

# Varför behövs ett genusperspektiv inom folkhälsoområdet?

Anne Hammarström och Anna Månsdotter

Ett genusperspektiv behövs inom folkhälsoområdet av flera skäl: 1. Kunskap om hälsokonsekvenserna av genusrelaterade livsvillkor är en förutsättning för att utveckla en folkhälsopolitik och ett folkhälsoarbete som kan förbättra både kvinnors och mäns hälsa. 2. Tidigare osynliggjorda frågor om bland annat genusrelaterad makt lyfts fram, såsom mäns våld mot kvinnor. 3. Risken för att överdriva skillnader mellan kvinnor och män minskar, genom att olikheter inom gruppen kvinnor och inom gruppen män analyseras i förhållande till andra maktdimensioner såsom socioekonomisk status, etnisk bakgrund och sexualitet. Ett samhälle där kvinnor inte lider av mer ohälsa än män och där män inte drabbas oftare av förtidig död än kvinnor är ett samhälle värt att sträva efter. Genusforskningen inom folkhälsoområdet är förmodligen nödvändig för att kunna åstadkomma denna samhällsförändring.

Anne Hammarström är professor i folkhälsovetenskap med inriktning mot genusforskning.

Anna Månsdotter är post doc i folkhälsovetenskap.

Kontakt: Anne Hammarström, Inst Folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet, 901 85 Umeå, [anne.hammarstrom@fammed.umu.se](mailto:anne.hammarstrom@fammed.umu.se)

Kontakt: Anna Månsdotter, Inst för folkhälsovetenskap, Karolinska [anna.mansdotter@ki.se](mailto:anna.mansdotter@ki.se)

## Bakgrund

Som framgår av ledaren till detta specialnummer (1) så har den folkhälsovetenskapliga genusforskningen fått en allt starkare ställning i vårt land under det senaste decenniet. Detta har påverkat såväl folkhälsopolitiken som folkhälsoarbetet. I propositionen "Mål för folkhälsan" (2) skrivs exempelvis: "Mot bakgrund av kvinnors och mäns skilda livsvillkor, livsstil och biologi är ett integrerat genusperspektiv i det nationella, regionala och

lokala folkhälsoarbetet nödvändigt. Detta krävs för att förverkliga det övergripande målet för folkhälsoarbetet och inte minst regeringens mål för jämställdhetspolitiken om ett samhälle där kvinnor och män har samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom alla områden i livet". Av detta framgår att den folkhälsopolitiska strävan är att genusanalysen bör ske på alla nivåer i samhället och med beaktande av motsvarande analys inom

andra politikområden såsom utbildning, arbete, företagande och familj.

Statens folkhälsoinstitut ("institutet") är som statlig myndighet med uppgift att förbättra folkhälsan central för hur kunskap om genus utvecklas och implementeras inom folkhälsoområdet. Utvecklingen mot en genusmedveten verksamhet vid institutet liknar utvecklingen inom många andra verksamheter. I regeringens direktiv år 1990 inför bildandet (3) framhölls behovet av kvinnoperspektiv och att ett särskilt program skulle inriktas mot att förbättra utsatta kvinnors hälsa. Folkhälsovetenskapliga genusforskare deltog i planeringsarbetet av institutet och programmet för kvinnors hälsa fick en tydlig genusteoretisk inriktning. De första åren drevs programmet för kvinnors hälsa med en stark feministisk inriktning. Programmet fungerade som ett utmärkt stöd och pådrivare av folkhälsovetenskaplig genusforskning runt om i landet (4). Efter en tid byttes dock de ansvariga för programmet kvinnors hälsa ut, programmet fick allt mindre resurser och upphörde så småningom som program. I slutet av 1990-talet formulerades genusperspektivet för första gången i regeringens regleringsbrev till institutet, men först i samband med tillsättandet av en ny generaldirektör år 1999 fick genusarbetet verkligt genomslag. Därefter följde en successivt tilltagande intern diskussion och medvetenhet om vad genusperspektivet skulle kunna tillföra folkhälsoarbetet. I samband med arbetet för en ny nationell folkhälspolitik omorganiserades institutet och huvudansvaret för genusrelaterade

frågeställningar placerades inom målområdet för ökad delaktighet och inflytande bland utsatta grupper. Till en av två huvudindikatorer på folkhälspolitikens framgång inom detta målområde valdes förövrigt just graden av jämställdhet, mätt i såväl offentligt som privat liv.

Från 2002, då institutets regleringsbrev innehöll ett specifikt mål om att tillämpningen av genusperspektivet skulle öka, har en mängd genusrelaterade aktiviteter genomförts såsom bildandet av en arbetsgrupp med interna och externa deltagare, utbildningar och konferenser, forskningsbaserade publikationer, kunskapsstöd till genusmedvetna folkhälsointerventioner, etc. Till uppmärksammade regeringssupplett hör avrapporteringen av Folkhälspolitikens bestämningsfaktorer ur ett jämställdhetsperspektiv (5-6) samt kapitlet om genusperspektiv på folkhälspolitikerna i Folkhälspolitisk rapport år 2005 (7).

Idag finns ett starkt stöd för behovet av genusperspektiv och genusforskning inom folkhälsovetenskapen vid Statens folkhälsoinstitut vilket yttrar sig på flera sätt. Under 2008 publiceras till exempel ett kunskapsunderlag om genusperspektiv inom folkhälsoområdet med fokus på folkhälsofrågor kopplade till arbetsmarknadsvillkor, skapandet av maskuliniteter, medikalisering och könsrelaterat våld (8). Syftet med rapporten är att integrera och utveckla ett genusperspektiv i folkhälsofrågor. I samarbete med Umeå centrum för genusstudier i medicin vid Umeå Universitet arrangeras också en konferens om interaktionen mellan genus, klass och hälsa i forskning

och politik. Men utgångspunkt i målet om att genus och jämställdhet ska genomsyra både den interna och externa verksamheten erbjöds institutets anställda en avancerad universitetskurs om folkhälsa och genus hösten 2007 på distans från Umeå Universitet. Vi som är författare till denna artikel ledde kursen.

### Varför behövs ett genusperspektiv inom folkhälsoområdet?

Ett genusperspektiv behövs inom folkhälsoområdet av flera skäl. *För det första* är uppmärksamhet kring och kunskap om genusrelaterade livsvillkor och dess hälsokonsekvenser en förutsättning för att utveckla en folkhälsopolitik och ett folkhälsoarbete som kan förbättra både kvinnors och mäns hälsa. Genusforskning har länge ansetts vara endast kvinnors angelägenhet, men den teoretiska utvecklingen har lett till att relationer mellan kvinnor och män står alltmer i fokus för analyserna (9). Detta leder till att även mäns hälsa och livsvillkor behöver problematiseras (9). *För det andra* kan ett genusperspektiv inom folkhälsoområdet leda till att tidigare osynliggjorda frågor om bland annat genusrelaterad makt lyfts fram. Teoriutvecklingen har lett till att maktperspektiven är centrala inom folkhälsovetenskaplig genusforskningen (10), vilket har resulterat i att mäns våld mot kvinnor uppmärksammas alltmer inom folkhälsoområdet. I den senaste folkhälsopolitiska rapporten år 2005 föreslog exempelvis institutet att Frihet från mäns våld mot kvinnor skulle bli ett övergripande mål inom folk-

hälsopolitiken (7). Den kända australiensiska genusteoretikern Raewyn Connell har utvecklat en teori om samhällets genusordning som byggs upp av de strukturella relationerna mellan kvinnor och män i förhållande till både beslutsfattande, resursfördelning, arbetsfördelning i arbetslivet och i hemmet samt fördelning av emotionellt arbete (9). Analyser av samhällets genusrelaterade maktordning är alltså av stor betydelse inom folkhälsoområdet, exempelvis betydelsen för hälsotillståndet av det könssegregerade arbetslivet (8). Men kunskap om sambanden mellan hälsofarliga beteenden, dominans och maskulinitet (8) samt mellan självupplevd ohälsa, underordning och feminitet (11) kan också vara användbar i det praktiska och politiska jämställdhetsarbetet, genom att exempelvis öka förståelsen för det förändringsmotstånd som kan finnas hos båda könen (12). Ett annat exempel är att kunskap om de positiva effekter på sjuklighet och dödlighet som förmodligen skulle bli följden av en jämställdhet som inkluderar både arbetsliv och familjeliv (13) kan öka incitamentet för att välja och verka för jämställdhet bland individer, organisationer och samhället i stort. *För det tredje* kan ett genusperspektiv inom folkhälsoområdet innebära att risken för att överdriva skillnader mellan kvinnor och män minskar, genom att olikheter inom gruppen kvinnor och inom gruppen män analyseras i förhållande till andra maktdimensioner såsom socioekonomisk status, etnisk bakgrund och sexualitet (14, 15). Det finns en växande rörelse inom medicinsk forskning som kallar sig 'gender-

specific medicine' med starkt fokus på att identifiera och skapa skillnader mellan kvinnor och män (16). Trots att forskningsinriktningen har fått skarp kritik förs skillnadsbudskapen fram i åtminstone en medicinsk vetenskaplig tidskrift (*Gender Medicine*). Givetvis behövs också genusteoretisk kunskap för att undvika att folkhälsoarbetet bidrar till att cementera förlegade och skilda föreställningar om kvinnor och män vad gäller levnadsvanor och livsvillkor (12).

Riksdagen beslutade år 2003 om en ny och sektorsövergripande folkhälsopolitik med ett övergripande mål och elva målområden som ska ligga till grund för folkhälsoarbetet i vårt land (2). Det övergripande målet är att skapa strukturella förutsättningar för en god hälsa på lika villkor i hela befolkningen. Folkhälsopolitiken syftar således till att både förbättra folkhälsan generellt sett och att minska skillnader i ohälsa och dödlighet mellan olika grupper i befolkningen.

Här följer några exempel på hur viktigt det är att integrera ett genusperspektiv inom några målområden i svensk folkhälsopolitik (8).

Avsikten med målområde ett är ökad delaktighet och inflytande bland utsatta grupper i samhället. Det borde vara en självklarhet att kvinnor och män har lika tillgång till delaktighet och inflytande, men så är inte fallet trots att Sverige på många sätt är världsledande när det gäller jämställdhet mellan könen. Män har som grupp mer möjligheter och makt i samhället än vad kvinnor har. Detta hänger samman med gamla strukturer, som bygger på traditionella föreställningar om

manligt som överordnat och kvinnligt som underordnat. Dessa strukturer leder till ett generellt mönster med lokala undantag av manlig dominans och kvinnligt underläge i beslutsfattandet inom politik, förvaltning och näringsliv (17).

Genusordningen i samhället bidrar därmed till att skapa och återskapa ett samhälle där män har mer makt och inflytande, högre positioner, bättre arbetsmiljöer, högre grad av kontroll över samhällets ekonomi, högre löner och mindre ansvar för både hemarbetet och de sociala relationerna i samhället (9).

Syftet med målområde två är att skapa ekonomisk och social trygghet till alla, oberoende av social position och genus. Bestämningsfaktorerna är ekonomiska villkor, arbetsmarknadsposition, utbildningsnivå, tillgång till bostad och bostadsutrymme, trygghet i närmiljön och tillgång till transporter/kommunikation. Genusordningen i samhället medför att kvinnor får sämre ekonomiska villkor än män, genom bland annat lägre löner trots att kvinnor numera har högre utbildningsnivå än män (9). Den ojämlika fördelningen av arbete ses tydligt i arbetsdelningen i samhället där kvinnor och män sällan utför samma typ av jobb i förvärsarbetet och där kvinnor fortfarande har huvudansvar för hemarbetet.

Målområde tre syftar till att skapa trygga och goda uppväxtvillkor åt alla barn. Ett problem inom detta målområde är att begreppet barn osynliggörs att flickor och pojkar har olika villkor, såväl i hemmet som på dagis och i skolan. Ett genusperspektiv behövs

för att exempelvis förstå varför flickor uppges sämre hälsotillstånd än pojkar (18). Ett genusperspektiv kan också bidra till en förståelse av varför pojkar oftare än flickor använder alkohol i skadliga mängder, något som är kopplat till föreställningar om maskuliniteter också i andra åldersgrupper.

Ökad hälsa i arbetslivet står i fokus för målområde fyra. Här behövs ett genusperspektiv för att synliggöra hälso- och arbetsmiljökonsekvenserna av den starkt könssegregerade arbetsmarknaden (8). Kvinnor arbetar framför allt i den offentliga sektorn med vård, undervisning och omsorg. Löneläge, löneutveckling och möjlighet till avancemang är sämre inom kvinnodominerade arbeten, vilket bland annat bidrar till att kvinnors livslöneutveckling blir mycket sämre än mäns. Kvinnors arbetsmarknad är generellt sett också mindre diversifierad, vilket kan vara en svårighet om man behöver byta arbete på grund av ohälsa eller i samband med långtidssjukskrivning. Ett särdrag för mansdominerade arbeten är den höga skaderisken i samband med arbetsolyckor.

Trots att målområde fem syftar till att skapa bland annat säkra miljöer har den osäkerhet som skapas i många miljöer för kvinnor på grund av mäns våld osynliggjorts. Genusforskningen har påvisat betydelsen av genusbias (felaktiga slutsatser på grund av köns-tillhörighet) inom vården (19), vilket behöver lyftas fram inom målområde sex om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Även medikaliseringsrisker behöver uppmärksammas ur ett genusperspektiv (8). Målområde sju har fokus på att förebygga smittspridning.

Ett genusperspektiv behövs här för att lyfta fram männens roll och ansvar i förhållande till sexuell smittspridning.

Avsikten med målområde åtta är att främja en trygg och säker sexualitet samt en god reproduktiv hälsa. Den svenska abortlagstiftningen som syftar både till att förebygga aborter och till att säkra abortsökande kvinnors rätt till säker medicinsk behandling och gott omhändertagande har haft stor betydelse för kvinnors hälsa. Stora framsteg har även gjorts i Sverige inom områden som sex- och samlevnadsundervisning i skolorna, ungdomsmottagningar, mödrahälsovård och annan preventivmedelsrådgivning. Utbyggnaden av familjerådgivningen är också en framgång när det gäller att få män att diskutera samlevnadsproblem. Dessa goda exemplen hade inte varit möjliga utan kunskap om i första hand kvinnors genusrelaterade livsvillkor.

Inom målområde åtta lyfte folkhälsopropositionen Mål för folkhälsan (2) även fram hälsoproblem relaterade till sexuellt våld och tvång, orsakade av en förnedrande kvinnosyn i samhället. Ett genusperspektiv behövs inom folkhälsoområdet för att synliggöra betydelsen av mäns olika former av våld mot kvinnor, som omfattar många fler våldsförmer än sexuellt våld, såsom fysiskt och psykiskt våld liksom sexuella trakasserier, prostitution och trafficking. I den folkhälspolitiska rapporten år 2005 har institutet föreslagit att "Frihet från könsrelaterat våld" borde vara ett separat delmål som skulle genomgå stora delar av folkhälspolitiken, men

den dåvarande regeringen avslag förslaget (7). Inte heller den nuvarande regeringen inrättar ett sådant delmål i den senaste folkhälsopolitiska propositionen (20). Istället hänvisar propositionen till regeringens handlingsplan mot mäns våld mot kvinnor från år 2007, utan att ge några specifika uppdrag till folkhälsopolitiken att bekämpa detta våld.

Ett genusperspektiv på målområde nio, som syftar till att samhället utformas så att det ger ökad förutsättning för fysisk aktivitet i hela befolkningen, kan bland annat innebära analyser av jämställdheten inom idrottsorganisationer och tillgången till säkra områden och arenor (8). Inom målområde tio och elva (som handlar om goda matvanor samt minskat bruk av tobak, alkohol, narkotika med mera) kan ett genusperspektiv innebära ökad uppmärksamhet på kopplingen mellan hälsovanor och förandet av genus, exempelvis hur en dominerande manlighet skapas utifrån destruktiva hälsovanor och riskbeteende (8). Män har i jämförelse med kvinnor en högre alkoholkonsumtion och ett skadligt dryckesmonster (stora mängder vid ett och samma tillfälle), vilket leder till en rad negativa hälsokonsekvenser för männen själva men också för deras närstående (8).

### **Framtida forskning och utvecklingsbehov**

Tack vare den folkhälsovetenskapliga genusperspektivet finns idag en relativt utbredd medvetenhet om könsskillnader i hälsa, sjuklighet och dödlighetsmönster i samhället. Dessutom gör forskningen ständiga framsteg

i förståelsen av de mekanismer som leder kvinnor och män till ojämnligen levnadsvanor och livsvillkor. Ändå tvingas vi konstatera att väsentliga skillnader i hälsorelaterad livskvalitet, förväntad livslängd och socioekonomiska privilegier kvarstår. Forskningsstudier om hur det ser ut och varför kommer att vara centrala även i framtiden. Men större uppmärksamhet bör ägnas frågan om hur vi kan åstadkomma förändring baserat på den rimliga målsättningen om bättre livstidshälsa för båda kvinnor och män. Ett samhälle där kvinnor inte lider av mer ohälsa än män och där män inte drabbas oftare av förtidig död än kvinnor är ett samhälle värt att sträva efter (21). Både för att minskade hälsoskillnader är något gott i sig och för att det går hand i hand med att kvinnor inte blir förfördelade jämfört med män i fråga om makt, inflytande och resurser. Genusforskningen inom folkhälsoområdet är förmodligen nödvändig för att kunna åstadkomma denna samhällsförändring.

Vi instämmer i texten på Statens folkhälsoinstituts hemsida (22): ”För att inte låta ojämlikheter i hälsa beroende av kön (klass, sexuell läggning och etniskt tillhörighet) fortsätta att normaliseras måste orsaker och bakomliggande maktstrukturer till ohälsa hos kvinnor och män kartläggas och utredas. Att ha ett tydligt integrerat genusperspektiv i samtliga folkhälsopolitiska områden, där mäns och kvinnors skilda livsvillkor och förutsättningar är stående analysvariabler, är därför ett måste i den framtida folkhälsopolitiken.”

## Tack

Vi vill tacka Statens folkhälsoinstitut för betydelsefullt stöd i arbetet med att utveckla ett genusperspektiv inom folkhälsoområdet. Ett särskilt tack till utredare och genussamordnare Rose-Mari Hoffer för utmärkt arbete med samordning av institutets genusarbete samt för praktiska arrangemang kring kursen "Folkhälsovetenskap från ett genusperspektiv" hösten 2007.

## Referenser

1. Hammarström A. Det behövs tillämpad genusforskning inom folkhälsoområdet! *Socialmedicinsk tidskrift* 2008;3: 191-193.
2. Proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan
3. Proposition 1990/1:175. Om vissa folkhälsofrågor.
4. Hammarström A. Genusvetenskapens inomvetenskapliga utveckling inom medicinen. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 2002 (2-3); 93-113.
5. [http://www.fhi.se/upload/ar2005/uppdrag/Uppdrag\\_%20genusanalys050131.pdf](http://www.fhi.se/upload/ar2005/uppdrag/Uppdrag_%20genusanalys050131.pdf) (april 2008)
6. [http://www.fhi.se/upload/ar2005/uppdrag/uppdrag\\_%20genusanalysdel2050524.pdf](http://www.fhi.se/upload/ar2005/uppdrag/uppdrag_%20genusanalysdel2050524.pdf) (april 2008)
7. Statens folkhälsoinstitut (2005). *Folkhälsopolitisk rapport*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut R 2005:5.
8. Hammarström A, Hensing G. Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv. *Arbetsmarknad, maskulinitet, medikalisering och könsrelaterat våld*. Östersund; Statens folkhälsoinstitut (rapport nr 2008:8) 2008.
9. Connell RW. *Om genus*. Göteborg: Daidalos 2003.
10. Hammarström A, Ripper M. What could a feminist perspective on power bring into public health? *Scand J Public Health* 1999;27(4):286-289.
11. Löfmark U. Stroke with a focus on the elderly. From a gender and socioeconomic perspective. Dept of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University (akad avh) 2007.
12. Månsdotter A. Health, Economics, and Feminism: on judging fairness and reform. Doctoral thesis (No. 1013), Epidemiology and Public Health Sciences, Umeå University, 2006.
13. Månsdotter A, Lindholm L, and Winkvist A. Paternity leave in Sweden - costs, savings and health gains. *Health Policy* 2007, 82: 102-115.
14. Hammarström A, Härenstam Annika, Östlin Pirooska. Gender and health: concepts and explanatory models. In Östlin et al. (ed): *Gender Inequalities in Health: A Swedish Perspective*. Cambridge MA: Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard University Press 2001 pp1-22.
15. Hammarström A. A Tool for Developing Gender Research in Medicine: Examples from the Medical Literature on Work Life. *Gender Medicine* 2007;4:suppl B:123-132.
16. Grace, V. (2007) 'Beyond dualism in the life sciences: implications for a feminist critique of gender-specific medicine', *Journal of Interdisciplinary Feminist Thought*, 2 (1): 1-18.
17. Backhans M, Lundberg M, Månsdotter A. Does increased gender equality lead to convergence of health outcomes? A study of Swedish municipalities. *Soc Sci Med* 2007, 64(9): 1892-1903.
18. Gillander Gådin K. Does the psychosocial school environment matter for health? A study of pupils in Swedish compulsory school from a gender perspective. Umeå: Umeå University medical dissertations, ISSN:0346-6612 ; N.S., 780, 2002.
19. Risberg G. "I am solely a professional - neutral and genderless" : on gender bias and gender awareness in the medical profession Umeå: Umeå University medical dissertations, ISSN:0346-6612 ; N.S., 907 ) 2004.
20. Proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*.
21. Månsdotter A, Lindholm L, and Öhman A. Women, men and public health – how the choice of normative theory affects resource allocation. *Health Policy* 2004, 69: 351-364.
22. Statens folkhälsoinstitut (2008), Hoffer R. <http://www.fhi.se/templates/Page 195.aspx>

Summary in English

## Why is a gender perspective needed in public health?

A gender perspective is needed in public health for several reasons: 1. The knowledge about the health consequences of gendered life-circumstances is a prerequisite for developing a public health policy which can improve the health status of both men and women. 2. Earlier unrecognised gendered questions are made visible, for example men's violence against women. 3. The risk of exaggerating differences between men and women diminishes, when differences (in relation to socioeconomic status, ethnicity, sexual orientation etc) within men and within women are analysed. It is important to strive for a society in which women do not suffer from more illnesses than men and where premature death among men is combated. A gender perspective in public health is probably necessary in order to achieve such a societal change.

Key words: gender, public health, policy, National Institute of Public Health, health promotion, life circumstances, gender-based violence, essentialism, intersectionality