

# Könet i den folkhälsopolitiska texten

## Om kön och genus i 2005 års folkhälsopolitiska rapport

Mikael Eivergård

I regeringens folkhälsoproposition 2003 angavs att den nya folkhälsopolitiken skulle bedrivas med ett integrerat genusperspektiv. I denna artikel analyseras framställningen av kön i uppföljningen av de folkhälsopolitiska målen i 2005 års folkhälsopolitiska rapport. En utgångspunkt är att se det folkhälsopolitiska fältet som en mötesplats för olika vetenskapliga traditioner, paradigmer och perspektiv där en traditionell biomedicinsk könsdiskurs möter en sociokulturellt orienterad genusdiskurs som definierar kön som en social och kulturell konstruktion.

Mikael Eivergård är fil.dr. i etnologi och utredare på Statens folkhälsoinstitut.

Kontakt: Mikael Eivergård, Statens folkhälsoinstitut, 831 40 Östersund, mikael.eivergard@fhi.se

Bilden av människan har kommit att förändras de senaste decennierna, skriver idéhistorikern Sven-Eric Liedman i boken *Ett oändligt äventyr. Om människans kunskaper* (2001). Tidigare var föreställningen om människan som en social och psykologisk varelse framträdande i såväl politik och vetenskap som medier och det allmänna medvetandet. Denna uppfattning har i flera avseenden kommit att ersättas av en mer biologiskt dominerad människosyn. Orsakerna till denna förändring kan enligt Liedman inte på något enkelt sätt hänföras till specifika vetenskapliga framsteg, snarare handlar det om ett samspel av djupgående ideologiska förskjutningar och att samhällsförändringar i stort

har gynnat det biologiska perspektivet (Liedman 2001:210, jfr Holmberg 2005: 29f).

Jämsides med att det biologiska synsättet vunnit mark har genusperspektivet kommit att etableras inom både vetenskaplig praktik och politisk debatt. Perspektivet betonar kön som en föränderlig social och kulturell konstruktion och problematiserar därmed biologiska föreställningar om ett "naturligt" och stabilt kön. Genusperspektivet har inte bara fått genomslag inom humaniora och samhällsvetenskap utan också nått vetenskapliga fält, som till exempel medicinen, där det biologiska perspektivet av hävd varit dominerande.

Inom medicinen och läkarvetenska-

pen har intresset för att kartlägga och fastställa skillnader mellan den manliga och kvinnliga kroppen en lång tradition (Laqueur 1994, Johannisson 1994). Idéhistorikern Karin Johannisson menar att det har handlat om en åtskillnadspraktik där kvinnans annorlundahet kommit att särskiljas från mannens normalitet. Som en del i denna process kom det biologiska könet att få en alldeles central position i fråga om hälsa och sjukdom i det tidiga 1900-talets medicinska vetenskapsbygge (Johannisson 1996:112 f).

Om den traditionella kliniska medicinen i allt väsentligt betraktat kroppen som ett slutet biologiskt system så syftar ett folkhälsoperspektiv till att odla relationen mellan kropp, samhälle och sociokulturella villkor ur ett flervetenskapligt synsätt. Därmed blir också folkhälsofältet en mötesplats för olika vetenskapliga traditioner, paradigmer och perspektiv (se t.ex. Högskoleverket 2007:26f). Vad gäller synen på kön är det i sammanhanget rimligt att tala om ett möte mellan två i grunden skilda diskursiva synsätt. Å den ena sidan en medicinskt-biologiskt orienterad diskurs som i sin mest renodlade form kan beskrivas som biologisk essentialism, det vill säga att olika samhällsfenomen förklaras med utgångspunkt i biologiska könsskillnader (jfr Hammarström 2005:44). Å andra sidan har vi en sociokulturellt orienterad diskurs som talar om kön i termer av genus, det vill säga kön som en social och kulturell konstruktion.

Med denna uppdelning av kön i ett biologiskt (kön) och ett sociokulturellt (genus) följer vissa problem. Ett är att dikotomin kan leda till förståel-

sen av kön som tudelat i antingen ett biologiskt eller sociokulturellt, något som i sin tur antyder existensen av ett fast och stabilt biologiskt kön som ligger till grund för ett socialt, kulturellt och historiskt föränderligt genus. Uppdelningen antyder också att det av den biologiska vetenskapen konstituerade könet befinner sig utanför en social kontext. Anläggs ett historiskt perspektiv framstår det biologiska könet också som en konstruktion och därmed också som en integrerad del av den sociala, politiska, kulturella och vetenskapliga historien (Eriksson 2005). I denna artikel är det framställningar av kön som står i centrum. Därför används här begreppet kön som en övergripande benämning i vilken inbegrips såväl biologiska som sociokulturella aspekter.

## Kön och folkhälsa

I början av 2000-talet fastställdes en ny och sektorsövergripande folkhälsopolitik i propositionen *Mål för folkhälsan* där ett övergripande mål om god hälsa på lika villkor för hela befolkningen och elva särskilda målområden formulerades.

Under rubriken ”Ett jämställdhetsperspektiv” konstaterade propositionens författare att skillnaderna i hälsa mellan män och kvinnor var omfattande. Med hänvisning till detta förhållande och med hänsyn till ”kvinnors och mäns skilda livsvillkor, livsstil och biologi” fastslogs att den nya folkhälsopolitiken skulle bedrivas med ett ”integrerat genusperspektiv” (regeringens prop. 2002/03:35: 37-39).

Genusperspektivet är nödvändigt, heter det längre fram i propositionen,

dels för förverkliga det övergripande målet för folkhälsoarbetet, dels för att nå de generella jämställdhetspolitiska målen. Genus definierades som ett perspektiv som ”beskriver de skillnader mellan män och kvinnor” som inte omedelbart kan hänföras till biologi utan är kulturellt och socialt skapade (regeringens prop. 2002/03:35:37). En sådan definition riktar primärt uppmärksamheten mot könsskillnader och genus blir närmast ett redskap att få syn på de olikheter mellan män och kvinnor som inte direkt kan uppfattas som biologiska.

### Syfte, perspektiv och genomförande

I den här artikeln uppmärksammas framställningen av kön i ett folkhälsopolitiskt sammanhang. Mer precist innebär det en granskning av kapitel fem i 2005 års Folkhälsorapport, det vill säga den avrapportering av folkhälsopolitiken som Statens folkhälsoinstitut regelbundet ska lämna. Kapitel fem, som kan betraktas som rapportens huvudkapitel, utgör omkring en tredjedel av rapportens totala volym om drygt 500 sidor och redovisar utvecklingen inom de elva folkhälsopolitiska målområdena. Jag har medvetet valt bort det kapitel (kapitel 6) i rapporten som specifikt handlar om folkhälsa och genus. Anledningen är att kapitel fem utgör rapportens centrala del och framförallt att det är i denna typ av text som inte uttryckligen formulerar sig kring kön eller genus som det ”normalvetenskapliga” könet formuleras. Det är således en text som inte explicit handlar om kön och just därför kan antas säga något

väsentligt om synen på kön.

Syftet med denna artikel är således att granska kapitel fem i 2005 års Folkhälsopolitiska rapport förhåller sig till en biologisk respektive sociokulturell könsdiskurs. Huvudfrågan gäller hur och på vilket sätt kön framställs och i vilka sammanhang kategorin kön framställs som relevant.

Min läsning av den folkhälsopolitiska rapporten är diskursanalytiskt orienterad. Utgångspunkten är att kunskap och därmed också presentationer med anspråk att definiera och beskriva verkligheten är perspektivbundna. De ingår i en diskursiv kontext (se t.ex. Foucault 1993, Börjesson 2003). Det betyder att det inte primärt är textförfattarnas intentioner som står i fokus, utan den centrala frågan gäller själva framställningen av kön i texten.

Skilda diskurser representerar olika sätt att se på verkligheten och står därmed också i konflikt med varandra. Biologiska diskurser om könsskillnader har inom medicin och läkarvetenskap sedan lång tid haft en närmast hegemonisk ställning (se t.ex. Johannisson 1994, Hammarström 2006). Denna diskurs har haft stor betydelse för både synen på och det praktiska hanterandet av män och kvinnor inte bara inom sjuk- och hälsovård utan i samhället i stort. Den biologiska och essentiella könsdiskursen gör, med hänvisning till den positivistiska vetenskapstraditionen, anspråk på objektivitet och värdeneutralitet.

En annan könsdiskurs tar utgångspunkt i sociala och kulturella konstruktioner av kön, det vill säga det sociala könet, genus. Kön betraktas

enligt detta perspektiv inte som ett stabilt eller givet villkor utan snarare som en heterogen praxis som relaterar till föränderliga föreställningar, normer och handlingsmönster. Vad gäller folkhälsopolitiken skall den enligt direktiven bedrivas med ett ”integrerat genusperspektiv” där hänsyn skall tas till såväl biologiska som socio-kulturella villkor. Annorlunda formulerat – folkhälsopolitiken ska vila på både en medicinsk-biologisk och en socio-kulturell könsdiskurs.

Kapitel fem i 2005 års Folkhälsorapport – ”Utvecklingen inom folkhälsopolitikens elva målområden” – består av en samlad uppföljning av det folkhälsopolitiska arbetet. Var och ett av de elva målområdena redovisas och kommenteras med utgångspunkt i 42 bestämningsfaktorer. Framställningen illustreras med 67 grafiska figurer på 152 sidor.

Texten innehåller ett antal passager där hälsa och ohälsa relateras till kön och det är dessa som intresserar i detta sammanhang. Det konstruktionistiska perspektivet innebär att intresset för dessa utsagor kan sägas vara dubbelt – å ena sidan handlar det om att studera hur påståenden om kön är konstruerade, å den andra att se på vilket sätt påståendena i sig producerar föreställningar om kön. Avsikten är således inte att pröva huruvida det som påstås om kön, om män och kvinnor och hälsa är sant eller falsk, relevant eller icke utan hur utsagorna bidrar till att skapa vetenskapliga presentationer av kön.

Jag har i min läsning av texten uppmärksammat passager där frågan om kön och förhållandet mellan män och

kvinnor explicit har uttryckts. Jag har delat upp dessa utsagor i två kategorier. Den första är sådana som syftar till att jämföra förhållanden och villkor mellan män och kvinnor, den andra är utsagor som uttalar sig om möjliga orsaker till skillnaderna.

## Resultat

### - att jämföra och särskilja

Jämförelserna syftar till att med utgångspunkt i folkhälsans bestämningsfaktorer klarlägga förhållandet mellan mäns och kvinnors hälsa. I rapporten görs i princip någon form av jämförelse mellan könen i uppföljningen av alla elva målområden. Vad är det då som jämförs och hur presenteras jämförelserna? I det följande kommer jag att ge exempel från fyra av de elva målområdena, först mål ett och två som räknas till de strukturella målen och sedan till mål tio och elva som är så kallade levnadsvanemål.

I inledningen till det första målområdet, ”Delaktighet och inflytande i samhället”, fastslås sambandet mellan brist på makt, påverkansmöjligheter och hälsa. För att mäta detta är val till riksdag samt andel förstagångsväljare vid allmänna val indikatorer. I redovisningen särskiljs män och kvinnor i en grafisk figur (FHI 2005:165). Diskriminering är en annan bestämningsfaktor inom målområdet. Här rapporteras att ”det är vanligare att kvinnor” blir bemötta så de känner sig kränkta och att skillnaderna mellan könen hör samman med ålder och etnicitet. Vidare jämförs kulturvanor, besök av idrottsevenemang, hobbyutövandes samt mäns och kvinnors grad av socialt deltagande, tillgång

till emotionellt och praktiskt stöd. I texten noteras att det är ”vanligare bland kvinnor än bland män att man har en nära vän” och omvänt att det är ”vanligare att män än kvinnor saknar praktiskt stöd”(FHI 2005:175-176).

Målområde två handlar om ekonomisk och social trygghet. Avseende ekonomi görs två jämförelser, dels konstateras att ”den ekonomiskt mest utsatta gruppen bland ålderspensionärerna är ensamstående kvinnor”, dels fastslås att unga kvinnor generellt har ”fler ekonomiska svårigheter än unga män”(FHI 2005:191). Vidare jämförs män och kvinnor vad gäller sysselsättningsgrad, andel utanför arbetskraften, långtidsarbetslösa, ohälsotal, utbildningsnivå och oro att gå ut.

Målområde tio handlar om goda matvanor och livsmedelssäkerhet. Här särskiljs frukt- och grönsakskonsumtionen efter kön. Under rubriken ”Energibalans” behandlas utvecklingen vad gäller fetma och övervikt och könsskillnaderna kommenteras: ”År 2001 var 41 procent av männen och 27 procent av kvinnorna i åldern 16-74 år överviktiga. Fetma fanns hos elva procent av männen och nio procent av kvinnorna” (FHI 2005:283). Utvecklingen inom området presenteras också i tre tabeller där män och kvinnor särredovisas.

Mål elva avser bruk av tobak, alkohol, narkotika och dopning samt överdrivet spelande. Här redovisas könsskillnader vad gäller rökning, snusning och alkoholkonsumtion i grafiska figurer. Dessa kommenteras kortfattat; rökning ”är vanligast i grupper med kort utbildning och låg inkomst (kvinnor)...” och alkohol-

konsumtionen ökar mest bland medelålders och äldre kvinnor.

De exempel som här redovisas avviker inte på något betydelsefullt sätt från hur särredovisningen praktiseras i resten av kapitlet. Man kan konstatera att indelning och jämförelse av befolkningen i män och kvinnor är den helt dominerande kategoriseringsprincipen i folkhälsorapportens text. Sammantaget jämförs män och kvinnor på ett femtiotal punkter och i nära hälften av de 67 grafiska figurerna.

Ett sätt att förstå denna jämförelsepraktik är att betrakta den ur ett diskursivt perspektiv, det vill säga ett bestämt sätt att tala om och förstå världen. Jämförelserna producerar föreställningar om att män och kvinnor är olika – inte bara medicinskt och biologiskt utan också socialt och kulturellt. Genom att jämföra kön framstår skillnaderna just som köns-specifika. Betoningen på skillnader och att dessa i de flesta fall redovisas utan kommentar och analys bidrar till att låsa fast könen i essentialistiska positioner.

Hur förhåller sig då rapporttexten till de uppgifter om könsskillnader som redovisas? Under rapporteringen av delmålet ”Delaktighet och inflytande” och med ”Jämställdhet” som rubrik fastslås att skillnaderna i hälsa mellan män och kvinnor är stora. Först noteras att kvinnor i större utsträckning ”lider” av stressrelaterad sjuklighet, är mer sjukskrivna och konsumerar mer läkemedel än männen som i sin tur har högre dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar, oftare blir skadade och drabbas av alkoholrelaterade sjukdomar.

Därefter förs ett kort resonemang kring tänkbara förklaringar bakom hälsovariationerna. Det framhålls att ”dessa skillnader i hälsa kan inte enbart förklaras med biologiska skillnader mellan könen utan sammanhänger till stor del med sociala och kulturella faktorer” (FHI 2005:165). Som exempel framhålls att mäns kortare livslängd hänger samman med riskfyllda beteenden. Vidare framhålls att det ”finns även strukturella förhållanden i samhället som medför att villkoren ser olika ut för kvinnor och män, exempelvis på arbetsplatsen, i familjelivet och i deltagande i sociala aktiviteter” (FHI 2005:165).

Utgångspunkt i resonemanget tas, som jag tolkar det, i en biologisk-medicinsk diskurs där könsskillnaderna till sin grundläggande karaktär är av biologisk art. Jonatan Potter (1996) har diskuterat hur olika modalitetsmarkörer används för att ge tyngd och övertygelse åt argument och ståndpunkter eller alternativt bygga in tvekan i en text. Formuleringen att könsskillnaderna inom det folkhälsopolitiska området ”inte enbart” kan förklaras biologiskt antyder att skillnaderna ändå i allt väsentligt – men inte helt och fullt – skulle kunna uppfattas som just biologiska. En likartad vaghetsmarkör ligger i formuleringen att det ”finns även” skillnader i arbetsliv, familjeliv etc. som påverkar mäns och kvinnors hälsa.

Ett exempel på vad som skulle kunna vara en sådan strukturell skillnad i arbetslivet ges i redovisningen av bestämningsfaktorn ”Återhämtning mellan arbetspass” under mål fyra (Ökad hälsa i arbetslivet). Här noteras

att återhämtningsmöjligheterna skiljer sig mellan olika yrken och vidare att ”kvinnor generellt har något större problem att varva ner efter arbetsdagens slut...”(FHI 2005:230). Något resonemang kring denna omständighet förs inte, utan uppgiften presenteras som ett faktum där oförmågan att varva ner blir till en egenskap som kvinnor generellt ”har”. På ett ställe relateras förhållandet mellan män och kvinnor till strukturella maktrelationer. Det gäller redovisningen av mäns våld mot kvinnor där det sägs att FN och EU i olika dokument uttryckt att ”mäns våld kan förstås i ett könsmaktperspektiv...” (FHI 2005:272).

## Diskussion

Med utgångspunkt i ett socialkonstruktionistiskt perspektiv är kön en kategori som skapas, omskapas och reproduceras genom olika samhälleliga praktiker. Politisk och vetenskaplig praktik hör till dessa. Med ett sådant synsätt är den folkhälsopolitiska texten inte enbart en neutral eller okomplicerad rapport om sakernas faktiska tillstånd, utan snarare en text som bidrar till att producera, reproducera och legitimera föreställningar om kön.

Utgångspunkten för denna artikel har varit att folkhälsofältet kan betraktas som en mötesplats för två skilda diskurser; en biomedicinsk och en sociokulturell. Min granskning av 2005 års folkhälsopolitiska rapportering tyder på att fältet i allt väsentligt domineras av den biomedicinska diskursen. Det finns en uppenbar risk att en oproblematiserad särredovisning snarare vidmakthåller föreställningar

om köns olikheter än sätter dem i fråga. Framförallt ges intryck av att könen existerar var för sig snare än förhåller sig relationellt till varandra. Å andra sidan är särredovisning nödvändig för att minska riskerna för könsblindhet och modellen skapar kunskaper om att män och kvinnor lever under skilda villkor. Problemet är således inte särredovisningen i sig, utan att rapporten ensidigt riktar in sig på skillnader utan att analysera och problematisera hur sociala och kulturella faktorer bidrar till att producera dessa skillnader.

Genusforskaren och sociologen Kristina Eriksson har påpekat att genomslaget för distinktionen mellan ett biologiskt och sociokulturellt kön också måste förstås utifrån att den lätt kan infogas i skilda och motstridiga vetenskapsparadigm. Den följer professionella strukturer och intressen där det ”biologiska” könet blir till naturvetenskapens och medicinens område medan det ”sociokulturella” genus hänförs till humanistisk- och samhällsvetenskap (Eriksson 2005:47).

Val av perspektiv, metoder och källmaterial är i hög grad relaterat till det vetenskapliga paradigmet inom vilket man befinner sig. Det kunskapsunderlag som ligger till grund för den folkhälsopolitiska rapporten är i allt väsentligt av statistiskt och kvantitativ karaktär. Det innebär i praktiken att kön i princip måste hanteras som en fast kategori för att överhuvudtaget vara mätbar. Hur skulle man kunna mäta på annat vis? Eller anorlunda formulerat – hur kan man till siffror, tal och tabeller omvandla de komplexa sociala och kulturella

processer där allt från makt-, klass- och etniska positioner till generation, plats och sexuell läggning bidrar till att producera en mångfald olika slags maskuliniteter och feminiteter?

Problemet med en särredovisning som lämnas utan analys är att könen inom sig framställs som enhetliga och homogena kategorier med kvinnor för sig och män för sig enligt den traditionella biologiska matrisen. Eventuella variationer förklaras med att kvinnor ”har”, män ”är” och så vidare och inte som konsekvenser av maktrelationer eller sociala och kulturella processer.

Betraktad ur ett diskursivt perspektiv är en text – i detta fall en folkhälsopolitisk dito – inte en passiv avspeglning utan en handling och aktivitet som i sig själv är en del av den sociala konstruktionen av det som beskrivs. De föreställningar om kön – uttalade och outtalade – som presenteras i 2005 års folkhälsopolitiska rapportering rör sig inom ett diskursivt ramverk som med utgångspunkt i en biologisk blick tar fasta på och intresserar sig för olikheter. En slutsats av denna granskning skulle då kunna vara att den traditionella medicinska åtskillnadsdiskursen i allt väsentligt kommit att fortplanta sig vidare till det folkhälsopolitiska fältet.

Det uppdrag som lagts på folkhälsopolitiken kan förstås som att den ska bedrivas med utgångspunkt i både biologiska som sociokulturella perspektiv på kön, det vill säga inkludera både sociala, kulturella, psykologiska och biologiska aspekter (jfr Holmberg 2007:41). Det förutsätter en vital, öppen och prövande dialog mellan olika perspektiv, positioner och vetenskap-

liga traditioner. Utmaningen ligger knappast i att försöka separera det biologiska från det sociala, utan att i grunden analysera vad kön kan betyda för människors hälsa. En sådan analys skulle i sann tvärvetenskaplig anda behöva ta utgångspunkt i olika vetenskapliga arbetssätt och låta olika typer av perspektiv, metoder och material samverka på ett sådant sätt att kön inte hanteras som en separat och isolerad kategori utan också ges en aktiv relation till andra påverkande faktorer som klass, etnicitet, sexuell läggning och generation.

## Tack

Avslutningsvis vill jag tacka professor Anne Hammarström, Umeå universitet och projektassistent Lisa Harryson, Umeå universitet, för handledning och värdefulla synpunkter.

## Referenser

- Börjesson, Mats (2003). *Diskurser och konstruktioner. Ett slags metodbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, Kristina (2005). "Från kön och genus till kön som konstruktion". I: Blomqvist, Martha (red) *Dialoger mellan kön och genus*. Uppsala: Centrum för genusvetenskap.
- Foucault, Michel (1993). *Diskursens ordning*. Stockholm/Stein: Symposium.
- Hammarström, Anne (2005). *Genusperspektiv på medicinen. Två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Stockholm: Högskoleverket.
- Holmberg, Tora (2005). *Vetenskap på gränsen*. Diss. Lund: Arkiv förlag.
- Holmberg, Tora (2007). *Samtal om biologi. Genusforskare talar om kön och kropp*. Uppsala: Uppsala universitet, Skrifter från Centrum för genusvetenskap.
- Högskoleverket (2007). *Utvärdering av grund- och forskarutbildning i folkhälsovetenskap, grundutbildning i rehabiliteringsvetenskap samt forskarutbildning i handikappvetenskap*. Stockholm: Högskoleverket Rapport 2007:8 R.
- Johannisson, Karin (1994). *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de siècle*. Stockholm: Nordstedts.
- Johannisson, Karin (1996). "Kön och ohälsa. Ett historiskt-kulturellt perspektiv". I: Östlin, Piruska & Danielsson, Maria m.fl. (red) *Kön och ohälsa. En antologi om könsskillnader ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Laqueur, Tomas (1994). *Om könen uppkomst. Hur kroppen blev kvinnlig och manlig*. Stockholm: Symposium.
- Liedman, Sven-Eric (2001). *Ett oändligt äventyr. Om människans kunskaper*. Stockholm: Bonnier.
- Potter, Jonathan (1996). *Representing Reality. Discourse, rhetoric and Social Construction*. London: Sage.
- Regeringens proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*.
- Statens Folkhälsoinstitut/FHI (2005). *Folkhälsovetenskaplig rapport 2005*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

## Summary in English

### Gender in the Swedish Public Health policy.

In 2003 the Swedish Parliament adopted a new public health policy. It was decided that public health work must be carried out with a gender perspective. This article discusses the representation of gender in the first public health report published in 2005. The aim is – with the conception of discourse as the starting point – to analyze how the report relates to the concept of a bio-medical (sex) respectively a social and culture (gender) discourse.

Key words: Public health policy, gender, discourse analysis