

Medicinsk kvindeforskning i videnskabsteoretisk belysning

Kirstine Borum

Moderne lægevidenskab hviler på det 100-årige naturvidenskabelige grundlag.

Den er karakteriseret ved at udtrykke sig i kvantiteter, at anvende sammenligning (ofte med en normalværdi) at tilstræbe værdineutralitet i arbejdsprocessen, at arbejde objektivt, beskrive og inddele, at arbejde atomistisk, analyserende og specialiseret, påberåbe sig ansvarsfrihed overfor resultaternes anvendelse, værdsætte grundforskning og anvende den til lægernes interne meritering, være meget teknologisk præget, at beskæftige sig med diagnose og behandling, og næsten ikke med profylakse, at tolke forskningsresultaterne abstrakt, løsrevet fra dagligdagens erfaringsverden og at være androcentrisk.

Forskningsmiljøet er typisk konkurrence- og prestigebetonet.

Forældelsesfristen for forskningsresultaterne er kort.

Medicinsk kvindeforskning opstod som en reaktion mod denne lægevidenskabelige tradition. Den har et veldefineret formål, dvs de videnskabelige resultater fremskaffes fork at blive anvendt, den er tværvideenskabelig, og den tilstræber at komme frem til helhedsbetragtninger, dvs er holistisk i sin intention.

Medicinsk kvindeforskning forsøger at opprioritere kvalitative aspekter af forskningen for at fremme kvalitativ nytænkning.

Medicinsk kvindeforskning er i sin vorden og har ikke tilsluttet sig et nøje defineret paradigme. Den er karakteriseret af stor frihed i emne- og metodevalg. Medicinske kvindeforskere vedkender sig et ansvar overfor deres forskningsresultater og mener, at disse skal anvendes til menneskets og naturens bedste.

Kirstine Borum är dr med universitetslektor vid Medicinsk anatomisk institut vid Københavns universitet.

Skal vi placere medicinsk kvindeforskning i sin videnskabsteoretiske sammenhæng kan vi begynde med at se på *hvordan* og *hvorfor* medicinsk kvindeforskning er opstået.

Vi har haft kvindelige læger i Norden i snart 100 år (Danmark fik sin første kvindelige læge, Nielsine Mathilde Nielsen i 1885, Finland allerede i 1878, hun hed Rosina Heikel; Sverige i 1888, det var Karolina Widerström og Norge i 1893: Marie Holth). I disse næsten 100 år har kvinder og kvindelige læger utvivlsomt mangen en gang undret sig over lægevidenskabens udsagn, konklusioner, normalitetsbegreber med mere, ikke mindst i relation til dem selv som kvinder. Tiden har imidlertid ikke været sådan, at man lyttede til kvinders skepsis. Ville de være med i det gode selskab, måtte de overtage de vedtagne mandlige synsmåder og værdisæt, ellers blev de betragtet som utidige kværlanter eller som outsiders. Kvindelige læger, som indtog deres egne standpunkter, blev moderarbejdet og latterliggjort; det er der talrige eksempler på i bogen "Kvindelige læger gennem 100 år" (1). Det er derfor ikke mærkeligt, at kvindelige læger gik langt for at tilpasse sig den gængse videnskabelige tankegang.

Først fremvæksten af det vi kalder den nye kvindebevægelse i begyndelsen af 1960'erne gav kvinder så megen selvtillid og opbakning, at de i større tal vovede at komme frem med egne synspunkter. Langsomt blev det umoderne at latterliggøre deres meninger, og man begyndte at lytte til kvinders udtalelser. Jeg tror, at det ændrede diskussionsklima, og det, at mange kvinder turde stå frem med

.....

Vi har haft kvinnliga läkare i Norden i snart 100 år

.....

personlige oplevelser og erfaringer og kontroversielle synspunkter, har været medvirkende til, at også den ellers så disciplinerede skare af kvindelige læger turde træde frem med egne meninger. Eller nogle af dem; det er ikke alle kvindelige læger, som står kritisk overfor det traditionelle lægevidenskabelige paradigme.

Et paradigme er et begreb udmøntet af Kuhn (1962) (2) og kan defineres som de metoder og det sæt af normer og begreber, ofte af underforstået eller rettere af indforstået natur, som eksisterer i det videnskabelige miljø. Det har i de forløbne 100 år været det *naturvidenskabelige paradigme*, som har tegnet lægevidenskaben. Det vil se lidt nøjere på.

Videnskab er en betegnelse, der anvendes både om det *videnskabelige produkt* og om den *videnskabelige proces*, der frembringer produktet. For at få et komplet billede af videnskaben må man imidlertid også inddrage en tredje ting i analysen, synes jeg, nemlig det *videnskabelige miljø*. Gør vi det, kommer paradigmet til at betegne den teoretiske overbygning, der bestemmer den videnskabelige proces og det videnskabelige (åndelige) miljø, mens produktet er et udtryk for resultatet heraf. I denne videnskabsteoretiske analyse ser vi bort fra de fysiske processer og det fysiske miljø.

Der opstod som sagt en opposition mod etableret lægevidenskab i kølvandet på den nye kvindebevægelse. For at forstå, hvad oppositionen rettede sig imod, skal moderne lægevidenskab i det følgende forsøges karakteriseret videnskabsteoretisk.

Videnskabsteoretisk karakteristik af lægevidenskaben

Lægevidenskab tilslutter sig i videnskabsteoretisk henseende naturvidenskaben. At udøverne af lægevidenskaben ikke altid har gennemtænkt deres videnskabsteoretiske ståsted og konsekvenserne heraf, er en anden sag, som blot nævnes for fuld-

.....

Läkarvetenskapens beundran för facts och dess aversion mot filosofi åstadkommer att de flesta vetenskapsmän inte har satt sitt eget verk i ett vetenskapsfilosofiskt sammanhang

.....

stændighedens skyld. Lægevidenskabens beundring for facts og dens aversion mod filosofi bevirker nemlig, at de fleste videnskabsmænd netop *ikke* har sat deres eget virke i en videnskabsteoretisk eller videnskabsfilosofisk sammenhæng. De underkaster sig mere eller mindre bevidstløst paradigmet og dets finesser i forskellige tekniske forbindelser, hvorfor ulogik ofte råder i deres ræsonnementer.

Moderne lægevidenskab kan karakteriseres ved

- 1) at lægge vægt på kvantitative udsagn fremfor på kvalitative udsagn. Alt forsøges udtrykt i *kvantiteter*, også svært kvantiterbare fænomener som adfærd f.eks.
- 2) at anvende sig af *sammenligning*. De fundne kvantiteter skal typisk sammenlignes med en kontrolgruppe eller en normalstørrelse. Dette forhold får i en vis udstrækning konsekvenser for begrebet *normalitet*. Det er et centralt begreb i lægevidenskabelig forskning og bliver ofte udtrykt som en vis gennemsnitsstørrelse målt på en population af molekyler eller celler eller mænd for at nævne nogle af de almindeligste størrelser.
- 3) at kræve *værdifrihed* eller *værdineutralitet* i arbejdsprocessen. Dette krav er ofte påvist at være illusorisk, specielt når det drejer sig om valg af arbejdsobjekt og -metode. Men også når det drejer sig om den måde hvorpå de opnåede kvantiteter fortolkes – tænk bare på hvad naturvidenskabsmænd inden for lægestanden har konkluderet om kvinders hjerne og kvinders egnethed til dit og dat med udgangspunkt i de fundne kvantitative data (3, 4). Den slags "værdineutrale" mandlige konklusioner og ræsonnementer (fulde af værdidomme) blomstrer livligt videre i dagens naturvidenskab
- 4) i forlængelse af det værdineutrale at være *objektiv*; disse to ord betegner ikke det samme. Det objektive i naturvidenskabelig forskning henfører snarere til, at det undersøgte er objekt for ens studier, mens subjektet, videnskabsmanden, holder sig selv helt udenfor og ikke i sine observationer lader sig påvirke af objektet eller af tidligere erfaringer eller af noget andet, og heller ikke påvirker objektet. På den måde skulle resultater blive reproducerbare.

Vi ved at objektivitet principielt ikke er mulig. Helt absurd bliver det, når lægens egne subjektive sanseindtryk og vurderinger overfor en patient kaldes for "objektiv undersøgelse". Den er selvfølgelig ikke objektiv. Patienten er undersøgelsesobjekt, så det kunne hedde "undersøgelse af objektet". Patienten er altså ikke en samarbejdende person, og slet ikke en person, man tør stole på, subjektiv som vedkommende forudsættes at være. Den objektive læge ved bedst, hvordan patienten har det.

- 5) at anvende sig af metoderne *beskrivelse* og *inddeling* eller blot at skaffe nye facts på bordet, uden at dette ændrer vor forståelse af noget som helst. Det er rare metoder, der ikke bringer forstyrrende forståelse ind i billedet, men tværtimod holder sig til det distancerende objektive og værdineutrale. Beskrivelse og inddeling af sygdomme i eksempelvis kirurgiske og medicinske sygdomme bidrager ikke i ringeste grad til vor forståelse af disse sygdommes natur, og er heller ikke en konsekvens af en sådan forståelse, men en helt neutral beskrivelse ud fra den praksis, som tilfældigvis gælder i øjeblikket.

Kræftsygdommen deles op i en mængde sygdomme. Kræft er mange sygdomme, siger man, alt efter det organ, som det sidder i, med mere. Jeg kunne godt tænke mig, foreløbig som et tankeeksperiment, at alle sygdomme kunne falde ind under een af kun fine kategorier: 1) De proliferative sygdomme, 2) de degenerative sygdomme 3) de immunologiske (herunder inflammatoriske) sygdomme og 4) traumer. Man kunne da prøve om en sådan enkel inddeling ville give en bedre forståelsesramme og en større overskuelighed af sygdommene.

- 6) at arbejde *atomistisk*. Dvs. at *isolere fænomener fra sammenhængen* (og patienten fra sit miljø). Dette giver mere og mere indsnævrede fagområder, hvilket kaldes *specialisering*. Helhedsperspektivet på mennesket, på samfundet, på jorden og samspillet herimellem hæmmes jo større specialiseringen er. Jo mere specialiseret ens vidensområde er, des større områder ligger uden for, og de kan man af gode grunde ikke tage faglig stilling til. Specialiseringen kan gå så

.....
Ju mer specialiserat området för ens vetande är, dess större områden ligger utanför och dem kan man ju på goda grunder inte ta fackmässig ställning till

vidt, som jeg feks har oplevet det på min egen institution, at en kollega om sit arbejdsområde påstod, at det var så specialiseret, at der kun var een mand i hele verden (foruden ham selv), der forstod sig på det og derfor var værdig til at være opponent på hans disputats. Det var han stolt af. Man kan i denne forbindelse godt spekulere lidt på, hvad nytte man kan have af forskning, som kun 2 mænd i hele verden forstår sig på, men det skal jeg undlade i denne forbindelse. Denne specialiseringstendens fostrer såkaldte eksperter med stedse mere snævert fagligt perspektiv – og dette er foruden værdineutraliteten blandt andet medvirkende til forskerens ansvarsfrihed, som han ofte påberåber sig.

- 7) at den udføres uden ansvar for helheden, samfundet. *Forskerens ansvarsfrihed* betones af ham selv. Hvor ofte hører man ikke udtalelser som "Forskningen eller udviklingen kan ikke standses. Hvis ikke jeg laver dette, er der bare en anden, som gør det". "Forskningen er hverken god eller ond; det er anvendelsen af forskningen, som kan være god eller ond. Og det har vi forskere intet med at gøre – det er politikernes sag". Opfindelsen af atombomben var ifølge disse gængse ræsonnementer hverken god eller dårlig; anvendelsen af bomben var måske mindre heldig, men det var jo politikernes afgørelse. Forskeren vasker sine hænder. I den kliniske lægeverden oplever man ofte, at når noget er gået galt, eller der er opstået et problem, satses der ikke på at opklare, hvad der er løbet af sporet eller på at løse problemet. Alle kræfter vies til at vise, at man i hvert fald ikke selv havde ansvar for det, der gik galt eller for problemets opståen.
- 8) at værdsætte *grundforskningen* højest. Grundforskningen tilfredsstiller videnskabsmandens

Vad som är tekniskt möjligt skall också prövas, antingen det är behov av det eller ej

private nysgerrighed og samler ny viden for denne videns egen skyld. Om den kan anvendes til gavn for mennesker er underordnet. Foruden at tilfredsstille forskerens forskningstrang eller nysgerrighed tilfredsstiller grundforskning også hans prestige, da grundforskning er mest meriterende. Ret beset har grundforskning i dag det formål at meritere grundforskeren. Ud fra den synsvinkel kan man godt opfatte den som målforskning!

- 9) at være meget *teknologisk præget*. Hvad der er teknisk muligt skal også prøves, enten der er behov for det eller ej; man kan jo, som det siges ikke standse forskningen eller udviklingen. Denne indstilling forbruger enorme ressourcer med ringe nyttevirkning. Eksempler er reagensglasbørn og hjertetransplantationer, som er meget ressourcekrævende og til gavn for ganske få. En anden konsekvens af den teknologiserede forskning er et teknologiseret hospitalsmiljø, som fremmedgør patienterne, fremkalder angst og nedsætter trivsel.

De teknologiske indfaldsvinkler til menneskelige problemers (sygdommes) løsning har eftertrykkeligt vist sig at være for snæver for at gode behandlingsresultater kan opnås, for der ses i denne sammenhæng bort fra de komplekse menneskelige sammenhænge vi lever i, dvs psykiske, eksistentielle og sociale faktorer. Skønt lægerne selv og pressen ofte opreklamerer lægevidenskabens resultater, er det dog en kendsgerning at behandlingsresultaterne for vore store folkesygdomme: nedslidning, nervøse sygdomme, hjerte-karlidelser, kræft og ulykker er særdeles beskedne. Moderne lægevidenskab er ingen succes.

- 10) i sit indhold især at beskæftige sig med *diagnose* og *behandling*, især hvor teknologien kan finde anvendelse på den menneskelige krop. Sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, der kræver tværfagligt helhedssyn på problemerne

og ikke tekniske finesser nyder derimod ikke større anseelse og tiltrækker sig ikke megen opmærksomhed.

Der har været en ansats fra sundhedsmyndighedernes side i Danmark at ville opprioritere profylaksen (5). I den forbindelse vil jeg advare imod visse forskeres misbrug af ordet profylakse, f.eks. profylakse mod livmoderhalskræft ved hjælp af folkeundersøgelser (screening), der intet har med forebyggelse af gøre; man lader uhindret kvinderne få sygdommen og gør sig ingen anstrengelser for at fjerne de sygdomsfremkaldende agens, men satser på at diagnosticere sygdommen tidligt i forløbet for at instituere en tidlig behandling; og diagnose og behandling bør ikke kaldes profylakse, selv om det sker tidligt i et forløb. Det samme misbrug af ordet profylakse kan konstateres, når en professor i obstetrik og gynækologi ved Rigshospitalet i København taler om forebyggelige sygdomme ved hjælp af fosterdiagnostik; i dette tilfælde "forebygges" sygdommen ved at man dræber det sygdomsramte individ, dvs fjerner det ved abort

Sygdomsforebyggelse er at hindre sygdom i at opstå (6).

- 11) kun at give erfaringer lille plads i det videnskabelige univers. De videnskabelige resultater tolkes ofte på en abstrakt måde løsrevet fra hverdagens erfaringsverden.
- 12) at den er *androcentrisk*, dvs at den tager udgangspunkt i mandens tydningsunivers, dvs hans tænkemåde og hans interesser. Manden og hans forestillinger er blevet *normgivende*. Det, som ikke er i overensstemmelse med normerne er naturligvis afvigende, og derved bliver kvinden som sådan og hendes psykiske og somatiske funktioner ofte beskrevet som afvigelser. Også *sundhedsnormen* er defineret ud fra

De vetenskapliga resultaten tolkas ofta på ett abstrakt sätt lösgjort från vardagens erfarenhetsvärld

.....
Då mannen uppfattar sig själv som stabil, blir detta det normala; och då kvinnan psykiskt och fysiskt ändrar sig cykliskt – liksom naturen i övrigt gör – blir detta uppfattat som avvikande och därmed mindre bra
.....

mandlige præmisser. Da manden opfatter sig selv som stabil, bliver dette det normale; og da kvinden psykisk og fysisk ændrer sig cyklisk – ligesom naturen iøvrigt gør det – bliver dette opfattet som afvigende og dermed mindre godt.

Hermed er der gjort rede for de vigtigste karakteristika ved moderne lægevidenskabelig forskning. For at fuldende billedet skal også selve forskningsmiljøet eller forskningsklimaet omtales.

Forskningsmiljøet

Moderne lægevidenskabelig forskning foregår rent fysisk i et højteknologisk miljø. Psykisk og socialt er det karakteriseret ved at være *konkurrence- og prestigepræget*. Eget værd fremhæves på andres bekostning. Det gælder om at være *først og størst*. Prioritet rangerer højere end bonitet, og mængden af publikationer er alt afgørende.

Forældelsesfristen for data er kort; få år efter publikationen af videnskabelige resultater er de forældede og afløst af nye. Dette stressede kapløb fortsætter med øget hast. Antallet af publikationer internationalt stiger hurtigt. Man kan tale om en informationsforurening, for ingen har tid til at læse informationerne endsige inkorporere dem i en helhedsopfattelse. Specialister kan end ikke nå at følge med inden for deres eget område. Denne tendens øver også sin uheldige indflydelse på det medicinske studium, der blandt andet lider af en "overload af facts", en jungle af informationer, som bliver mere og mere vanskelig at håndtere, og som splitter studiet op i en række discipliner og specialer uden ret megen forbindelse med hinanden.

Kvantitering og sammenligning er som sagt fremherskende elementer i lægevidenskabelig forskning. Lægers hverdag i øvrigt beherskes også i vid udstrækning af kvantitering og sammenligning, det gør i-landenes kultur i det hele taget. Kvinder beskrives

derfor som mindre end mænd, kvinder har mindre hjerne end mænd, kvinder er mindre stabile end mænd, og kvinder har mindre muskelkraft end mænd, idet den 70 kg tunge mand er normen, simpelthen. I tilfælde hvor kvinder har vist sig bedre end mænd, f.eks. som chauffører i biltrafikken, går man let hen over det, eller det forties slet og ret. Hvor kvinders fingerfærdighed er bedre end mænds, skal man ikke forvente at de belønnes for det. Syning i tekstilindustri og nittearbejde i radio, TV og anden elektronikindustri er lavtlønnede områder. Hvor kvinder på grund af erfaring hurtigt kommer frem til rigtigt resultat tales der om "kvindelig intuition", noget, man aldeles ikke tør stole på. Hvor kvinder viser *større ansvar og omsorg for liv*, natur, medmennesker incl. de svage, udnytter man blot kynisk dette uden vederlag eller anden anerkendelse. I den mandsdomerede verden regnes det kun som handicaps i den professionelle meritering, og det gør kvindens særlige reproduktive egenskaber også.

Lægevidenskaben er idag kommet så langt bort fra sine oprindelige intentioner, at vi oplever at patienter ofte er til for videnskabens skyld, og ikke omvendt. Kvinder kan ikke vælge den for dem bedste behandling for brystkræft, men må via deltagelse i lodtrækningsprogrammer ind i et tilfældigt valgt behandlingsregime. I en psykiatrisk hospitalsafdeling i København er en kvindelig patient, som jeg kender, blevet tvunget til at få taget lumbalpunktur for proteinbestemmelse i spinalvæske, uden at det på nogen måde gavner hende selv m.h.t. diagnose, behandling, prognose eller noget andet; det gavner kun professorens forskningsprogram. Indvilligede hun ikke, var hun ikke samarbejdsvillig, og så kunne man desværre ikke hjælpe hende – hvorpå hun "frivilligt" dvs modstræbende indvilligede.

Kvinder, som ønsker hjemmefødsel udråbes af en mandlig professor til at være usolidariske med de af deres medsøstre, som er bedst tjent med hospitalsfødsel. Det samme gælder de kvinder, der ikke går ind for fostervandsprøver.

Det skal retfærdigvis siges, at der naturligvis er opnået resultater ved den etablerede lægevidenskabelige forskning, omend ikke så mange som læger og pressen vil give det udsende af; de fleste store

.....
Detta kommer inte bara vara till gagn för kvinnorna själva utan också för samhället som helhet
.....

resultater ligger lige henne om hjørnet – og det har de altid gjort. Det fremgår af ovenstående analyse, at der imidlertid er adskillige anstødsstene, ikke mindst for kvindelige forskere.

Medicinsk kvindeforskning

Medicinsk kvindeforskning opstod som en reaktion på de nævnte forhold, en *protest*, ja ligefrem et *oprør*. Når dette lod sig gøre, mener jeg, at det i stor udstrækning skyldtes de mange initiativer fra kvindeside på hele den kulturelle front i den periode; tilsammen udgjorde de en bevægelse, som ved sin blotte eksistens betød opbakning af det enkelte initiativ og gav dette større dristighed.

Kvindeforskningen i bred betydning kom først, og så viste medicinsk kvindeforskning sig på skuepladsen; det skete i Danmark i 1979.

Hvad er så kvindeforskning og medicinsk kvindeforskning? Vi har forsøgt at udtrykke det således: Kvindeforskning beskæftiger sig med udforskning af kvindens totale situation. Den udføres fortrinsvis af kvindelige forskere. Formålet med kvindeforskning er gennem indsamling af forskningsresultater om kvinders livsforhold at bidrage til at frigøre hende fra de snærende bånd som tradition, ritualer, magtforhold og ensidigt tolkede forskningsresultater har lagt på hende. Dermed vil kvinders skabende kraft, udfoldelsesmuligheder og ressourcer i det hele taget kunne frigøres. Dette vil ikke blot være til gavn for kvinderne selv, men også for samfundet som helhed, som efter vor opfattelse i høj grad har brug for det kvindelige potentielle til løsning af dets problemer.

Medicinsk kvindeforskning dækker den medicinske del af dette virkefelt. Det indgår i et bredt tværfagligt samarbejde med andre fagområder indenfor kvindeforskningen.

Medicinsk kvindeforskning har således et veldefineret formål, og må derfor betegnes som målforskning (i modsætning til grundforskning). Grund-

forskning har ikke noget defineret formål andet end at indsamle data. Om disse data kan anvendes, og i påkommende tilfælde til hvilket formål, interesserer ikke grundforskeren.

Medicinske kvindeforskere arbejder ikke for at opmagasinere videnskabelige data til ingen nytte, vi vil at de videnskabelige resultater skal anvendes. Men vel at mærke anvendes til kvinders og andre menneskers bedste. Vi kan derfor ikke kritikløst kaste os over projekter og slænge alle mulige resultater på bordet. Medicinske kvindeforskere må vise ansvarlighed og må nøje overveje konsekvenserne af de videnskabelige anstrengelser. Der er foreløbig nok af destruktive videnskabelige opfindelser i denne verden.

Medicinsk kvindeforskning er ikke et speciale; den er tværfaglig eller tværvidenskabelig. Tværvidenskabelighed er en forudsætning for at kunne anlægge helhedsbetragtninger, og medicinsk kvindeforskning forsøger netop at gribe om større sammenhænge fremfor at koncentrere sig om detaljer. Den er holistisk i sin intention netop for at nå frem til helhedsbetragtninger.

Den tværvidenskabelige indfaldsvinkel er også en forudsætning for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, det magter specialisten ikke. Selv om det endnu ikke direkte er udtrykt som et af medicinsk kvindeforsknings mål, kunne jeg godt forestille mig, at en sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats i nær fremtid kom på programmet.

Medicinsk kvindeforskning er på vej, og det ville være forkert at forvente, at den har fundet sit leje. På nuværende tidspunkt kan man konstatere to tendenser indenfor medicinsk kvindeforskning: den såkaldte "elendighedsforskning", der påviser nedværdigende eller uretfærdige forhold for kvinder, og den såkaldte "værdighedsforskning", der mere hæfter sig ved kvinders oversete eller skjulte evner og ressourcer.

Det er i øjeblikket ikke let yderligere at karakterisere medicinsk kvindeforskning i videnskabsteore-

.....
Medicinsk kvinnoforskning är inte en specialitet, den är tvärfacklig eller tvärvetenskaplig
.....

.....
Medicinsk kvindeforskning skall inte avgränsas så som det är brukligt att sätta i bås och säga vad saker är och inte är
.....

tisk henseende. At opstille et paradigme for kvindeforskningen er ikke muligt, og efter min opfattelse er det heller ikke ønskeligt. Hvis vi nemlig afstikker de metoder, hvorefter kvindeforskningen skal foregå, forudsiger jeg mange unødige diskussioner i fremtiden om dette og hint nu er kvindeforskning eller ej. Jeg tror vi gør klogt i at holde på, at i den udstrækning forskningen foregår i overensstemmelse med det ovenfor karakteriserede formål, dvs at frigøre kvinder og deres ressourcer, så er der tale om kvindeforskning. Dette giver os ikke nogen anvisning på hvordan man driver kvindeforskning, det må der tages stilling til i det enkelte konkrete tilfælde. Til gengæld giver det os kvindeforskere en kolosal frihed til bl.a. at vælge metoder. I nogle aktuelle tilfælde i Danmark har det været nødvendigt delvis at anvende helt konventionelle veletablerede problemstillinger og metoder i medicinsk kvindeforskning for overhovedet at opnå økonomisk støtte til projekter; indeholder projekterne derudover nogle intentioner i overensstemmelse med det beskrevne formål, må det naturligvis betegnes som medicinsk kvindeforskning. Det skal da også understreges at anvendelsen af traditionelle forskningsmetoder kan være helt relevant.

Jeg mener altså ikke at medicinsk kvindeforskning skal afgrænses, sådan som det er skik og brug at sætte i bås og sige hvad ting er og ikke er. Jeg mener vi står os ved at være at være åbne, at have åbne grænser og give os selv frihed til at undersøge hvad som helst på hvilken som helst måde som måtte vise sig formålstjenlig. Og hele tiden huske, at der er os, der bestemmer, hvad kvindeforskning er. *Medicinsk kvindeforskning er hvad vi gør den til.*

Hvad gør vi så medicinsk kvindeforskning til? Det bliver nok sådan, at kvalitative aspekter får en større plads i forskningen, på de kvantitative aspekters bekostning. Det er en helt nødvendig udvikling, såfremt man ønsker *kvalitativ nytænkning*.

Og nytænkning ønsker vi bl.a. baseret på kvindeerfaringer – heri ligger blandt andet oprøret. Den udstrakte *frihed*, som jeg tror kvindeforskningen vil benytte sig af, specielt på det metodologiske område, bør følges af et *ansvar*. Medicinske kvindeforskere tilslutter sig ikke videnskabsmandens objektive værdineutrale holdning, der legitimerer ansvarsfrihed overfor resultaternes anvendelse. Jeg mener, at vi må påtage os et ansvar for anvendelsen af vore videnskabelige resultater, sådan at den bliver i overensstemmelse med naturen, herunder menneskenaturen. Får vi frigiort kvinders muligheder og ressourcer er der måske en chance for at bringe udviklingen på alle områder henimod en ligevægt i overensstemmelse med naturens urgamle urokkeliøge love og dermed give menneskeheden, som er en del af naturen, mulighed for at overleve.

REFERENSER

1. I Nielsines fodspor. Kvindelige læger gennem 100 år. Munksgaards forlag, 1984.
2. Kuhn, Th. S: The structure of scientific revolutions. Chicago, 1962.
3. Möbius, P. J.: Om kvindens fysiologiske svagsind. Tillge's forlag, København, 1910.
4. Anonymus. Det medicinske studium og kvinderne. Ugeskrift for læger, 4RK, XVIII, 1888, 635–638.
5. Prioritering i sundhedsvæsenet. Indenrigsministeriets betænkning nr. 809, København, 1977.
6. Borum, Kirstine, Andreassen, Rinette B: Forebyggelse af livmoderhalskræft. Nordisk Medicin 96: 250–252; 1981.