



Long Litt Woon

Direktør for Likestillingssenteret

Er likestilling det samme som likebehandling?

Anne fra Norge var på besøk i Venezia. En vakker, romantisk by med masse god mat hvor enn hun snudde seg. Men noe ødela idyllen. Anne hadde så vondt i magen at hun knapt orket å se på alle delikatessene rundt seg. Hun gikk til legen, og som en god norsk pasient beskrev hun nøkternt og detaljert hvilke symptomer hun hadde og hvor. Legen så på henne med sympati, men det ble etter hvert klart for Anne at legen hadde problemer med å ta henne på alvor. Da husket hun noe hun hadde blitt fortalt: i Italia var det vanlig å understreke alvor med et heftig kroppsspråk. Så – i et forsøk på å billedliggjøre smerten med kroppsspråk, begynte Anne å kave og veive med armene, mens hun hevet stemmen betraktelig. Dette var så uvant for Anne at hun brøt ut i et heftig fniseanfall, noe som fikk legen til å foreslå at Anne kanskje heller skulle oppsøke en psykolog.

Hvordan vi uttrykker smerte og hvordan vi forstår sykdom og helbredelse, er ikke likt for alle. Hva slags sykdommer vi får og hvilke symptomer sykdommer gir, er heller ikke likt for alle. Sykdom og helbredelse må forstås ikke bare i nøytrale medisinske termer, men også i et kjønnsperspektiv. Eksemplet over viser at *både* kjønn og kulturell bakgrunn legger premisser i møtet mellom behandler og pasient. En lege er ikke bare lege, en lege er også kjønn på samme måte som pasienten ikke bare er pasient, men også kjønn. Det er for eksempel lite sannsynlig at en mann i situasjonen beskrevet over ville begynt å fnise. Han ville kanskje heller blitt hissig eller stum?

På en workshop blant ansatte på et apotek i Oslo gikk praten ivrig om de ulike utfordringer som ligger i at stadig flere av apotekets kunder har minoritetsspråklig bakgrunn. En deltaker fortalte at hun som kvinne til tider opplevde muslimske mannlige kunder som strevsomme. Hun beskrev en situasjon der en mannlige pakistansk

kunde hadde reagert med aggresjon da hun ikke forstod hva han sa. Da hun ble spurt om hun noen gang hadde møtt den samme aggresjonen fra en kvinnelig pakistansk kunde, svarte hun nei, det hadde hun faktisk ikke. Hadde hun vært borti en tilsvarende aggressiv etnisk norsk kunde kanskje? Jo, det hadde hun. Eksemplet viser det *situasjonelle* ved kjønn og etnisitet som kategorier i møtet mellom pasient og helsepersonell, og at det som for helsepersonell *oppleves* som relevant kategori ikke nødvendigvis er det som motiverer pasienten eller kunden i en gitt situasjon.

Ansatte innenfor helsevesenet erfarer daglig i møte med enkeltmennesker de store endringene samfunnet har gjennomgått. Helsepersonell kan ikke lenger ta for gitt at pasienten deler helsevesenets biomedisinske oppfatning av sykdom og helbredelse. Men det er ikke første gang helsevesenets tradisjonelle strukturer og praksiser blir utfordret i møte med pasienten.

Tradisjonelt representerte mannen og mannens biologi normen – også innenfor helse og medisin. Forskingen fokuserte i all hovedsak på sykdommer og helse-spørsmål som var mest utbredt blant menn, og sykdommer med mer eller mindre lik forekomst blant både kvinner og menn, ble diagnostisert med utgangspunkt i menns symptomer og sykdomsforløp. Dette er ikke lenger tilfelle – i hvert fall ikke i samme utstrekning. Forskning tar i større grad hensyn til at kvinner og menn har ulike sykdommer, og at kvinner og menn med samme lidelse kan ha ulike symptomer og sykdomsforløp.

Samtidig er det fortsatt viktige utfordringer knyttet til kjønn og helse. Helsevesenet må både anerkjenne og inkorporere nyere forskning om kvinners biologi og i større grad integrere kunnskap om kvinner også som samfunnsindivider.

Et eksempel på helse og kjønn sett i et

samfunnsperspektiv, med andre ord pasienten som både fysisk kropp og sosialt individ, er utviklingen av samfunnets skjønnhetsidealer, som i stadig større grad får helsemessige konsekvenser for kvinners psykiske og fysiske helse. Selvforakt, overdreven slanking eller trening, anoreksi, selvskading og risikable kirurgiske inngrep er alle eksempler på konsekvenser dominante skjønnhetsidealer kan få for den enkelte kvinne.

Samtidig er denne typen problematikk også et økende fenomen blant gutter og yngre menn. Overdreven trening og usunne dietter for større kroppsvolum er i stadig økende grad blitt et tema for helsepersonell.

Denne trenden og påfølgende endringer i sykdomsbilder viser at vi ikke kan operere med statisk forståelse av kjønn og helse. Helseforhold endrer seg over tid i takt med endringer i samfunnet for øvrig. Kvinner røyker mer – og er dermed blitt mer synlige på statistikk over lungekreft, og menn blir en stadig mer aktuell gruppe i forståelsen av spiseproblemer og påfølgende helsemessige komplikasjoner.

Vi har erkjent og (i stor grad) tatt konsekvensene av biologiske forskjeller mellom kvinner og menn i helse- og sykdomsrelaterte temaer. Vi har også erkjent at kvinner og menn ikke kan behandles som homogene grupper. Erkjennelsen er ikke minst viktig i et samfunn der etnisk tilhørighet i tillegg til kjønn må tas hensyn til. Den stadig økende andelen av minoritetsmenn og -kvinner i pasientgruppen stiller atter nye krav til vår måte å forstå sykdom og behandling på. Et helsevesen som er sensitiv overfor både kjønn og etnisitet, må derfor ha *resultatlikhet* fremfor likebehandling som mål.

I neste nummer:

- Spiseforstyrrelser og familiebehandling
- Genetikk ved bevegelsesforstyrrelser

- Foreldres syn på antibiotikabruk
- Mammografiscreening
- Inseminasjon med donorsæd fra ikke-anonym giver