst i hierarkiet. Vi kan spørre oss hva dette gjør med den enkelte kvinnen. At kvinner og lavstatus-diagnoser stadig knyttes sammen, gjør også noe med det inntrykk befolkningen og helsepersonell danner seg om kvinner og sykdom. Og det er ikke uten betydning for kommunikasjonen og relasjonene mellom kvinner og menn – både i og utenfor helsevesenet.

Leger har den offisielle definisjonsmakt når det gjelder sykdom. De gir pasienters plager det navnet som inngår i sykdomsstatistikk med mere. Uten navn, intet tiltak. Spørsmål knyttet til kjønn og sykdom har derfor spesiell relevans for leger. Men alle menn og kvinner i helsepersonellgrupper forholder seg til pasienter som er kvinner og menn og som har bestemte plager og lidelser som er gitt bestemte navn. Det styrer med all sannsynlighet deres blikk, handlinger og væremåter.

I fysioterapi har legers diagnostikk og behandling spesiell betydning på flere vis. Diagnostikk er ansett som en sentral fysioterapifaglig oppgave, og det er på grunnlag av egen problemdefinering at valg av behandling foretas. Som alle vet, kan fysioterapeutisk og medisinsk diagnostikk og behandling utfylle hverandre, men det kan også være manglende samsvar mellom medisinske diagnoser og funksjonsvurderinger/-diagnoser, og medisinsk og fysioterapeutisk behandling kan interagere på uheldige måter (som eksempelvis bruk av beroligende medikamenter).

Et omfattende spørsmål er hvordan kjønn kan gjøres relevant i kliniske møter på måter som har positive konsekvenser for forståelse av pasienters plager og for valg og tilpasning av behandling.

Ikke minst på bakgrunn av det vi vet om forskjeller i språkbruk, sykdomsbilde og forbruk av helsetjenester er dette et viktig spørsmål å stille. Det krever imidlertid at vi ser det i sammenheng med hva som er vanlige forestillinger om kvinner og menn. Det krever kanskje også at vi utfordrer egen forestillingsverden og innarbeidete faglige vaner. Kjønn«bias» kan gjøre seg gjeldende på mange måter og på flere nivå.

Noen kjernespørsmål kan formuleres slik:

- Utvikler kvinner og menn forskjellige plager og lidelser?
- Beskriver og opplever kvinner og menn de «samme» eller tilsvarende plager og lidelser forskjellig?
- Søker helsepersonell forskjellig informasjon (verbal og kroppslig) hos kvinnelige og mannlige pasienter?
- Tillegges informasjon (verbal og kroppslig) forskjellig betydning alt etter om den er fremskaffet fra kvinnelige og mannlige pasienter?
- Mener helsepersonell at kvinner og menn trenger forskjellig behandling fordi kvinner og menn er forskjellige eller fordi de ivaretar forskjellige funksjoner?

Når kvinner med hodepine blir spurt om de føler seg anspente, og fagutøvere – leger og fysioterapeuter – kjenner på muskulaturen i nakke-skulderregion, så «forteller» fagutøverne at anspenhet og hodepine henger sammen. Hvis det så foreslås avspenningsbehandling har vi å gjøre med et gjennomført tradisjonelt løp. Når trening drøftes med menn som har høyt blodtrykk, men fagutøverne unnlater å nevne – eller ikke en gang se – deres oppstrammete kroppsholding, bremsete pust og lignende, så kommuniserer de samtidig hva disse mennene bør konsentrere seg om. Det som gjøres viktig er nøyaktig det samme som i møtet med kvinnelige pasienter nettopp gjøres u-viktig.

Eksempelene jeg har valgt er enkle, tydelige og vanlige: Kvinner og muskulære spenninger koples sammen, menn og trening. Som om kroppslige uttrykk for levde liv kun gjelder kvinner og deres helsetilstand.

Ved å være orientert mot spesielle sider ved pasienters kropp, funksjon og livssituasjon og fortolke informasjon på spesielle måter, formidler fagutøvere en spesiell oppfatning av helseproblemer såvel som av pasienters rolle

og ansvar i egen sykdomsutvikling og behandling. I hvilken grad kommer tradisjonelle forestillinger om kjønn inn i dette bildet?

Til slutt vil jeg minne om at fagutøvelse ikke bare har betydning for enkeltpersoner. Den er også med på å endre relasjonen og samhandlingen mellom kjønnene. 1970-årenes *kvinneperspektiv* er etterhvert avløst av et *kjønns*perspektiv, og det er mer fruktbart.

De vanene, aktivitetene og praksisene vi som helsepersonell stimulerer til gjennom vår virksomhet har konsekvenser for samfunnsutviklingen som helhet, ettersom enkeltaktører gjennom sine (sam)handlinger – språklige og kroppslige – bidrar til å videreføre sosiokulturelt liv – eller endre det. Det gjelder ikke minst nå når store deler av befolkningen har økende kontakt med helsetjenesten.

En slik forståelse åpner perspektivene på sammenhenger mellom kjønn og helsearbeid. Som fagutøvere er vi sentrale aktører i forhold til å befeste, skape, endre eller utfordre (blant annet) kjønnsforskjeller.

### Litteratur

1. Tannen D: Det er ikke det jeg sier. Når menn og kvinner snakker sammen. Oslo, Cappelen Forlag, 1992.
2. Taksdal A, Widerberg K (red): Forståelse av kjønn i samfunnsvitenskapens fag og kvinneforskning. Oslo, Ad Notam, Gyldendal, 1992.
3. Ryen E: Språk og kjønn. Oslo, Novus, 1976.
4. Thorne B, Kramarae C, Henley N: Language, gender and society. Rowley Massachusetts, Newbury House, 1983.
5. Pedersen TB: Fra beundrende tilhører til «passe aktiv deltaker». Materialisten 1987, nr 3/4: 52-67.
6. West C, Zimmerman DH: Gender, language and discourse. I: van Dijk TA (red): Handbook of discourse analysis. London, Academic Press, 1985, 4, 103-24.
7. Lakoff R: Talking power: the politics of language. New York, Basic Books, 1990.
8. Utaker A: Å lese filosofi. Oslo, Solum forlag, 1983.
9. Thornquist E. Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo, Ad Notam, Gyldendal, 1998.
10. Rosaldo MZ, Lamphere L (red): Woman, culture and society. Stanford, Stanford University Press, 1974.
11. Bjerrum Nielsen H, Rudberg M: Klasserommets kjønn i forandring. Oslo, Sekretariatet for kvinneforskning. Norges Forskningsråd, 1994.
12. Ogden T: Kompetanse i kontekst. Rapport fra prosjekt oppvekstnettverk. Oslo, NOVA, 1995.
13. Beauvoir de S: Det annet kjønn. Oslo, Pax forlag, 1970.
14. Pateman C: The sexual contract. London, Polity Press, 1988.
15. Ødegaard T: Den elsk-verdige kvinnen; mønstre og mangfold. I: Haukaa R (red): Nye kvinner - nye menn. Oslo, Ad Notam 1991.
16. Bordo S: Reading the slender body. I: Jacobus M, Fox E, Shuttleworth S (red): Body/Politics. Women and the discourse of science. London, Routledge, 1990.
17. NOU 1999:13: Kvinners helse i Norge.
18. Førde R: Har Illich fått rett? Skaper risikofokuseringen i medisinen uhelse? Nord Med 1996, 111, 113-5.
19. Fink P: Surgery and medical treatment in persisting somatizing patients. J Psychosomatic Res 1992, 36, 439-47.
20. Coid J, Petruckevitch A, Feder G, Chung WS, Richardson J, Moorey S: Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimization in women: a cross-sectional survey. Lancet 2001, 358, 450-4.
21. Storstein L: Likestilling i medisinsk hjerteforskning - myte eller realitet? I: Schei B, Botten G, Sundby IJ (red): Kvinnemedisin. Oslo, Ad Notam Gyldendal, 1993, 162-71.
22. Douglas M: Rent og urent. Oslo, Pax Forlag, 1997.
23. Ortner SB, Whitehead H (red): Sexual meanings. The cultural construction of gender and sexuality Cambridge, Cambridge University Press, 1981.
24. von der Lippe B: Metaforens potens. Oslo, Oktober, 1999.
25. Malterud K: Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo, Tano, 1990.

i. Her kan det bemerkes at jenter og kvinner de siste tiårene har beveget seg inn på gutters og menns områder, mens det omvendte har skjedd i mindre grad. Det kan også bemerkes at debattene om og forklaringene på nevnte koplinger har vært mange og omfattende (Se for eksempel 2,10).

ii. Det er nærliggende å nevne en interessant vending som kommer til uttrykk i forskningen om barn i skolesammenheng. I 1970-årene viste klasseromsforskning en tendens til at gutter fikk mye positiv



oppmerksomhet på bekostning av jenter. Jentene ble ofte oversett og overhørt, og det ble uttrykt bekymring for deres utvikling. I 1990-årene ble bekymringen rettet mot guttene som i økende grad er blitt utagerende og får mye negativ oppmerksomhet, mens jentene klarer seg bra (11,12).

**iii.** Begrepene elsk-verdig og respekt-verdig har jeg lånt fra Ødegaard (15) som også berører kvinners dobbeltstilling.

**iv.** Det gjelder ikke minst operative inngrep i forhold til kjønnsorganer, som uterectomi. At svært mange kvinner, særlig i USA, har fått fjernet livmoren på uklare og ufullstendige indikasjoner er nå veldokumentert (17). Nærliggende å nevne er også de senere års dokumentasjon som viser en overhyppighet av operative inngrep generelt hos kvinner som tidligere har vært utsatt for fysiske og seksuelle overgrep (se for eksempel 19,20).

**v.** Det finnes mange metaforer der en *overfører mening på aksen kvinner-natur*. For å bruke et eksempel alle kjenner: «Hun er en rose». Eksempelet er typisk i det blomster og kvinner ofte knyttes sammen. Assosiasjonene går til utseende og behaget. Et kjennetegn ved metaforer generelt er at de skaper en spenning ved at det er likheter og forskjeller i det meningsinnholdet som blir overført fra et område til et annet. På aksen kvinne-natur kan overføringen av mening også gå andre veien. Et eksempel: «Naturen er jomfruelig» i betydningen uberørt og uspolert. Her overføres trekk som var – og er – verdsatt ved kvinner på naturen. Metaforer er, som påpekt av språk- og samfunnsforskere, en av mange språklige måter å «naturalisere» kvinner på (2,10,24).