

Det preventiva hälsoarbetet och kvinnans ställning*

Elianne Riska

Den nya kvinnorörelsen, som uppkom på 1970-talet, förde med sig både kritik och omvärderingar av samhällets centrala institutioner. Ett speciellt mål för denna kritik bland amerikanska och brittiska feminister var hälsovårdsväsendet. Historiska studier hade påvisat hur hälsovårdsarbetet gradvis hade omvandlats från att vara ett kvinnoarbete till att bli ett arbete utfört av en mansdominerad läkarprofession då biomedicinen fick en dominerande ställning i hälsovården (Ehrenreich & English 1973). Kritikerna ansåg att den mansdominerade läkarkåren reducerat kvinnokroppen till blott ett bland andra patologiska fenomen, som det gällde att behandla och framförallt att kontrollera (Ehrenreich & English 1978). Senare kvinnoforskning har visat hur den medicinska teknologins utveckling letts av andra intressen än den kvinnliga patientens välfärd. I detta sammanhang har speciellt förlossningsteknikens metoder och organisering varit i fokus (Oakley 1980, Rothman 1982). På 1980-talet har också den vetenskapliga utvecklingen inom gen- och reproduktionsteknologin lett till kritik. Kvinnans rättsliga ställning har i dessa sammanhang beskrivits som otillfredsställande (Kvinnovetenskaplig tidskrift 1986, Spallone 1989, Addelson 1990, Clarke 1990, Macklin 1990).

Både i de Förenta staterna och England uppstod det tidigt en social rörelse - "women's health movement" - som tog ställning till ovan nämnda frågor och som betonade och erbjöd alternativa lösningar för kvinnor (Fee 1977, Doyal 1983). Rörelsens anhängare förhåller sig kritiskt till läkarnas behandlingsmetoder och försöker bevaka kvinnornas rättigheter i hälsovården. Feministisk kritik har speciellt riktats mot allmänpraktiserande läkares ovarsamma förskrivning av lugnande medel till kvinnor på grund av dessa läkemedels beroendeskapande effekter (Gabe & Bury 1988). Förutom psykofarmaka har också hormonbehandling av medelålders kvinnor under de senaste tio åren varit föremål för en debatt om läkarprofessionens makt över och dess kulturella uppfattning om kvinnokroppen (Topo et al. 1991).

I de nordiska länderna har det inte förekommit någon lika aktiv kvinnorörelse inom hälsovården som i t.ex. det amerikanska samhället. Detta sammanhänger säkerligen med kvinnans olika ställning och hälsovårdens olika inriktning i dessa två typer av samhällen. Den gängse uppfattningen utanför de nordiska länderna är i själva verket att kvin-

* Artikeln är en bearbetning av en föreläsning vid det 7. Nordiska kvinnojuristmötet i Gilleleje 5-8 april 1990.

nans rättigheter är speciellt välbevakade och beaktade i de nordiska ländernas hälso- och socialvård. I jämförande perspektiv är detta också säkerligen fallet.

Den kvinnovänliga välfärdsstaten är också den politiska maktfaktor som historiskt sett har skapat och stött läkarprofessionens ställning. I de nordiska länderna har den politiska kopplingen mellan staten och läkarkåren varit av avgörande betydelse för läkarkårens utveckling som profession (Riska 1988). I de flesta andra västländer har läkarkåren aktivt försvarat sin autonomi och den privata marknaden inom hälsovården emot intrång från statens sida. Den politiska kopplingen mellan staten och läkarprofessionen har hittills i de flesta länder lett till att professionen kunnat utnyttja statens maktmedel för att driva sina egna intressen i stället för att statlig politik lett till att medborgarna lyckats få kontroll över läkarkåren.

Det preventiva folkhälsoarbetet i de nordiska länderna har en lång tradition som bygger på den politiska kopplingen mellan staten och läkarprofessionen. Jag skall i följande avsnitt beskriva hur preventionsarbetet historiskt ändrat karaktär i de flesta västländer.

Det preventiva hälsoarbetets karaktär

Stone (1986) har ansett att dagens preventiva hälsopolitik skiljer sig från den traditionella inriktningen, som enligt henne var gällande fram till 1970-talet. Denna traditionella inriktning fokuserade på de fattiga, de som hade låg utbildning och som saknade tillgång till någon form av hälsovård. Detta folkhälsoarbete utfördes genom frivilliga eller obligatoriska immuniseringsprogram, regelbundna hälsokontroller typ tuberkulosprevention och etablerandet av mödra- och barnrådgivningsbyråer och skolhälsovård.

Sådana hälsokontroller av befolkningen har nyligen getts olika sociologiska tolkningar. Inom hälsosociologin har speciellt fransmannen Michel Foucaults syn på den moderna medicinska vetenskapens utveckling och sociala funktion betonats. Enligt det Foucaultska synsättet bör olika samhällsåtgärder inom hälsovården ses som metoder för att öka samhällskontrollen av de enskilda individernas liv (Foucault 1973, Turner 1987). Biomedicinen har inte ansetts vara en objektiv vetenskap utan en diskurs som legitimerat ett ökat intrång i individens privatliv. Senare utveckling inom samhällsbaserad medicin (s.k. community care, comprehensive health care) har av brittiska forskare tolkats som en diskurs som legitimerat ett allt större intrång i den enskilda individens sociala och privata relationer (Armstrong 1983).

I en analys av dagens hälsovårdspolitik har Stone (1986) identifierat en ny inriktning som hon har kallat »kolonial revolt«. Den företräds av en social rörelse som vuxit fram efter 1970-talet. Den har kritiserat det

tvång och den kontroll av individen som har funnits i det traditionella preventionsarbetet. I stället har den betonat individens rättigheter och frihet från den paternalism som funnits inbyggd i det preventiva arbetet. Till denna rörelse har olika kvinnogrupperingar, kritiker som varnat för etiska problem i medicinsk forskning, representanter för fackföreningar och industri anslutit sig. I Förenta staterna har rörelsen delvis använt sig av medborgarrättsrörelsens metoder.

I de nordiska länderna har kritiken av folkhälsoarbetet inte haft samma omfattning. Tvärtom ses fortfarande folkhälsoarbetet som ett led i befrämjandet av jämställdhet och välfärd. Inom det offentligt finansierade folkhälsoarbetet betonas dock männens och kvinnornas problem på olika sätt. Jag skall i det följande med Finland som exempel belysa tre aspekter av det samhällsorganiserade hälsokontrollsystemet: 1) hälsoupplysning och olika interventionsprogram, 2) upprätthållandet av olika nationella register och 3) specifika screeningverksamheter.

Den samhällsorganiserade kontrollen av individens hälsa

Den information som sprids med hjälp av hälsoupplysning innehåller sällan någon revolutionär, ny medicinsk kunskap. Hälsoupplysning ger kunskap om hälsorisker och förespråkar sunda levnadsvanor och måttlighet i konsumtion av mat och olika njutningsmedel. De insikter som denna information baserar sig på var i stort sett tillgängliga redan för hundra år sedan då en första hälsoreformrörelse genomströmmade det västerländska industrisamhället. Den kritik som har riktats mot hälsoupplysningen i dagens samhälle har gällt tre punkter.

Den första är dess auktoritära drag som Stone (1986) pekat på och som varit i fokus för den samhällsvetenskapliga kritiken av hälsoupplysningen (Riska 1982). I de nordiska länderna har hälsoupplysningen varit en del av det folkhälsoarbete som förts inom ramen för det »moderna projektet« och därför har den kanske inte rönt samma kritik som varit fallet i de anglosaxiska länderna.

Den andra punkten som kritiserats är den ökade betoningen av hälso-sam livsstil i den nationella hälsopolitiken. Kritikerna anser att hälsoupplysningen ger en allt för individualistisk tolkning av hälsans determinanter och att riskfaktortänkandet får folk att tro att hälsa är ett individuellt val i stället för att vara socialt förankrad (Riska 1982). Riskfaktortänkandet har också använts i diskriminerande syften så att individer har olika rättigheter på basen av tillgänglig information om deras hälsobeteende. Exempel på dylika förfaringssätt är ofördelaktigare livförsäkringsvillkor om individen röker eller har högt blodtryck (Stone 1986).

Den tredje punkten är den ineffektivitet som sammanhänger med att

hälsouppllysningen uppmärksammas selektivt. Detta gäller cancerscreeningverksamhet lika väl som hälsouppllysning gällande hälsosam kost och tobaksbruk. De högre inkomstgrupperna ändrar kontinuerligt sitt hälsobeteende i enlighet med hälsobefråmningarnas föreskrifter medan riskgrupperna, som oftast utgörs av de lägre inkomstgrupperna, inte tenderar att delta i olika typer av screeningprogram och de ändrar sina kostvanor och övriga aspekter av sitt hälsobeteende långsamt.

En allmän uppfattning bland sociologer är att orsaken till klasskillnader i hälsobeteende står att finna i samhällets sociala värderingar. Efterlevandet av hälsans etik är ett förväntat socialt beteende hos den urbana, professionella människan (Crawford 1984, Glassner 1989) medan hälsoetikens koder inte utgör normkällan för förväntat beteende bland de lägre inkomstgrupperna. Andra har pekat på strukturella faktorer, d.v.s. den organisatoriska aspekten av folkhälsoarbetet, som har formats på ett sådant sätt att de inte tar i beaktande de lägre samhällsklassernas speciella behov (Eardley et al. 1985).

Folkhälsoarbetets tre särdrag - dess auktoritära, individualistiska och selektiva karaktär - gäller också för hur hälsouppllysning och screeningverksamhet har tenderat att förhålla sig till män och kvinnor. För att närmare belysa denna aspekt tar jag i det följande Finland som utgångspunkt.

I Finland använder medicinalstyrelsen olika metoder för att sprida hälsouppllysning till män och kvinnor. Till kvinnorna förmedlas informationen genom institutionaliserade kanaler. Som exempel kan nämnas den hälsouppllysning som erbjuds via mödra- och barnrådgivningsbyråerna på kommunal nivå och regelbundna hälsokontroller för medelålders kvinnor i vissa kommuner (mammografi och cytologiska undersökningar). Den hälsouppllysning som riktas till män har inte institutionaliserats på samma sätt. Denna är baserad på olika typer av hälsokampanjer där den finländske mannen uppmanas att ändra sina levnadsvanor - äta mindre fett men mer grönsaker, konsumera alkohol i måttlig utsträckning och sluta röka. Kampanjerna har i alla fall i Finland haft ett normerande budskap där den normala finländske mannen skildras i stereotypa och negativa drag (t.ex. medicinalstyrelsens kampanj »Mannen år 2000« av år 1986). Men även andra offentliga kanaler visar samma snedvridding. Margarinreklamen i de finländska televisionskanalerna definierar enbart mannens höga kolesterolhalt som ett problem trots att övervikt också är en riskfaktor för ett flertal av kvinnornas hälsoproblem.

Fokuseringen på den finländske mannen i hälsoupplysningskampanjerna kan ges olika förklaringar. En är att kvinnorna är integrerade i den kommunala hälsorådgivningen, d.v.s. mödra- och barnrådgivningen, vilket gör att större delen av hälsouppllysningen förmedlas till kvinnorna via dessa kanaler. Denna hälsouppllysning är inte på samma sätt synlig i offentligheten som den som via massmedia och speciella interventionsprogram direkt och utan förmedlande institutioner försöker nå den finländske mannen.

Den andra förklaringen står troligen att finna i den obetydliga könsdifferensen i sjuklighet i Finland. Finländska män och kvinnor rapporterar i samma utsträckning kroniska sjukdomar eller besvär medan de i de övriga nordiska länderna följer det gängse internationella mönstret att kvinnor är sjukligare än män (Haavio-Mannila 1986, Karisto 1990). Detta avvikande finländska mönster har lett till att hälsovårdsmyndigheterna och medicinsk forskning har fokuserat på männens höga sjuklighet eftersom den är lika hög som kvinnornas. Däremot har man inte problematiserat kvinnornas höga sjuklighet som man har ansett vara normal. Bakom dessa ståndpunkter döljer sig en hel del antaganden som tar samhällets könsstrukturer och könsroller som givna.

Kvinnorna är i högre utsträckning än männen involverade i den formella hälsovårdsapparatusens hälsokontrollsystem också i andra avseenden. Det upprätthålls betydligt fler register på nationell nivå över kvinnors än mäns hälsa i Finland. Följande sex nationella hälsoregister upprätthålls kontinuerligt (Medicinalstyrelsen 1989): 1) vård dagar för patienter utskrivna från sjukhus och mentalsjukhus, 2) födelseregister (sedan 1.1.1987), 3) register över medfödda missbildningar (sedan 1963), 4) register över legala avbrytanden av havandeskap och steriliseringar, 5) ASA-registret om personer som i sitt arbete utsätts för cancerframkallande ämnen, samt 6) cancerregistret. Cancerregistret upprätthålls av Finlands cancerförening och anmälning av konstaterade cancerfall har sedan år 1961 varit obligatorisk. Statistikcentralen sänder till registret anmälan om de dödsattester där cancer omnämnts (Medicinalstyrelsen 1989, 103). Av de sex ovannämnda registren berör tre (punkt 2-4) enbart kvinnor medan det inte finns ett enda register som berör enbart män.

De regelbundna screeningverksamheter som utförs i Finland berör endast kvinnor. Cancerorganisationerna startade mammografiscreening år 1986, då screening erbjöds i 58 kommuner. Helsingfors stad erbjuder till exempel gratis cytologisk undersökning för kvinnor som fyllt 25, 30, 35, 40, 45, 50 och 55 år för undersökning av förstadiet av och cancer i livmoderhalsen. Dessutom får alla kvinnor som fyllt 50 år kallelse till röntgenundersökning av bröstet och därefter upprepas undersökningen vartannat år.

Dessa två former av screeningverksamhet har ännu inte gjorts till en allmän politik i det nationella hälsovårdssystemet, utan avhänger av kommunernas enskilda beslut. I Storbritannien har debatten kring denna fråga däremot varit livlig under de senaste fem åren. Kvinnogrupper och kvinnliga forskare har ställt sig kritiska till nyttan av alltför omfattande och täta kontroller i screening av bröstcancer (Roberts 1989) och till den psykologiska stress som testresultaten förorsakar för många kvinnor (Morteau 1989). Kritikerna har också påpekat att den nuvarande screeningverksamheten inte beaktar de speciella behov som kvinnor från de lägre inkomstgrupperna har (Eardley et al. 1985, Elkind et al. 1988). Dessa kvinnor tenderar att utebli från kontrollerna trots att de enligt statistiken utgör den största riskgruppen (Vernon et al. 1990).

I Finland verkar medicinalstyrelsen för närvarande att intaga en avvaktande och konservativ linje. Det är närmast läkarprofessionens företrädare som driver en aktiv linje i dessa frågor. Någon omfattande debatt om nyttan av dylika screeningprogram har inte förekommit i Finland och flera kvinnoorganisationer har aktivt understött den rådande screeningverksamheten.

Förekomsten av och dödligheten i cancer varierar mycket litet bland män och kvinnor i Finland men de bägge könsgруппerna tenderar att ha olika typer av cancer (Medicinalstyrelsen 1989, 107-111). Männerna lider främst av lungcancer, prostatacancer och cancer i magsäcken. Den allmännaste cancersjukdomen hos kvinnor är bröstcancer och den näst allmännaste är livmodercancer. År 1984 konstaterades t.ex. 1909 nya fall av bröstcancer och 1048 nya fall av livmodercancer för kvinnor. Samma år konstaterades 1047 nya fall av prostatacancer hos män och 2073 fall av cancer i respirationsorgan hos män (i jämförelse med 405 hos kvinnor) (Medicinalstyrelsen 1989, 108-109). År 1986 dog 552 män av prostatacancer och 485 kvinnor av livmodercancer (Medicinalstyrelsen 1989, 107).

Ovannämnda statistik pekar på olika typer av cancer men inte på alltför stora skillnader i förekomsten av cancer bland män och kvinnor. Finländska forskare (Valkonen 1990, Koskinen & Martelin 1991) har visat att den större sociala skillnaden i dödlighet bland män än kvinnor i Finland beror på männens större dödlighet i lungcancer och dess förekomst bland lägre socialgrupper. Bland kvinnorna är dödlighet i bröstcancer vanligast bland de högre socialgrupperna och livmodercancer bland de lägre socialgrupperna. Sammanfattningsvis koncentreras riskerna bland männen i de lägsta socialgrupperna medan den sociala spridningen är polariserad enligt cancertyp bland kvinnorna.

För kvinnornas del har ett omfattande screeningsystem etablerats för att diagnostisera förstadiet av kvinnospecifika cancersjukdomar. Vad männen beträffar har ett motsvarande screeningsystem inte upprättats för att förebygga deras typ av cancer.

Slutsatser

Denna artikel har belyst utvecklingen av den samhällsdirigerade kontrollen av befolkningens hälsa, speciellt olikheter i den kontrollpolitik som riktas till män och kvinnor. För den senare aspekten har Finland tagits som studieobjekt. Då vi studerar ett fall som i flere avseenden liknar andra länder men i andra avseenden avviker, kan de avvikande aspekterna få oss att klarare se de sociala strukturer som påverkar den sociala dimensionen av begreppet hälsa och sjuklighet.

I Finland finner man inte den könsdifferens i sjuklighet som dokumenteras i de flesta andra utvecklade västliga industriländer. Ur jämförande perspektiv har man tolkat männens sjuklighet och dödlighet som

oroväckande höga medan kvinnornas lika höga värden tolkats som normala. För männens del präglar insjuknandet i hjärt och kärlsjukdomar sjukdomsprofilen medan kvinnornas hälsa tärs av mindre livshotande sjukdomar.

Det samhällsorganiserade folkhälsoarbetet strävar att uppmärksamma riskfaktorer i uppkomsten av sjukdomar och att genom rådgivning, hälsoupplýsning och screeningverksamhet förebygga ohälsa. I detta arbete tillämpar man dock olika sätt för att nå män och kvinnor och olika strategier i kontrollpolitiken.

För kvinnornas del är det förebyggande och hälsofrämjande arbetet institutionaliserat och riktar sig till vissa kohorter av kvinnor. Detta gäller t.ex. barn- och mödrarådgivningen och screeningverksamheten för bröst- eller livmodercancer. Alla kvinnor i en viss grupp ombeds att infinna sig för kontroll med regelbundna mellanrum. Medlemskapet i kohorten anger den biologiskt baserade risken som är i fokus för hälsokontrollerna. Verksamheten är standardiserad och skiljer inte mellan kvinnor vad utbildning, samhällsklass, etnicitet eller religion beträffar.

För männens del är det förebyggande och hälsofrämjande arbetet riktat till den enskilde mannen och fokuserat på hans levnadsvanor (alkoholvanor, tobaksbruk, motionsvanor, kostvanor). Denna verksamhet har inte institutionaliserats utan förs genom sporadiska kampanjer och interventionsprogram som vädjar direkt till den enskilde finländske mannen att han skall ändra sina värderingar och därmed också sin livsstil och sitt hälsobeteende. Hur samma riskfaktorer påverkar kvinnors hälsa har den finländska epidemiologiska forskningen varit föga intresserad av och kanske just därför finns få direktiv att tillgå för kvinnor (Söderholm et al. 1988, 34-35). En liknande könssnäv trend har nyligen skarpt kritiserats i den amerikanska epidemiologiska forskningen och folkhälsoarbetet (Palca, 1990).

Åtgärderna riktade till männen har ett öppet normerande budskap medan de institutionaliserade lösningarna för kvinnornas del har en dold kontrollfunktion. Denna dolda kontroll av kvinnans kropp och framför allt sexualitet exemplifieras i karaktären av de nationella hälsoregister som kontinuerligt förs i Finland. Inte ett enda av de sex nationella hälsoregister som medicinalstyrelsen för berör enbart män, medan hälften av de existerande registren gäller enbart uppgifter om kvinnors reproduktion, (d.v.s. födelseregister, register över medfödda missbildningar, register över legala avbrytanden av havandeskap och över steriliseringar).

Hälsovårdssystem av nordisk modell har institutionaliserat den förebyggande och hälsofrämjande verksamheten riktad till kvinnor. Tillgången till hälsovård är i princip inte determinerad av kvinnans ekonomiska situation. Det finns dock dimensioner i detta hälsovårdssystem som har en dold kontrollfunktion, vars underliggande värderingar och nya uttrycksformer det gäller att kontinuerligt bevaka. Den nya medicinska teknologins tillämpningar är ett aktuellt exempel på hur samhäl-

lets könsstrukturer och värderingar påverkar kvinnans rättsliga ställning i hälsovården.

Litteratur

- Addelson, Kathryn Pyne (1990): Some moral issues in public problems of reproduction. *Social Problems*. Vol. 37, p. 1-7.
- Armstrong, David (1983): *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Clarke, Adele, E. (1990): Controversy and the development of reproductive science. *Social Problems*. Vol. 37, p. 18-37.
- Crawford, Robert (1984): A cultural account of "health": control, release and the social body. Ingår i: *Issues in the Political Economy of Health Care*, ed. John B. McKinlay. New York: Tavistock, p. 60-103.
- Doyal, Leslie (1983): Women, health and the sexual division of labor: a case study of the women's health movement in Britain. *International Journal of Health Services*. Vol. 13, p. 373-391.
- Eardley, Anne, Andrea Elkind, Brenda Spencer, Patricia Hobbs, Laura L. Pendleton & Dave Haran (1985): Attendance for cervical screening - whose problem? *Social Science & Medicine*. Vol. 20, p. 955-962.
- Ehrenreich, Barbara & Deidre English (1973): *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*. Old Westbury: The Feminist Press.
- Ehrenreich, Barbara & Deidre English (1978): *For Her Own Good: 150 Years of Experts' Advice to Women*. New York: Anchor Press.
- Elkind, Andrea Knopf, Dave Haran, Anne Eardley & Brenda Spencer (1988): Reasons for non-attendance for computer-managed cervical screening - pilot interviews. *Social Science & Medicine*. Vol. 27, p. 651-660.
- Fee, Elisabeth (1977): Women and health care: a comparison of theories. Ingår i: *Health and Medical Care in the U.S.A: Critical Analysis*, ed. Vicente Navarro. Farmingdale, NY: Baywood Publishing Company, p. 115-132.
- Foucault, Michel (1973): *The Birth of the Clinic*. London: Tavistock.
- Gabe, Jonathan & Michael Bury (1988): Tranquillizers as a social problem. *Sociological Review*. Vol. 36, p. 321-352.
- Glassner, Barry (1989): Fitness and the postmodern self. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 30, p. 180-191
- Haavio-Mannila, Elina (1986): Inequalities in health and gender. *Social Science and Medicine*. Vol. 22, p. 141-149.
- Karisto, Antti (1990): Sosiaaliluokka ja sairastavuus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*. Vol. 27, p. 43-54.
- Koskinen, Seppo & Tuija Martelin (1991): Miksi naisten sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat pienemmät kuin miesten? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*. Vol. 28, i tryck.
- Kvinnovetenskaplig tidskrift (1986): Temanummer: Konsterna att göra barn. Vol. 7, nr. 4.
- Macklin, Ruth (1990): Ethics and human reproduction: international perspectives. *Social Problems*. Vol. 37, p. 38-50.

- Medicinalstyrelsen: Hälsovård 1987 (1989): Helsingfors: Statens Tryckericentral.
- Morteau, T. (1989): Psychological costs of screening. *British Journal of Medicine*. Vol. 299, p. 527.
- Oakley, Ann (1980): *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. New York: Schocken Books.
- Palca, Joseph (1990): Women left out at NIH. *Science*. Vol. 248, p. 1601-1602.
- Riska, Elianne (1982): Health education and its ideological content. *Acta Sociologica*. Vol. 25, p. 41-46.
- Riska, Elianne (1988): The professional status of physicians in the Nordic countries. *The Milbank Quarterly*. Vol. 66, p. 133-147.
- Roberts, Maureen (1989): Breast screening: time for a rethink. *British Journal of Medicine*. Vol. 299, p. 1153-1155.
- Rothman, Barbara K. (1982): In *Labor: Women and Power in the Birthplace*. New York: W.W. Norton & Co.
- Spallone, Patricia (1989): *Beyond Conception: The New Politics of Reproduction*. Hampshire, Macmillan.
- Stone, Deborah A. (1986): The resistible rise of preventive medicine. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 11, p. 671-696.
- Söderholm, Annlis, Marja-Liisa Honkasalo, & Ulla Rimpelä (1988): Vad kan medicinsk kvinnoforskning innebära. Ingår i: Rapport från III Nordiska seminarier om medicinsk kvinnoforskning. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, Jämställdhetspublikationer: Serie D: Kvinnoforskningsrapporter 1:1988.
- Topo, Päivi, Ilka Kangas & Elina Hemminki (1991): Medikaliseringer av klimakteriet. Ingår i: *Den sociala konstruktionen av kvinnans hälsa*, red. Ulrica Häggglund & Elianne Riska. Åbo: Institutet för kvinnoforskning vid Åbo Akademi, (1 tryck).
- Turner, Brian S. (1987): *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage.
- Valkonen, Tapani (1990): Keski-ikäisen väestön sosioekonomisten kuolleisuuserojen kehitys Suomessa 1971-1985. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* Vol. 27, p. 6-16.
- Vernon, Sally W. & Elisabeth A. Laville & Gilchrist L. Jackson (1990): Participation in breast screening programs: a review. *Social Science & Medicine*. Vol. 30, p. 1107-1118.

Författarupplysningar:

Elianne Riska, professor i sociologi. Sociologiska institutionen, Åbo Akademi, Gezeliussg. 2, 20500 Åbo, Finland.