

## Genusvetenskapens inomvetenskapliga utveckling inom medicinen

Trots att genusforskningen mött starkt motstånd har den långsamt fått fotfäste inom den akademiska medicinen. Detta har möjliggjorts genom samverkan mellan nätverk av genusforskare och politiska insatser. ANNE HAMMARSTRÖM

Min artikel ska analysera institutionaliseringen av genusvetenskap inom medicinen i Sverige, det vill säga hur kvinno/genusforskningen<sup>1</sup> sedan början av 1980-talet långsamt har funnit fotfäste inom den akademiska medicinen. I fokus för min analys står det motstånd som kvinno/genusforskningen har mött, förutsättningarna för att bemästra motståndet, den akademiska medicinens makt att definiera samt vilka lärdomar vi kan dra inför framtiden. Genusvetenskapens institutionalisering analyseras på tre olika arenor: nätverksarenan av genusforskare, den statliga arenan samt den akademiska medicinens arena.

Ett centralt tema är hur maktperspektivet inom genusforskningen antingen motarbetats eller kunnat utvecklas. Vilket motstånd har vi som kvinno/genusforskare mött, och vilka lärdomar kan vi dra inför framtiden?

Forskningen om kön som social kategori och strukturerande princip inom framför allt humaniora och samhällsvetenskap utvecklades i vårt land till ett eget vetenskapligt fält under 1970- och 80-talen. I denna utvecklingsprocess kan två teoriskapande utvecklingslinjer identifieras (Göransson 1989): den tvärvetenskapliga teoriutvecklingen, som

framför allt har bedrivits i samarbete med forskare vid kvinnovetenskapliga fora runt om i landet, och den mer ämnesspecifika kunskapsutvecklingen som pågår inom våra respektive fadersämnen. Anita Göransson skriver redan i slutet av 1980-talet att den dubbla strategin (det vill säga att kvinno/genusforskningen måste vidareutvecklas genom både särorganisation via kvinnovetenskapliga fora och integrering med våra ämnesdiscipliner) måste fortgå, samtidigt som hon argumenterar för att den ämnesmässiga utvecklingen behöver prioriteras.

Det är också den ämnesmässiga utvecklingen som står i fokus för min artikel. Medicin utgör ett brett område som förutom läkarvetenskapen också omfattar omvårdnad, fysioterapi, odontologi, arbetsterapi med mera. Mitt fokus ligger på genusutvecklingen inom läkarvetenskapen eftersom den var tidigast ute och eftersom jag känner till den bäst. När jag talar om medicinen är det alltså i huvudsak läkarvetenskapen jag menar. Artikeln har ett inifrånperspektiv i den bemärkelsen att jag själv har befunnit mig i den process som jag skriver om. Fördelen med detta är att jag är väl insatt i området, medan nackdelen kan vara att beskrivningen är färgad av mina erfarenheter och tolkningar.

Som bakgrund ska jag först genom en kortfattad historisk exposé över medicinen som institution lyfta fram några av de villkor och regler som denna institution har utvecklat för att acceptera andra i kretsen.

#### **Medicinen som institution**

Dagens medicin har sina rötter i två traditioner: den akademiska medicinen (som ligger kyrkan nära) och den praktiska kirurgin (som ligger krigsmakten nära) (Gustafsson 1987). När medicinerna och fältskärerna på 1680-talet kom ut ur sin första strid hade ett

mönster utkristalliserats som skulle stå sig långt fram i tiden: medicinerna hade med sin universitetsutbildning kontroll över alla yrkeskategorier inom sjukvården, medan fältskärerna, med sin anknytning till krigsmaktens behov och skråtraditioner, fortsatte sin praktiskt inriktade verksamhet utan vetenskaplig grund. Medicinerna fick inte befatta sig med fältskärernas kirurgiska verksamhet, och det fanns ett ömsesidigt förakt mellan dessa professioner. Delar av den medicinska praktiken har således historiskt sett bristande vetenskaplig anknytning. Denna brist kan märkas än idag inom vissa delar av den medicinska forskningen liksom inom vissa delar av läkarutbildningen. Den kliniska verksamheten har traditionellt varit baserad på *trial and error* snarare än på evidensbaserad vetenskap. Jämfört med andra akademiska utbildningar på motsvarande nivåer har läkarutbildningen länge varit i avsaknad av vetenskapsteoretisk skolning, forskningsförberedelser och analytiska förhållningssätt. Den medicinska utbildningen har kritiserats för att alltjämt domineras av idéer från 1600-talets kartesianism, när det gäller särskiljandet mellan kropp och själ (Burger 2001). Denna uppdelning har underlättat för positivismens särställning inom medicinen,<sup>2</sup> exempelvis när Flexnerrapporten år 1910 i USA presenterade riktlinjer för hur positivistiska tänkesätt skulle genomsyra läkarutbildningen (Berliner 1975).

Det börjar dock hända en hel del i vårt land när det gäller läkarutbildningen, och därmed öppnas möjligheterna för en vetenskapsteoretisk diskussion som kan underlätta introducerandet av ett genusperspektiv. Linköpings universitet var först ut med att introducera ett mer integrerat helhetsperspektiv med hjälp av studentaktiverande inläring, och arbetssättet har sedan spridit sig till flera

av de medicinska lärosätena i landet. I utbildningsplanen för den nya läkarutbildningen vid Umeå universitet framhävs också betydelsen av att integrera ett köns/genusperspektiv (avseende hälsa och sjukdom, mötet mellan läkare och patienter liksom beträffande relationerna mellan medlemmar i team på arbetsplatserna) i hela läkarutbildningen. På sikt borde genusforskningen kunna bidra till att den dominerande kunskapssynen börjar problematiseras inom läkarutbildningen.

#### **Motstånd mot kvinno/genusforskningen**

Kvinnogenusforskare har sedan starten i början av 1980-talet mött ett starkt motstånd inom medicinen – liksom kvinnor runt förra sekelskiftet gjorde när de ville utbilda sig till läkare. Den första kvinnliga läkaren, Karolina Widerström, utexaminerades år 1888, men kvinnliga läkare fick inte formellt tillgång till högre ämbeten förrän 1923 (Ohlander 1988). Den första kvinnliga professorn i Sverige (Nanna Svartz vid Karolinska institutet) blev inte utnämnd förrän 1937. Alltjämt är enbart 12 procent av alla professorer vid medicinska fakulteter i vårt land kvinnor.

Vad kan motståndet inom medicinen mot kvinnor och kvinno/genusforskare förklaras av? Tre huvudförklaringar kan identifieras. Den första har att göra med ämnets hierarkiska struktur. Som visats ovan finns det historiskt sett starka band mellan medicinen och två tunga patriarkala strukturer – kyrkan och krigsmakten. Medicinen domineras av militära begrepp såsom division, stab, aggressiv (terapi), offensiv, defensiv, försvar, attack. Den medicinska forskningen och praktiken av idag är alltjämt genomsyrade av hierarkiska strukturer även om dagens samhälle ställer krav på vården i fråga om en plattare organisationsstruktur. Läkargruppen inom sjukhusen är alltjämt inordnad i sju nivåer: chefs-

överläkare, överläkare, biträdande överläkare, avdelningsläkare, underläkare, ST-läkare (läkare under specialistutbildningen) och AT-läkare (läkare under allmäntjänstgöring), medan primärvården har tre nivåer. Ibland finns även läkarkandidater som ytterligare en lägre nivå. Medicinen styrs i stor utsträckning av män: Trots att andelen kvinnliga läkare har ökat till närmare 40 procent, utgör kvinnor (Sveriges läkarförbund 2001) endast 23 procent av chefsöverläkarna (Kerstin Johansson, Läkarförbundet, personlig uppgift 2001). Det finns dessutom en horisontell könssegregering som återspeglar disciplinernas status: Högst status har de kirurgiska specialiteterna (Ekström och Parmander 1996) där andelen kvinnor varierar mellan 8 och 12 procent (Sveriges läkarförbund 2001). Lägst status har geriatrik, rehabiliteringsmedicin och psykiatri (Ekström och Parmander 1996), där andelen kvinnor varierar mellan 48 och 60 procent (Sveriges läkarförbund 2001). Om genusforskningen överhuvudtaget hade rankats i denna undersökning hade dess plats varit allra längst ner på statusskalan.

Den andra förklaringen till motståndet mot kvinno/genusforskningen har att göra med positivismens ställning. I dagens medicinska system är naturvetenskap och positivism självklara utgångspunkter, till skillnad från den mer romantiska tradition som dominerade under början av 1800-talet. Naturvetenskapliga forskare uppfattar ofta själva inte att de arbetar utifrån någon teori, utan upplever de positivistiska synsätten som genomsyrar deras forskning som värdeneutrala och objektiva betraktelsesätt. Därigenom blir teorier ofta inte synliga förrän de är icke-positivistiska och kritiserats då för att vara ovetenskapliga. Det finns förstås också fördelar med den naturvetenskapliga och

positivistiskt inriktade medicinska forskning – även för en genusforskare, vilket bland annat beskrivs av Ann Oakley i hennes omfattande bok om kunskapens ideologi och historia (2000). Hon argumenterar där mot den starka åtskillnad som görs mellan kvalitativ och kvantitativ forskning. Det jag kritiserar är den monopolställning som positivismen intar inom dagens medicin, på bekostnad av andra synsätt. Denna monopolställning kan också leda till att det uppstår en konflikt i den kliniska praktiken, till exempel då (kvinnliga) patienter uttrycker symptom som inte stämmer överens med de "objektiva" tecken som läkaren letar efter (Hammarström 1997). Norsk medicinsk kvinnoforskning har i omfattande empirisk och teorigenererande forskning problematiserat läkarens så kallade kliniska blick som en social konstruktion av medicinsk kunskap (Malterud 1996). Fostrad till överordning i en positivistisk skola tar sig läkaren makten att definiera diagnoser, oberoende av patienters upplevelser.



"Det finnes ikke noe slikt symptom, fru Hansen."

© Punch

En tredje förklaring till motståndet står att finna i biologisk essentialism. Genom historien har medicinen och forskningen om biologiska skillnader mellan kvinnor och män

använts för att förklara och motivera sociala fenomen, till exempel att kvinnor inte har haft samma rättigheter i samhället som män (Hamberg 2000). Medicinen har använts som ett politiskt maktmedel för att hålla kvinnor på plats. Karin Johannisson (1994) visar i sin bok *Den mörka kontinenten* hur kvinnors sjuklighet konstruerades under åren kring sekelskiftet 1900. Av berättelserna framgår att förutom kön också social tillhörighet hade betydelse för sjukligheten. Det var kvinnor från medelklassen och överklassen som betraktades som svaga, ömtåliga och sjukliga medan arbetarklasskvinnorna, trots hårda arbetsbördor och sämre livsvillkor, inte blev föremål för sjukdomskonstruktioner utan i stället uppfattades som starka men farliga och smittsamma. Synen på över- och medelklasskvinnan fick tolkningsföreträde och kom att utgöra den dominerande diskursen inom vetenskap, utbildningssystem och samhälle. Denna borgerliga ideologi stod för den traditionella synen på manligt och kvinnligt; kvinnans natur var känslor och omsorg, mannens styrka och förnuft.

De medicinska och biologiska vetenskaperna var på stark frammarsch under denna tid. Samtidigt växte sig kvinnorörelsen stark. Kvinnor organiserade sig, höll offentliga tal, publicerade tidskrifter med mera. Rörelsen fokuserade framför allt ekonomiska rättigheter och rätt till utbildning men även moraliska och politiska frågor såsom prostitution och rösträtt. Genom att utmana familjen som samhällets fundament och kvinnors roll som föderskor och fostrare av kommande generationer tycktes kvinnofrigörelsen hota samhällets fundament.

Försvararna av den patriarkala ordningen fann sitt vassaste vapen i den biologiskt inriktade vetenskapen, som också växte till att bli en allt större maktfaktor. Under det sena

1800-talet utvecklades den medicinska vetenskapen i biologins tecken, darwinismen gjorde sitt intåg med budskapet om det naturliga urvalet och den bäst anpassades överlevnad. Detta ledde till en ödesdiger perspektivförskjutning till förmån för ett förstärkt biologiskt särartstänkande, där ärftliga skillnader mellan människor stod i fokus. Medicinen biologiserades och en patologisering av kvinnor skedde, det vill säga egenskaper och beteenden sjukförklarades trots att de lika väl kunde uppfattas som normala. De kvinnor som inte ville underordna sig en traditionell kvinnoroll riskerade att sjukliggöras samt att hospitaliseras på mentalsjukhus. En bred våg av medikalisering svepte fram över kvinnor, barn, kriminella och sexuellt avvikande personer. Medicinen, det vill säga läkarna, fick makt att bedöma, namnge, och behandla och det var framför allt ras och kön som stod i fokus.

Under 1800-talet fick biologin och den medicinska vetenskapen således en allt starkare ställning, och den medicinska världsbilden användes för att förklara samhällsfenomen. Samtidigt som välfärdsstaten växte fram grep statsmakterna in i medborgarnas privatliv vad gällde kraven på att upprätthålla en god hälsa i samhället (Björkman 2001). Denna disciplinering av människor har kritiserats av bland andra Foucault (1980, 1987). Han menar att i modern tid har visserligen humanistiska värden fått en starkare ställning i samhället, men det har inte fått till följd att statens kontrollbehov av medborgarna har minskat – tvärtom. I Sverige kan tvångsvården ses i ljuset av Foucaults disciplinerings-teorier (Björkman 2001), exempelvis när det gäller tvångssteriliseringar av kvinnor som pågick in på 1970-talet och lobotomier (det vill säga avskärning av nervbanorna till frontalloberna), vilka utfördes i syfte att få

besvärliga patienter (läs kvinnor) mer medgörliga och lätthanterade.

Medicinens konservativa synsätt har kunnat bevaras genom att den medicinska forskningen lever i relativ vetenskapsteoretisk isolering, genom stark kollegialitet samt framför allt genom sin maktställning i vårt samhälle. Medicinen är en maktfaktor som tar sig själv rätten att definiera vad som är vetenskap och vad som är tyckande eller politik.

Denna bakgrundsbeskrivning är nödvändig för att förstå de kraftfulla reaktioner och den aggression som har mött medicinska kvinno/genusforskare sedan början av 1980-talet. I det följande ska jag i några exempel illustrera detta motstånd samtidigt som den medicinska genusforskningens utveckling på tre arenor lyfts fram: nätverksarenan, den statliga arenan samt den akademiska medicinens arena.

#### **Nätverksarenan**

Kvinno/genusforskningen inom medicinen har utvecklats i Sverige sedan början av 1980-talet i nära tvärvetenskapligt samarbete med forskare vid kvinnovetenskapliga fora runt om i landet. Genusvetenskapen är alltså inte något nytt område inom medicinen. Att genusforskningen inte har utvecklats lika långt teoretiskt inom medicinen som inom andra discipliner beror dels på att den har varit mer empiriskt inriktad än annan genusforskning (Malterud 2002), dels på det mot-hugg som vår forskning och verksamhet har mött och alltjämt möter, vilket medfört att få personer har kunnat arbeta inom ämnet.

Arbetsgruppen för medicinsk kvinno-forskning i Sverige bildades 1983 i samband med den första nordiska konferensen i medicinsk kvinnoforskning i Norge. Dess ursprungliga syfte var att genomföra den andra nordiska konferensen inom ämnet. Gruppen

bestod från början av sex praktiskt verksamma läkare med intresse och engagemang för kvinnoforskning, och utvidgades under 1980-talet till att omfatta ett tiotal medicinska kvinnoforskare runt om i landet.<sup>3</sup> Kännetecknande för arbetssättet var ett informellt organiserat nätverk, med sekretariat vid Karolinska institutets fältstation i Luleå (Carlstedt och Forssén 1996). Ingen av medlemmarna hade några egentliga möjligheter att utveckla kvinnoforskning på betald arbetstid, men några kunde sätta av ett antal månader av sitt ordinarie arbete och resten fick ske på kvällar och helger. Med basen i en utlokaliserad forskningsenhet och med förgreningar ut till arbetsplatser runt om i landet, befann sig arbetsgruppens medlemmar långt från akademiens högsäte, vilket gav friare tyglar att utveckla och styra forskningen. Detta medförde att arbetsgruppen aktivt kunde arbeta för att bygga upp kunskapen inom området, och nedan följer några exempel på vad gruppen gjorde.

Två nordiska konferenser i medicinsk kvinnoforskning anordnades: den första hölls i Sigtuna 1984 (Carlstedt och Forssén 1985) och den andra i Holmsund 1993 (Hamberg et al. 1994). Förutom konferensen "Könsperspektiv i medicinsk forskning", som anordnades 1999 av Forskningsrådsnämnden (i samarbete med Medicinska forskningsrådet och Nationella sekretariatet för genusforskning), är dessa de enda större konferenser som har hållits i ämnet i Sverige.

Arbetsgruppens medlemmar tog initiativ till och redigerade med utgångspunkt i sin forskning flera temanummer av tidskrifter. Så redigerades två temanummer av *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, det första redan 1980 (nr 4) om kvinnor och medicinsk forskning och det andra 1989 (nr 1) om kvinnors liv och hälsa. Två specialnummer har även redi-

gerats av *Socialmedicinsk tidskrift*; det första hade fokus på kvinnohälsans praktik och forskning (Bexell et al. 1985) med artiklar baserade på föredrag från Sigtunakonferensen 1984. Det andra handlade om feministiska perspektiv inom medicin och vård, med fokus på kvinnors underordning, livsvillkor och hälsa samt möten inom vården (Hamberg et al. 1998). Det femte specialnumret blev internationellt och fick en feministisk inriktning. Det redigerades i *Scandinavian Journal of Public Health* (Hammarström 1999).

Arbetsgruppen var också aktiv i olika debatter, exempelvis i *Läkartidningen*, där den första medicinska avhandlingen i vårt land inom området kvinnomisshandel (Bergman 1987) kritiserades för att leta personlighetsdefekter bland de misshandlade kvinnorna och för att därigenom skuldbelägga offret för misshandeln (Aldén et al. 1988). I en kursannons i *Läkartidningen* ifrågasattes användandet av ordet "klimakterietanten" (Bexell et al. 1993), vilket ledde till en ursäkt från kursledningens sida. Kvinnodiskriminerande reklam i samband med klimakteriet ("hormonerna hjälper kvinnan behålla sin kvinnlighet") kritiserades (Carlstedt et al. 1994). Även i *Dagens Nyheter* fördes en debatt som handlade om riskerna med sjukliggörandet av klimakteriet (Bexell et al. 1988).

En upprörd diskussion uppstod när jag tillsammans med några andra medlemmar i arbetsgruppen problematiserade maktperspektiven inom medicinsk forskning och kritiserade den manliga normens primat. Debatten tog sin utgångspunkt i ett landstingsbaserat interventionsprojekt, och tillika avhandlingsarbete vid en medicinsk fakultet, som startades i en mellanstor svensk stad i mitten av 1980-talet, där alla kvinnor och män i åldrarna 30–59 år skulle ingå i en bred screening av vad som ansågs vara generella riskfaktorer

för hjärt-kärlsjukdomar (kolesterol, systoliskt blodtryck, rökning, vikt, ärftlighet) (Gran 1987). Varje deltagare fick efter undersökningen ett hälsokort, med en statistisk beräkning av deras risk att avlida i hjärtinfarkt. Vid avvikande värden erbjöds deltagarna en hälsointervention. Det arbetsgruppen lyfte fram var att forskningen som rättfärdigade denna etiskt betänkliga intervention baserades på studier som omfattade hundratusentals män men ingen kvinna (Hammarström 1991). Vi hade ordentligt på fötterna när vi förde fram detta budskap. En arbetsgrupp tillsatt av Hjärt-Lungfonden (1988) hade i sina riktlinjer för behandling av förhöjda kolesterolnivåer konstaterat att:

När det gäller kvinnor är kunskaperna särskilt bristfälliga. Interventionsstudier riktade mot denna kategori har överhuvudtaget inte genomförts. [...] Yngre kvinnors riskfaktormönster liknar männens. Hos kvinnor över 50 år är förhöjda triglycerider (ett annat blodfett än kolesterol, förf. anm.) den viktigaste riskfaktorn för hjärtinfarkt, i synnerhet i kombination med övervikt och diabetes.

Dessa rekommendationer stämde väl överens med den ringa nationella och internationella forskning som intresserat sig för kvinnor och hjärt-kärlsjukdomar. Professor Calle Bengtsson och hans forskargrupp var ledande inom ämnet i Sverige, och hade i enlighet med Hjärt-Lungfondens rekommendationer visat att triglycerider utgör en viktigare indikator än kolesterol vad gäller risk för hjärt-kärlsjuklighet bland kvinnor (Bengtsson 1989, Lapidus 1985, Björkelund et al. 2001). Dessutom pågick en debatt internationellt om betydelsen av kön i förhållande till blodfetter som riskfaktor vid hjärt-kärlsjukdomar (Kannel 1987, Crouse 1989).

Trots att vår kritik mot att kvinnor bedömdes enligt forskningsresultat från män

var mycket välgrundad, möttes den av våldsamma reaktioner från det medicinska etablissemanget såsom:

Men att blanda in den diskussionen [om forskningen som har visat att triglycerider är en bättre riskindikator för kvinnor] [...] är felaktigt, oansvarigt och direkt skadligt (såväl för projektet som för de män och kvinnor i Xstad (författarens ändring) som visat sig ha så anmärkningsvärt höga kolesterolvärden jämfört med riksgenomsnittet (Gran 1989).

Av citatet framgår att företrädarna för det medicinska etablissemanget använder olika härskarstrategier såsom förlöjligande, bestraffning och skuldbeläggning. Direkta förvrängningar av debatten förekom också:

Man menar uppenbarligen att den förträngning av kranskärl som drabbar kvinnor är av en helt annan typ (Hallmans et al. 1990).

Landstingsledningen meddelade att om kritikerna vore anställda inom den privata sektorn skulle de omgående bli uppsagda. Att det handlar om makt och pengar framgick av att företrädare för forskningen inom området argumenterade för att det skulle bli för kostnadskrävande att inkludera kvinnor i studierna. Projektledningen hävdade också att det skulle bli för dyrt att mäta triglycerider i stället för kolesterol. Dessutom menade man att även om studien framför allt riktade sig mot män så måste deras hustrur ingå i interventionen, eftersom kvinnorna förutsattes laga maten som männen skulle äta.

Debatten i medierna blev minst sagt livlig; förutom diskussionen mellan arbetsgruppen och projektledningen fick vi stöd av stadens kommunalråd som hårt kritiserade projektet i lokalpressen. Dessutom gick flera vårdcentralchefer ut i medierna och kritiserade verksamheten av etiska skäl. Ledarsidan på

stadens största tidning krävde att studien skulle läggas ner. Hur gick det då med kolesterolscreeningen och hela projektet? Jo, det självdog sedan folk – både kvinnor och män – slutade att infinna sig till kontrollerna. Den massiva kritiken i medierna bidrog säkert till detta.

### *Läroböcker*

Arbetsgruppen granskade även läroböcker som användes inom läkarutbildningen och kritiserade kvinnosynen i exempelvis den dominerande läroboken i gynekologi. Där kunde läkarstuderande lära sig att psykosomatiska sjukdomar förekommer hos

kvinnor med en expansiv personlighetskaraktär. [...] Typexemplet är den överambitiösa, disharmoniska kvinnan. Hon är ofta en kampnatur: seg, energisk, framgångsrik karriärskvinna. Karakteristiskt är en inte alltid särskilt väl dold tagg mot män i allmänhet och mot maken i synnerhet och en önskan att vilja konkurrera och överglänsa. Det kvinnliga är dem ofta motbjudande. Menstruationer upplevs som något besvärande. Sexuell samlevnad, graviditet och moderskap är för somliga något obehagligt eller hotfullt, för andra förödmjukande och för en tredje grupp något förhatligt. Konfliktberedskapen finns given genom att patienten under en yta av ambition, ärelystnad och offensiv kampberedskap döljer en serie asteniska komponenter (Brody 1972: 773).

Efter vår kritik skrev flera politiska kvinnoförbund motioner där de krävde förändringar av texten. I den senaste omarbetade upplagan (Brody 1993: 863) är texten något förkortad<sup>4</sup> och finstilt men i övrigt oförändrad. En av kritikerna fick för övrigt ett argt långt privat brev från en manlig läkare – skrivet av en sekreterare på hans arbetsplats – där han jämförde kritiken av läroboken med Stalins utrensningar.

### *Tjänster i medicinsk kvinnoforskning*

Första steget mot en institutionalisering av kvinno/genusforskning togs i samband med regeringens proposition 1989/90:90 om forskning, där tre professurer för kvinno- och jämställdhetsforskning föreslogs, varav en vid medicinsk fakultet. Motivet var att kvinnoforskningen var eftersatt inom medicinsk forskning. Arbetsgruppen hade i och för sig aldrig drivit frågan om en professur eftersom vi ansåg att ämnet måste växa underifrån via doktorand- och forskarassistent-tjänster. Professuren kom till genom att flera politiska kvinnoförbund drev frågan om en satsning på medicinsk kvinnoforskning och kom att utgöra ett led i regeringens punktinsatser inom området. Och ska man göra en sådan satsning inom akademien så innebär en professur ett högre symbolvärde jämfört med att bygga det hela underifrån.

Deltagare i arbetsgruppen fick i uppdrag av dåvarande JÄMFO (delegationen för jämställdhetsforskning) och UHÄ (universitets- och högskoleämbetet) att föreslå närmare precisering av tjänsternas ämnesinnehåll. Vi varnade (med rätta skulle det visa sig) för att det medicinska etablissemangen utan kunskap eller intresse för ämnet skulle omdefiniera ”kvinnoforskning” till forskning om kvinnor, och föreslog därför andra ämnesbenämningar på professuren såsom könsmaktsforskning/medicinsk köns-teori – med inriktning mot kvinnors hälsa i ett maktperspektiv (Hammarström och Carlstedt 1990). Maktperspektivet var således centralt för oss. Vi skickade även en skrivelse till regeringen (Carlstedt et al. 1990) och fick stöd av centra/fora för kvinnliga forskare och kvinnoforskning. I ett brev till regeringen framhåller föreståndare för fora runt om i landet betydelsen av att maktförhållanden mellan könen problematiseras



(Schlytter et al. 1990). Tyvärr rön­te våra förslag ingen framgång, och konsekvenserna av det återkommer jag till.

Arbetsgruppen fortsatte enträget att arbeta för att olika tjänster på lägre nivå skulle inrättas inom medicinsk kvinno/köns­makts­forskning. I Luleå drev vi tillsammans med några politiska kvinno­förbund kravet på ett kvinno­medicinskt centrum. Samverkans­nämnden för de fyra landstingen i norra Sverige liksom landstingsledningen i Norrbotten och företrädare för Umeå universitet uppvaktades angående inrättandet av ett lektorat i ämnet. Men alla försök stötte på en tät mur av ointresse och ledde i praktiken ingens­stans. När regeringens punktinsatser presenterades och pengar kom utifrån vaknade emellertid intresset.

#### *Nordiska utblickar*

Den svenska kvinno/genusforskningen har alltifrån starten utvecklats i nära samarbete med den nordiska forskningen inom området. I Danmark startade forskningen 1979 med stöd från det danska medicinska forskningsrådet, och 1987 inrättades med statliga medel den första (och hittills enda) tjänsten – ett lektorat inom medicinsk kvinno­forskning. Härvid har en grund lagts för en kvinno­forskningsmiljö, men hittills är in­tegreringen relativt svag. I Norge blev kvinno­hälsogruppen etablerad 1980, och den bestod liksom i Sverige av kvinnliga läkare med intresse för medicinsk kvinno­forskning. Den gruppen hade ansvar för att planera och genomföra flera nationella och nordiska seminarier i medicinsk kvinno­forskning under 1980-talet. Under perioden 1992–96 beviljade NAVF (Norges allmennvitenskapelige forskningsråd) ett forskningsprogram för grundläggande medicinsk kvinno­forskning. År 1994 inrättade universitetet i Oslo den

första professuren i medicinsk kvinno­forskning, och senare följde universitetet i Trondheim efter med en professur i kvinno­hälsa. Liksom i övriga nordiska länder startade den medicinska kvinno­forskningen i Finland i början av 1980-talet. Gruppen var från början mycket aktiv på nätverksarenan, men inga tjänster har inrättats inom ämnet vid den medicinska fakulteten. Däremot finns det sociologisk hälsoinriktad genus­forskning vid Åbo akademi.

#### *Lärdomar*

Arbetsgruppen för medicinsk kvinno­forskning var mycket aktiv under den viktiga initialfasen av ämnets utveckling men är nu vilande.

Lärdomen från detta arbetssätt är att den informella nätverksmodellen medförde att maktperspektivet kunde blomstra så länge vetenskapsanalyserna av den traditionella medicinen höll sig i marginalerna. När analysen handlade om etablerad eller prioriterad medicinsk verksamhet och nådde gehör bland politiker och hos allmänheten stramades tyglarna åt, och vi utsattes för våldsam kritik. Enligt kritikerna var forskningen inte bara ovetenskaplig utan även samhälls­farlig.

Mindre direkt hotande verksamhet, exempelvis strävan att få tjänster och resurser till forskningsområdet, möttes av såväl ointresse som direkt motstånd. Men vi använde oss av vår underifrån-makt och nådde vissa resultat genom att hålla ihop. Inom arbetsgruppen fick vi mycket bekräftelse och stort gensvar utanför medicinen, från kvinno­rörelsen och politiska kvinno­grupper. Detta medförde att vi indirekt fick möjlighet att påverka beslutsfattandet. De politiska prioriteringar som detta medförde blev förutsättningen för att området skulle tilldelas ekonomiska re-

surser i form av bland annat forskningsmedel samt inrättandet av några tjänster.

Att enbart fortsätta som nätverksorganisation var dock ej möjligt eftersom det inte fanns några ekonomiska resurser knutna till arbetsgruppen. Utan integrering riskerade vi att marginaliseras, men vi var också medvetna om risken för underordning i samband med våra strävanden efter integrering (Göransson 1989). Medlemmarna i arbetsgruppen hade diskuterat vad anpassningen till rådande strukturer skulle kunna leda till när det gällde vårt kritiska förhållningssätt och vår maktinriktade forskning. Åsikterna gick delvis isär men de flesta var ändå beredda att ta riskerna med integrering, eftersom vi inte såg något alternativ.

#### **Den statliga arenan**

Den statliga arenan har haft ett väsentligt inflytande på genusforskningens institutionaliseringsprocess inom medicinen. En förutsättning för utvecklingen på den statliga arenan – liksom på nätverksarenan – har varit politiska prioriteringar efter påtryckningar från framför allt olika politiska kvinnoförbund. Några av de viktigaste besluten rörande forskningsmedel, tjänster med mera som har initierats på den statliga nivån skriver jag om under rubriken ”Den medicinska arenan” i syfte att synliggöra kollisionen mellan politiska ambitioner och den akademiska medicinens motstånd. Genusvetenskapens institutionalisering på den statliga arenan beskrivs utifrån två huvudsakliga exempel: utvecklingen inom Folkhälsoinstitutet och genusforskningens betydelse inom några statliga utredningar.

Ett viktigt steg mot institutionalisering togs när två forskare i arbetsgruppen för medicinsk kvinnoforskning i början av 1990-talet fick möjlighet att delta i organisations-

kommittén för kvinnors hälsa, med uppgift att planera området kvinnors hälsa inom det nyskapade Folkhälsoinstitutet.

I regeringens direktiv till Folkhälsoinstitutet (proposition 1990/1:175) framhölls behovet av kvinnoperspektiv och att ett särskilt program skulle inriktas mot att förbättra utsatta kvinnors hälsa. Programmet för kvinnors hälsa fick en tydlig könsteoretisk inriktning, tack vare kvinnoforskarnas möjligheter att från starten påverka kommittéarbetet och tack vare att kommittén var sammansatt av representanter från organisationer (fackföreningar, kvinnoforskare från andra discipliner, jämställdhetsföreträdare med mera) som stödde utvecklingen av en maktinriktad kvinnoforskning. I kommittén fanns således en stark enighet om behovet av att ett könsmaktsperspektiv integrerades i hela programförslaget. Därför genomsyrades hela programförslaget av ett tydligt maktinriktat perspektiv, och det stöddes också av högre instanser i organisationskommittén.

De första åren drevs programmet för kvinnors hälsa på Folkhälsoinstitutet med en stark feministisk inriktning. Programmet fungerade som ett utmärkt stöd och pådrivare av en maktinriktad kvinno/genusforskning runt om i landet. Institutet utlyste så småningom programstöd för forskning som förlades till Umeå universitet inom bland annat området kvinnors hälsa. I samband med det fick vi för första gången kännas vid det problem som senare har över-skuggat integreringen av genusforskning inom medicinsk fakultet. Problemet är att det medicinska etablissemanget – utan kunskap inom området – omdefinierar kvinno/genusforskning till att omfatta all medicinsk forskning om kvinnor. Till Folkhälsoinstitutets försvar ska dock framhållas att två av de sju bedömarna hade intresse för och viss kun-

skap om kvinnoforskning. Resultatet blev att stödet delades lika mellan två program, varav endast det ena tog sin utgångspunkt i kvinnoforskning, i förhållande till kvinnoperspektiv, könsmaktförhållanden och teoriutveckling. Det andra programmet handlade om kvinnors hälsa utifrån ett gynekologiskt perspektiv, utan maktperspektiv och utan anknytning till existerande teorier inom kvinnoforskningen.

På Folkhälsainstitutet byttes efter en tid de ansvariga för programmet kvinnors hälsa ut. En trolig orsak var att maktperspektivet och den feministiska inriktningen upplevdes som något alltför hotfullt. Programmet för kvinnors hälsa fick allt mindre resurser och upphörde så småningom som program. Området blev i stället en så kallad funktion, där dock maktperspektivet kunde leva vidare i projektform (med inriktning mot hälsa, arbetsliv, kvinnoliv). Under denna backlashperiod kunde i stället ett biologiskt särartstänkande få fotfäste. Denna utveckling kan illustreras av skriften *Leva ihop* (Eenfeldt 1998) som trycktes i 100 000 exemplar i syfte att gratis spridas till alla avgångselever från gymnasieskolor i vårt land. Boken kritiserades av bland annat representanter från Nationella sekretariatet för genusforskning (Gothlin och Eduards 1999) för att innehålla grova förenklingar och ogrundade uppgifter om biologiska könskillnader, exempelvis att unga kvinnor bör förstå unga mäns större behov av sex och gå mannen till mötes "även om hon just då inte har så stora sexuella behov". Kritiken ledde till att upplagan drogs in och bidrog förmodligen även till den dåvarande generaldirektörens avgång senare under året.

Två år tidigare formulerades genusperspektivet för första gången i regeringens regleringsbrev till Folkhälsainstitutet. Men inte förrän den nye generaldirektören Gunnar

Ågren, socialmedicinare med ett förflutet som landstingspolitiker, tillträdde år 2000 fick genusperspektivet genomslag. Han ser det som sin uppgift att ett maktinriktat feministiskt perspektiv ska genomsyra hela institutets verksamhet, och för att åstadkomma detta ska en genusgrupp inrättas.

#### *Statliga utredningar*

Statliga utredningar kan vara betydelsefulla som underlag för policyändringar som i sin tur kan leda till politiska beslut. Hur genusperspektiven behandlas i dessa kan därför vara avgörande för politiska satsningar inom forskningsområdet liksom för praktiska åtgärder för att minska ojämlikheter i förhållande till såväl kön som social och etnisk bakgrund.

Nationella folkhälsokommittén hade direktiv att se till hälsan ur ett könsperspektiv. Men trots detta (och tidigare kritik av att könsperspektivet var otillräckligt behandlat i deras delbetänkande) och trots ett särskilt kapitel om genusperspektiv i slutbetänkandets bilagedel (Hammarström 2000) saknades köns- och genusperspektiven nästan helt i slutbetänkandet, inklusive i de 18 hälsopolitiska målen som är tänkta att styra folkhälsoarbetet i landet. Ett exempel på det är att sexualiserat våld helt osynliggjordes som folkhälsoproblem.

Ytterligare en statlig utredning förtjänar att lyftas fram, nämligen utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården (Jämställd vård 1996). Utredningen kom till för att kvinno/genusforskningen hade visat att kvinnor missgynnas inom vården på grund av ojämlika könsmaktförhållanden på flera olika nivåer. Ett av utredningens uppdrag var att föreslå åtgärder "som kan bidra till att utjämna skillnader mellan hur kvinnor och män bemöts och be-

handlas". I regeringspropositionen "Delad makt, delat ansvar" (1993/94:147) lyfts också könsmaktsperspektiven inom vården fram som väsentliga orsaker till kvinnors ohälsa.

Men utredningen dominerades av medicinare och majoriteten av ledamöterna motsatte sig att de genusteoretiska perspektiven skulle få genomslagskraft. I stället skedde en glidning av maktperspektiven från propositionen till utredningen. Utredningen tog avstånd från ett "kvinnocentrerat perspektiv", och trots att man på flera ställen konstaterade att kvinnor missgynnas inom vården föreslogs enbart åtgärder för att både kvinnors och mäns eller enbart mäns situation skulle förbättras. I exempelvis ett avsnitt där könskillnader i behov och bemötande vid cancer jämförs, ses kvinnogrupperns kamp för bättre vård som en orsak till att kvinnor med bröstcancer mår dåligt. Trots avsaknad av bevis för att män med prostatacancer behöver mer psykosocialt stöd än kvinnor med bröstcancer jämfördes dessa grupper med varandra och ett helt avsnitt ägnades åt att föreslå stödformer, karakteriserade av hierarkiska strukturer, som kunde passa män med prostatacancer:

Särskilt skulle manliga läkare kunna göra en stor insats för att hjälpa manliga patienter, som ledare och auktoriteter.

Inga förslag lades fram som specifikt skulle kunna förbättra kvinnors situation inom hälso- och sjukvården. Resultatet blev att makt och genus blev så gott som helt osynliggjorda i slutbetänkandet.

I ett särskilt yttrande (Hammarström 1996) kritiserar jag utredningen för att ta ett steg tillbaka vad avser genus- och maktperspektiv:

Det hade varit angeläget att den här utredningen tagit ett steg framåt genom att satsa på att kompensera kvinnor för brister i kunskap och bemötande som hänger samman med kvinnors underordnade position inom vården. Möjligheterna fanns att göra en utredning som analyserade vilka konsekvenser som ojämlika maktförhållanden mellan könen får för bemötandet inom hälso- och sjukvården. Det är beklagligt att den möjligheten valdes bort.

#### *Lärdomar*

På den statliga arenan har genus- och maktperspektivet haft ett starkt stöd från framför allt politiska kvinnoorganisationer. Detta stöd har varit en förutsättning för de politiska prioriteringarna av kvinno/genusforskningen som genomförts i form av punktinsatser sedan mitten av 1980-talet. Förhoppningsvis kommer policyn i framtiden att förändras så att dessa satsningar blir inbyggda i strukturerna i stället för att som nu stå och falla med växlande politiska intressen.

Inom statliga myndigheter som Folkhälsoinstitutet har det funnits frihet och möjligheter att utveckla området kvinnors hälsa, i relativt avskildhet från det medicinska etablissemanget. Maktperspektivet blev även här hotfullt, men när institutet nu har fått en ny generaldirektör är ambitionen att genusperspektivet ska få stark genomslagskraft på alla nivåer.

De statliga utredningarna där medicinska kvinno/genusforskare medverkat har hittills, trots tydliga direktiv att lyfta fram könsmaktsperspektiv, inte varit särskilt lyckosamma när det gäller att integrera ett genusperspektiv i slutdokumenten. Alltför starka krafter från framför allt det medicinska etablissemanget har tagit överhanden, vilket medfört att genusperspektivet har osynliggjorts eller direkt motarbetats.

### Den akademiska medicinens arena

Av artikeln har det hittills framgått att den maktorienterade genusforskningen har kunnat utvecklas på nätverksarenan, med starkt politiskt stöd från den statliga arenan. Bägge dessa arenor har försökt påverka den medicinska arenan, den ena uppifrån och den andra nerifrån. Hur har den akademiska medicinen svarat på detta tryck i fråga om utvecklingen av ett maktorienterat genusperspektiv? Svaret kan i stora drag sammanfattas i fyra olika strategier: motstånd, ointresse, omdefiniering av genusforskning respektive försiktigt intresse. Dessa förhållningssätt har redan berörts men i detta avsnitt går jag in på dem mer i detalj.

Under årens lopp har vi kunnat följa hur politiska satsningar på kvinno/genusforskning, i förhållande till forskningsmedel, tjänster med mera, har tagits emot av den medicinska fakulteten och sedan omvandlats till något helt annat. Hur denna process kan gå till illustreras av tillsättningen av professuren i medicinsk kvinnoforskning vid Linköpings universitet 1993. Den utannonserades tre gånger innan den slutligen kunde besättas. Av annonsen framgick att ämnet medicinsk kvinnoforskning definierades som forskning som belyser sambanden mellan kvinnors hälsa och kvinnors livsvillkor. Vid första och andra utlysningstillfällena var ingen av de sakkunniga förtrogen med ämnet. Första gången var samtliga överens om att en av de sökande – en kvinna som av flera feminister (se t.ex. Björk 1996) har kritiserats för att vilja förklara kvinnors livsvillkor med "den kvinnliga" biologiska särarten<sup>5</sup> – skulle få tjänsten. Den föreslagna visade sig dock vara icke formellt behörig. Vid andra utlysningen gick förordet till en manlig gynekolog, som inte heller han hade någon som helst inrikt-

ning mot kvinnoforskning. Han avböjde dock erbjudandet till förmån för en mer prestigefylld professur vid ett annat universitet. Hur argumenterade de sakkunniga när de utan kompetens i ämnet bedömde de sökande, bland vilka det fanns kvinno/genusforskare med kompetens inom området? Hur det gick till ska jag illustrera med exempel från den första utlysningen.

Den enda av de sakkunniga som försöker sig på en analys av kompetensen inom området kvinnoforskning ställer upp sex bedömningsgrunder utifrån vilka hon jämför de sökande: 1. Kvinnoforskning (kvinnors ställning, livsvillkor) 2. Kvinnors hälsa 3. Vetenskaplig skicklighet 4.Handledning 5. Pedagogisk meritering 6. Administrativ meritering (Sakkunnigutlåtanden 1993). Varje bedömningsgrund kan få ett visst antal poäng. Bedömningen av kompetensen inom kvinnoforskning reduceras således här till en av sex punkter, och behöver enbart handla om kvinnors livsvillkor. Den sakkunniga skriver vidare:

En annat viktigt epidemiologiskt fynd – kvinnors högre medellivslängd – får en plausibel fysiologisk förklaring. Kvinnor har genom sin reproduktiva roll en "starkare tyngd" i sitt vagala system och därmed bättre förutsättning att knyta an socialt och emotionellt. Detta kan tänkas skydda kvinnorna från dödliga sjukdomar, som t.ex. kranskärlsjukdomar.

Här kan vi se hur bedömningen av den sökandes kompetens i forskning om kvinnors villkor (vilket enligt den sakkunniga var liktydigt med kvinno forskningskompetens) baseras på den sakkunnigas egna spekulationer om vilken betydelse den sökandes biologiska forskning kan ha för kvinnors livsvillkor. Den sakkunniga tillåter sig att spekulera, trots att hon i nästa mening talar om att hit-

tillsvarande forskning inte stöder denna hypotes. Sedan fortsätter hon:

I varje fall synes den här förklaringen till könsskillnader i dödlighet mer allmängiltig och plausibel än t.ex. resonemangen som förts kring t.ex. maktstrukturer [...].

Tydligare än så kan det knappast bli: Utan empirisk förankring väljer den sakkunniga att föredra biologiska förklaringar snarare än sociokulturella maktteorier. Uttalandet speglar också det motstånd som analyser av maktstrukturer stöter på inom det medicinska etablissemangen. Den ”förklaring” som den sakkunniga har spekulerat sig fram till, blir här upphöjd till allmängiltig och plausibel, medan teorier om maktstrukturer reduceras till att vara resonemang. Under ”samanfattande kommentarer” framskyftar också den vetenskapliga och samhällsinriktade debatten om biologism kontra strukturinriktning:

Genom att påvisa och beskriva en ”kvinnlig fysiologisk princip”, den vagala, som motpol till den ”manliga”, sympatoadrenala, har hon väckt starka reaktioner i vissa läger. Hennes forskning kring den kvinnliga fysiologin har felaktigt tolkats som en plädering för att kvinnans plats är vid spisen. I själva verket torde en förbättrad kunskap om kvinnors fysiologiska villkor vara en förutsättning för att kvinnors sociala villkor och kvinnors situation i arbetslivet skall kunna förbättras.

”Vissa läger” har enligt den sakkunniga ”felaktigt” tolkat in en särartsideologi i den sökandes texter. Men den sakkunniga tar sig rätten att utan vetenskaplig grund definiera den ”riktiga” tolkningen.

Exemplet får illustrera hur företrädare för den akademiska medicinen tar sig tolkningsföreträde och definierar kvinnoforskning utifrån sina ideologiska värderingar, utan att

bry sig om att empiriskt belägga sina hypoteser. Kvinnoforskning blir liktydigt med forskning om biologiska könsskillnader som förmodas förklara könade livsvillkor.

Endast tack vare att en av de sakkunniga vid tredje utlysningen förstod ämnet kunde professuren slutligen besättas med en gynekolog som i och för sig inte var etablerad inom området kvinnoforskning men vars forskning berörde ojämlika maktförhållanden mellan könen.

Tillsättningen av den andra regeringsprofessuren inom medicinen, med särskild inriktning mot genusforskning, blev ännu mer dramatisk. Vid det tillfället kunde universitetets kvinnovetenskapliga forum utöva inflytande på sakkunnigutnämningen, vilket bidrog till att två av de sakkunniga hade viss genuskompetens. Eftersom tillsättningen berör mig själv ska jag inte relatera händelseförloppet i detalj utan endast kortfattat nämna att medicinska fakulteten vid det berörda universitetet försökte bortse från de sakkunnigas prioritering av de sökande. Inga egentliga motiv framfördes, men företrädare för fakulteten uttalade att forskning om könsmacht och teorier inte hör hemma på medicinsk fakultet. Överklagandenämnden för högskolan upphävde dock universitetets beslut och föreskrev att undertecknad skulle ha professuren. Motivet var att nämnden fann att de sakkunniga gav undertecknad försteg vad gäller meritering inom genusforskning (Överklagandenämnden för högskolan 2000).

#### *Forskningsmedel*

Ett resultat av arbetsgruppens (för medicinsk kvinnoforskning) arbete var en politisk prioritering av medicinsk kvinnoforskning inom norrlandstingens forskningsanslag. Det blev emellertid en konflikt i bedömnings-

kommittén om vad som skulle räknas som kvinnoforskning. Företrädare för den traditionella medicinska forskningen försökte även här omdefiniera begreppen. Det framgår av ett brev till fakultetsnämnden från professorn i gynekologi (Bäckström 1993), där han föreslog att fakultetsnämnden inte skulle godta den prioriteringsfördelning som prioriteringsgruppen inom området medicinsk kvinnoforskning hade kommit fram till. Han lyfte fram sex projekt som gruppen hade bestämt att inte prioritera, trots att de enligt hans synsätt hade "kvinnopecifika medicinska frågeställningar". Ett av dessa, som berörde havandeskapsförgiftning (preeklampsi), ansåg han skulle stödjas eftersom det avsåg att studera:

IgG receptorer koncentration relaterad till transportkapaciteten av immunoglobulin hos patienter med preeklampsi och kontroller.

Professorn i gynekologi kämpar alltså för att omdefiniera medicinsk kvinnoforskning till att omfatta all biologisk forskning om kvinnor. Därvid skulle i princip all gynekologisk forskning falla in under ämnesområdet. Men fakultetsnämnden ändrade inte prioriteringsgruppens fördelning, utan kvinnoforskningen vann den kampen.

Hela före detta Medicinska forskningsrådets (MFR) styrelse sparkades (samhällsrepresentanterna) respektive blev inte omvalda (övriga ledamöter) sedan rådet fått stark kritik av bland andra Christine Wennerås och Agnes Wold (1997) i frågan om bedömningen av kvinnliga sökande. Wennerås och Wold visade i sin analys att kvinnor måste ha dubbelt så många publikationer som män för att få anslag av rådets prioriteringskommittéer. Dessutom var det en fördel för både kvinnor och män om de kände granskarna. Kritiken ledde till att lika

stor andel kvinnor som män fick medel vid nästa ansökningstillfälle. Däremot fick kritiken ingen betydelse för rådets satsning på genusforskning. Av de projekt som under de senaste åren har tilldelats medel förefaller endast ett vara genusinriktat. I forskningsstrategin för åren 2001–2004 står det att läsa att kraven utifrån ökar, exempelvis när det gäller att främja genusperspektiv. Sedan nämns inte ordet mer i hela skriften. På den senaste nationella genuskonferensen inom medicinen avvisade också huvudsekreteraren för dåvarande MFR (nuvarande ämnesområdet för medicin vid Vetenskapsrådet) tanken på att inkludera genus som ett prioriteringsområde. Medicinska genusforskare i alla discipliner är i stället hänvisade till att söka medel från finansärer som inte direkt är inriktade på medicinsk forskning, exempelvis från Vetenskapsrådets genuskommitté som för budgetåret 2002 har 10 miljoner kronor att fördela. Det kan jämföras med 394 miljoner kronor som rådet har att fördela på medicinsk forskning.

#### *Medicinska lärosäten*

Hur har det gått för medlemmarna i arbetsgruppen för medicinsk kvinnoforskning vad gäller möjligheter att utveckla genusforskning inom medicinen? Av dem som var med under 1980-talet finns ungefär hälften kvar på olika positioner inom akademien. Bland resten av medlemmarna kan noteras att några aldrig började forska, några började men fortsatte inte (de slutade av egen vilja eller blev utestängda) medan återigen andra har forskat men inte på medicinsk fakultet. Visserligen finns det medicinska genusforskare vid de flesta universitet, men integrering i någon större skala har egentligen enbart skett vid några få institutioner runt om i landet, framför allt inom discipliner som folkhälsoveten-

skap, socialmedicin och allmänmedicin. Vilka har förutsättningarna varit för att genusforskningen skulle kunna utvecklas på dessa platser? Som exempel väljer jag den som jag känner bäst till och den där utvecklingen har gått längst: dåvarande institutionen, nuvarande enheten för allmänmedicin vid Umeå universitet.

Till institutionen sökte sig under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet flera medlemmar ur arbetsgruppen för medicinsk kvinnoforskning för att utveckla sin forskning. Umeå universitet leddes av rektor Sigbrit Franke, som arbetade aktivt för att främja jämställdheten på universitetet och för att stimulera genusforskningen inom olika discipliner. Detta ledde bland annat senare till att genus blev ett prioriterat område i universitetets policyprogram. När Birgitta Hovellius blev professor i allmänmedicin, fanns det en officiell legitimitet för hennes aktiva strävan att bygga upp en genusvetenskaplig forskarmiljö. Dessutom fanns den nödvändiga basen att bygga på med ett tiotal genusforskare inom olika discipliner och på olika akademiska nivåer. Satsningen har också gett resultat i form av omfattande forskningsanslag, fem akademiska avhandlingar, flera pågående avhandlingsarbeten, forskarutbildningskurser, seminarier samt ett antal tjänster (en doktorandtjänst, en forskarassistent, en klinisk amanuens, ett lektorat, ett adjungerat lektorat och en professur) inom området. Förutsättningarna var alltså formellt stöd uppifrån, en aktivt drivande chef, ett antal aktiva genusforskare samt ekonomiska resurser med vars hjälp verksamheten kunde byggas upp.

Under senare år har det försiktiga intresset för genusforskning spridits till några fler medicinska lärosäten runt om i landet. Detta intresse är förstås dels ett uttryck för att anta-

let genusforskare växer. Men jag tolkar även intresset som en direkt konsekvens av att de politiska satsningarna inom området har tillskapat ekonomiska resurser inom fältet. Medicinen ser här en möjlighet att finansiera projekt som handlar om kvinnor, vilket ofta i praktiken emellertid innebär biologiskt inriktad forskning som fokuserar kvinnor. Ett exempel på detta är det nystartade Centrum för genusmedicin vid Karolinska institutet som i sitt policydokument lyfter fram biologiska skillnader mellan kvinnor och män relaterade till fysiologiska, farmakologiska och köns-hormonsrelaterade förhållanden. Genus förlorar här sin ursprungliga betydelse av social och kulturell konstruktion och omdefinieras återigen till att enbart handla om biologiska könsskillnader. Detta utgör ett exempel på hur det politiskt gångbara begreppet genus kan användas för att få resurser till ett forskningsområde som egentligen borde finansieras inom ramen för den traditionella medicinska forskningen. Det måste anses höra till god vetenskaplig praxis att forskningen genererar kunskap om både kvinnor och män.

#### *Förhoppningar inför framtiden*

Den akademiska medicinen har framför allt bemött genusforskningen med motstånd. Två decenniers erfarenhet inom området har visat att det medicinska etablissemanget villigt tar åt sig statsmakternas resurser inom kvinno/genusforskningen samtidigt som man – utan kompetens inom området – omdefinierar satsningen till att handla om all forskning om kvinnor. En slutsats blir att det inom den akademiska medicinen råder en häpnadsväckande brist på respekt för kvinno- och genusforskningen som ett vetenskapligt kunskapsområde. Medicinarnas makttekniker kan ses som ett tecken på hegemonisering, där etablissemangets strikt positivistiska synsätt



omfattas av flertalet forskare och praktiker, trots att ett hermeneutiskt synsätt skulle vara mer tillämpligt inom delar av den medicinska forskningen och praktiken.

Trots motståndet har den medicinska genusforskningen lyckats hitta nödvändiga omvägar och underjordiska gångar för att långsamt och mödosamt påbörja en integreringsprocess med den akademiska medicinen. Det finns nu några blomstrande öar av genusforskning liksom enstaka genusforskare på institutioner runt om i landet. Som genusforskare har vi länge argumenterat för att genusforskningen behövs inom medicinen. Genom att ifrågasätta gamla sanningar, ställa nya frågor och utveckla nya teoretiska grunder har genusforskningen introducerat nya perspektiv inom medicinsk forskning. På senare år har vi tagit ett steg längre genom att också betona att medicinen behöver genusforskningen (Hammarström 2001). Med sitt reflekterande och kritiska förhållningssätt, tvärvetenskapliga arbetssätt samt sin starka förankring i vetenskapsteoretiska skolbildningar torde genusforskning ha mycket att bidra med till den medicinska forskningen. Genusvetenskapen är inte en perifer verksamhet inom medicinen utan den hör hemma mitt i medicinens kärna.

#### **"Lifvet är en strid"**

I artikeln har jag analyserat genusforskningens institutionaliseringsprocess inom den akademiska medicinen i förhållande till tre olika arenor: den informella arenan av nätverksorganiserade forskare, den statliga arenan och den akademiska medicinens arena. I fokus har stått det motstånd som genusforskningen har mött, förutsättningarna att bemästra detta, den akademiska medicinens makt att omdefiniera begrepp liksom lärdomarna vi kan dra inför framtiden.

Den medicinska maktinriktade genusforskningen har varit möjlig att utveckla tack vare ett mycket aktivt informellt nätverk av kvinnliga läkare, intresserade av kvinno/genusforskning. Denna verksamhet har haft starkt stöd från politiska kvinnoorganisationer liksom från kvinnorörelsen, vilket har lett till politiska satsningar på medicinsk genusforskning inom ramen för den statliga arenan. Mitt emellan dessa arenor har den akademiska medicinen kämpat för att hålla den maktinriktade genusforskningen ifrån sig med strategier såsom motstånd, ointresse respektive omdefiniering av genusforskning. Endast på några håll har intresse visats, vilket delvis kan tolkas som ett resultat av viljan att omvandla de politiska ekonomiska satsningarna inom området till traditionell medicinsk forskning om kvinnor. Medicinen har villigt tagit åt sig resurser för att sedan försöka omvandla genusinriktningen till biologisk, positivistisk forskning om kvinnor (och eventuellt även om män).

Sveriges första kvinnliga läkare inleder sin skrift om kvinnohygien med orden: "Lifvet är en strid. Så lyder en gammal sats, som alljämt är lika sann. Ty många och mäktiga äro fienderna till människans lif, och den är dömd till undergång som låter vapnen ligga" (Widerström 1905). Även om dessa hundra år gamla ord riktade sig mot den tidens främsta kvinnofiende (könssjukdomar) sammanfattar de även dagens medicinska genusforskarens erfarenheter på ett illustrativt sätt.

Trots allt motstånd kan vi se hur den medicinska genusforskningen har förändrats från att under 1980-talet framför allt bedrivas i periferin utanför det medicinska etablissemangen till att med årens lopp ha etablerats alltmer inom den akademiska medicinen, åtminstone på några universitet i landet. Historien har dock visat att det inte har varit nå-

gon rak väg framåt; genusforskningen har stött på starkt motstånd och gått två steg framåt och ett steg bakåt, den har tagit omvägar och kringelikrokar. Men den har sakta rört sig framåt, från periferin mot centrum.

Förhoppningsvis kommer genusforskningens institutionaliseringsprocess att vara mödan värd – så att priset vi riskerar att betala i form av underordning och urvattnade begrepp inte överstiger nyttan med institutionaliseringen i form av möjligheter att utveckla en maktinriktad genusforskning. Det gäller dock att ständigt vara vaksam på hur området på olika sätt undermineras eller motarbetas. Akademiens grundinställning är fortfarande i hög utsträckning att grunderna i genusforskning – maktanalyser och teoriutveckling – är ovetenskapliga och inte hör hemma inom den medicinska forskningen. Faran är uppenbar att området marginaliseras i takt med att dess politiska popularitet dalar. Men ju mer vi hinner bygga upp innan dess och ju fler positioner vi hinner inta, desto större är vår motståndskraft.

Historien har också visat att det finns en uppenbar risk med institutionaliseringen. Risken är att de genusvetenskapliga begreppen mister sin ursprungliga betydelse, särskilt makt- och teoriaspekter, sedan det medicinska etablissemanget har gripit sig an dem. Flera av de före detta medlemmarna i arbetsgruppen för medicinsk kvinnoforskning har övergått till att benämna vår forskning feministisk<sup>6</sup>, med vissheten om att det medicinska etablissemanget knappast lär ta sig an denna term.

Än så länge har genusforskningen politisk medvind, vilket öppnar många möjligheter. Nu gäller det att se dessa potentialer och att inte tankemässigt fastna i de många motgångarna. Mina framtidsvisioner är att genusvetenskapen och den feministiska

forskningen, genom tvärvetenskapligt och internationellt samarbete, ska fortsätta sin slingriga väg framåt till dess att den befinner sig i medicinens centrum. I det arbetet måste vi slå vakt om att inte anpassa våra kritiska förhållningssätt och vår maktinriktade forskning till de dominerande diskurserna inom den akademiska medicinen. För att åstadkomma detta behöver vi fortsättningsvis också stödja varandra genom nätverksarbete, där medicinska genusforskare samarbetar över yrkesgränserna för att motverka att vi underordnas eller slits ut.

Slutligen är min förhoppning att den medicinska genusforskningen i ännu större utsträckning än hittills ska arbeta för förändring. Här ser jag en stor utmaning eftersom vetenskapsvärlden, inklusive genusvetenskapen, enligt min erfarenhet alltmer har fjärrmat sig från samhället utanför och därmed minskat sina förändringsmöjligheter. Hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen, i förhållande till kön men också i förhållande till andra sociala bestämningsfaktorer såsom social och etnisk bakgrund, ålder, religion och sexuell orientering. Den medicinska genusforskningen har en stark koppling till praktiken, vilket innebär att den har förändring som mål, och min starkaste vision är att genusforskningen ska bidra till ett samhälle med minskade ojämlikheter i hälsa.

#### NOTER

1. Liksom inom andra discipliner har benämningarna inom medicinsk forskning förändrats under de senaste tjugo åren: Den första benämningen var kvinnoforskning, som i takt med den teoretiska utvecklingen förändrades till köns-teoretisk forskning i slutet av 1980-talet. Begreppet genusforskning introducerades inom andra discipliner och var det begrepp som togs upp av

- statsmakterna. Genus har också blivit den benämning som har använts under 1990-talet då statliga satsningar har gjorts inom området. Feministisk forskning är den internationellt mest använda benämningen inom medicinen, och även i Sverige används benämningen, framför allt när forskningen har en politisk innebörd. Eftersom den här artikeln handlar om institutionalisering så använder jag i det här sammanhanget mestadels genusbegreppet (förutom när jag skriver om kvinnoforskningen under 1980-talet).
2. Positivismens särställning innebär att all medicinsk kunskap måste relateras till mätbara förhållanden. Dessutom omfattas tänkesättet att det finns en enda sann förklaring till sjukdomar och ohälsa. Känslor och värderingar, personliga intressen och maktförhållanden betraktas som subjektiva uppfattningar och därmed som något felaktigt och ovetenskapligt.
  3. Följande personer har under kortare eller längre perioder varit medlemmar i arbetsgruppen för medicinsk kvinnoforskning: Kerstin Aldén, Anna Bexell, Gunilla Carlstedt, Ninni Ernst-dotter, Annika Forssén, Katarina Hamberg, Anne Hammarström, Johanna Hermansson, Birgitta Hoveliuss, Eva Johansson, Inga-Lill Morén-Hybinette, Gunilla Risberg, Kajsa Sundström-Feigelberg.
  4. Följande meningar togs bort: "Karakteristiskt är en inte alltid särskilt väl dold tagg mot män i allmänhet och mot maken i synnerhet och en önskan att vilja konkurrera och överglänsa. Det kvinnliga är dem ofta motbjudande."
  5. Nina Björk använder benämningen livmoderfeminist för att kritisera forskningen om den "opåverkbara", könade naturens reflexer, som anses styra manlighet respektive kvinnlighet.
  6. Hammarström 1999, Forssén & Carlstedt 2000, Hoveliuss 1998, Hamberg et al. 1998.
- LITTERATUR**
- ALDÉN, KERSTIN, BEXELL, ANNA, CARLSTEDT, GUNILLA, FORSSÉN, ANNIKA, HAMMARSTRÖM, ANNE & RISBERG, GUNILLA (1988) "Bristfällig studie styrker fördomar – omtvistad avhandling om kvinnomisshandel", *Läkartidningen* vol. 85, nr 24: 2642.
- ARBETSGRUPP TILLSATT AV HJÄRT-LUNGFONDEN (1988) "Riktlinjer för behandling av hyperkolesterolemi", Hjärt-Lungfonden.
- BENGTSSON, CALLE (1989) "Kolesterolfrågan. Fel utgångspunkt för de nya riktlinjerna", *Läkartidningen* vol. 86, nr 4: 228.
- BERGMAN, BO (1987) *Battered Wives. Why Are They Beaten and Why Do They Stay?*, akad. avh., institutionerna för psykiatri och kirurgi, Huddinge sjukhus.
- BERLINER, HOWARD S. (1975) "A Larger Perspective on the Flexner Report", *International Journal of Health Services* vol. 5, nr 4.
- BEXELL, ANNA, CARLSTEDT, GUNILLA, FORSSÉN, ANNIKA, HERMANSSON, JOHANNA & MORÉN-HYBINETTE, INGA-LILL (1985) "Kvinnohälsa – praktik och forskning", *Socialmedicinsk tidskrift* vol. 62, nr 8-9.
- BEXELL, ANNA, CARLSTEDT, GUNILLA & FORSSÉN, ANNIKA (1988) "Klimakteriebesvär protest mot oättvisa", *Dagens Nyheter* 1988-03-04.
- BEXELL, ANNA, CARLSTEDT, GUNILLA, FORSSÉN, ANNIKA, GRIP, LENA, HAMBERG, KATARINA, HAMMARSTRÖM, ANNE, HOVELIUS, BIRGITTA, JOHANSSON, EVA & WESTERSTÅHL, ANNA (1993) "Klimakterietanten", *Läkartidningen* vol. 90:980.
- BJÖRK, NINA (1996) *Under det rosa täcket*, Wahlström & Widstrand.
- BJÖRKELUND, CECILIA, BENGTSSON, CALLE, SCHENKGUSTAVSSON, KARIN & SWAHN, EWA (2001) "Hantering av hjärt-kärlsjukdom präglas av manligt perspektiv. Kvinnor får felaktiga omhändertaganden, diagnoser och behandlingar", *Läkartidningen* vol. 98, nr 30-31.
- BJÖRKMAN, JENNY (2001) *Vård för samhällets bästa:*

- debatt om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850-1970, akad. avh. Carlssons Tryckeri.
- BRODY, SAM (1972/1993) *Obstetrik och gynekologi. Medicinsk grundutbildning*, Almqvist & Wiksell.
- BURGER, WALTER (2001) "The Relation between Medical Education and the Medical Profession's World View", *Medicine, Health Care and Philosophy* nr 4.
- BÄCKSTRÖM, TORBJÖRN (1993) "Angående fördelning av forskningsanslag från Samverkansnämnden i norra sjukvårdsregionen, fördelning prioriteringsgrupp nr 2, Umeå", Brev till Medicinska fakultetsnämnden, Umeå universitet 1993-02-24.
- CARLSTEDT, GUNILLA & FORSSÉN, ANNIKA (red.) (1985) Rapport från det II:a Nordiska seminariet i medicinsk kvinnoforskning, Sigtuna 1984, Karolinska institutet, Socialmedicinska forskningsenheten i Luleå.
- CARLSTEDT, GUNILLA, FORSSÉN, ANNIKA, HAMMARSTRÖM, ANNE, ALDÉN, KERSTIN, RISBERG, GUNILLA, WESTERSTÅHL, ANNA & SUNDSTRÖM-FEIGELBERG, KAJSA (1990) "Angående planerad professur i medicinsk kvinnoforskning", Brev till regeringen 1990-11-14.
- CARLSTEDT, GUNILLA, FORSSÉN, ANNIKA & HOVELIUS, BIRGITTA (1994) "Kvinnodiskriminerande reklam", *Läkartidningen* vol. 91, nr 9.
- CARLSTEDT, GUNILLA & FORSSÉN ANNIKA (1996) "Kvinnoforskning. Inte bara forskning om eller av kvinnor", *Läkartidningen* vol. 93, nr 50.
- CROUSE, JOHN R. (1989) "Gender, Lipoproteins, Diet and Cardiovascular Risk", *Lancet* nr 1.
- EENFELDT, MARIE (1998) *Leva ihop*, Folkhälsoinstitutet.
- EKSTRÖM, GUNILLA & PARMANDER, MARIANNE (1996) *Ändra på det man tänker – det går väl inte? Om värderingar i hälsosjukvården. Sjukdomars och medicinska specialitetens status*, Samhällsmedicin Syd, Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling, Rapport 3/96.
- FORSSÉN, ANNIKA & CARLSTEDT, GUNILLA (2000) "Feministisk forskning tydliggör att all forskning är politisk", *Läkartidningen* vol. 97, nr 47.
- FOUCAULT, MICHEL (1980) *Sexualitetens historia. Del 1. Viljan att veta*, övers. Britta Gröndahl, Gidlund.
- (1987) *Övervakning och straff. Fängelsets födelse*, övers. C.G. Bjurström, Arkiv.
- GOTHLIN, EVA & EDWARDS, MAUD (1999) "Brev till Agneta Dreber och Annika Strandell", Folkhälsoinstitutet, Nationella sekretariatet för genusforskning, 1999-04-22, diarienummer 52/1999.
- GRAN, BIRGER (1987) *Underlag för preventivt program för Luleå – med inriktning på hjärt-kärlsjukdomar och cancer*, Rapport från samhällsmedicinska enheten i Luleå, Norrbottens läns landsting.
- (1989) "Blodfetter och riskbedömning hos kvinnor", stencil, Luleå 1989-03-15.
- GUSTAFSSON, ROLF (1987) *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historiesociologiskt perspektiv*, akad. avh., Esselte Studium AB.
- GÖRANSSON, ANITA (1989) "Fältet, strategierna och framtiden", *Kvinnovetenskaplig tidskrift* nr 3-4.
- HALLMANS, GÖRAN, JOHNSON, OWE & WEINEHALL, LARS (1990) "Hjärtliga Luleå – en framtidsmodell", *Norrländska socialdemokraten* 1990-03-12.
- HAMBERG, KATARINA, JOHANSSON, EVA & RISBERG, GUNILLA (1994) Allmänmedicinsk rapport: 6:e Nordiska seminariet i medicinsk kvinnoforskning, Umeå: Institutionen för allmänmedicin, Allmänmedicinsk rapport nr 4/1994.
- HAMBERG, KATARINA, HAMMARSTRÖM, ANNE, HOVELIUS, BIRGITTA, JOHANSSON, EVA & RISBERG, GUNILLA (1998) "Feministiska perspektiv inom medicin och vård", *Socialmedicinsk tidskrift* nr 1-2.
- HAMBERG, KATARINA (2000) "Könet i hjärnan. En kritisk granskning av jakten på den biologiska könsskillnaden", *Läkartidningen* vol. 97, nr 45.
- HAMMARSTRÖM, ANNE & CARLSTEDT, GUNILLA (1990) "Medicinsk kvinnoforskning – en ämnesbeskrivning", Brev till byrådirektör S. Liedman, Beredningsavdelningen, Universitets- och högskoleämbetet.

- HAMMARSTRÖM, ANNE (1991) "Könsperspektiv på hälsa", *Socialmedicinsk tidskrift* vol. 68, nr 4.
- (1996) Särskilt yttrande. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor 1996. Huvudbetänkande. Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården, Statens offentliga utredningar 1996/133, Socialdepartementet.
- (1997) "Det är bara psykiskt' – om konstruktioner av kön i mötet mellan patient och läkare", Gudrun Nordborg (red.) *Makt och kön*, Symposium.
- (1998) "Feministisk forskning inom medicinen – var står vi idag?", *Socialmedicinsk tidskrift* nr 75.
- (1999) "Why Feminism in Public Health? Editorial for a Special Issue on Feminism in Public Health", *Scandinavian Journal of Public Health* vol. 27, nr 4.
- (2000) "Hälsa på lika villkor. Nationella mål för folkhälsan", Betänkande från Nationella Folkhälso-kommittén, SOU 2000:91, Bilaga B, Nationella Folkhälsokommittén.
- (2001) "Medicinen har mycket att lära av genusvetenskapen", *Läkartidningen* vol. 98, nr 11.
- HOVELIUS, BIRGITTA (1998) "Kvinnors underordning inom hälso- och sjukvården", *Socialmedicinsk tidskrift* nr 1-2.
- JOHANNISSON, KARIN (1994) *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och Fin de siècle*, Norstedt.
- JOHANSSON, KERSTIN (2001) Läkarförbundet, personlig uppgift september 2001.
- "Jämställd vård. Olika vård på lika villkor" (1996) Huvudbetänkande. Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården. Statens offentliga utredningar 1996:133, Socialdepartementet.
- KANNEL, WILLIAM (1987) "Metabolic Risk Factors for Coronary Heart Disease in Women: Perspective from the Framingham Study", *American Heart Journal* vol. 114.
- LAPIDUS, LEIF (1985) *Ischaemic Heart Disease, Stroke and Total Mortality in Women. Results from a Prospective Population Study in Gothenburg, Sweden*, akad. avh., institutionen för medicin II, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborgs universitet.
- MALTERUD, KIRSTI (1996) "Den medisinske diagnose – feministiske perspektiver", *Kvinneforskning* nr 1.
- (2002) "Feministisk teori kan utmana medicinsk kunskap", *Kvinnovetenskaplig tidskrift* nr 2-3.
- OAKLEY, ANN (2000) *Experiments in Knowing. Gender and Method in the Social Sciences*, Polity Press.
- OHLANDER, ANN-SOFIE (1988) *Karolina Widerström och de första kvinnliga läkarna i Sverige. I Karolina Widerströms fotspår. 100 år med kvinnliga läkare i Sverige*, Sveriges kvinnliga läkares förening.
- "Sakkunnigutlåtanden över de sökande till professuren i allmänmedicin, särskilt kvinno-forskning placerad vid Linköpings universitet" (1993), Stencil 1993-06-22.
- SCHLYTTER, ASTRID, PAGET, BIRGITTA, HOLMQUIST, INGRID, LUNGGREN, BRITTA, STJERNKVIST, INGRID & HAUPT, ANN-CHRISTINE (1990) Brev till regeringen från Centra/Fora för kvinnliga forskare och kvinnoforskning 1990-12-07.
- SVERIGES LÄKARFÖRBUND (2001) *Läkarfakta 2001*.
- WENNERÅS, CHRISTINE & WOLD, AGNES (1997) "Nepotism and Sexism in Peer-Review", *Nature* nr 387.
- WIDERSTRÖM, KAROLINA (1905) *Kvinnohygien II. Om de veneriska sjukdomarnas och deras bekämpande*, Norstedts & Söners förlag.
- "Överklagandenämnden för högskolan" (2000), Beslut 20000816. Protokoll 8-00, nr.1, reg.nr. 21-62-00, dnr 3131-654-98.

#### SUMMARY

In my article, I analyse the process of the institutionalization in Sweden of gender research within academic medicine, which is dominated by positivistic assumptions. I focus on the resistance that gender researchers have met, the prerequisites for mastering this resistance, academic medicine's right of definition as well as the lessons we can learn for the future. The institutionalization of gender research is analysed on three arenas: the network arena, the state arena as well as the arena of the academic medicine. A central concern is how the power perspectives employed in gender research have been either combated or given the possibility to develop.

The issues raised in this article – and exemplified with glimpses from the twenty year long history of medical gender research – indicate that it has been possible to develop medical gender research thanks to the network of gender researchers with support from women's political organisations as well as from the women's movement. The prerequisites for developing gender research in medicine have been: 1. Legitimacy and support from the highest university structures; 2.

a grass roots movement of medical doctors, interested in gender research, which constituted the base of researchers within the field; 3. financial support, such as isolated state investments in different positions as well as research funding. I show that it has been possible to develop medical gender research aiming at power analysis within certain fields connected to the state arena, where the influence from academic medicine has been slight. Academic medicine has responded to this development with different strategies such as resistance, ignoring the matter, redefining concepts as well as expressing a guarded interest. I illustrate these strategies with various examples such as how academic medicine willingly accepts funding for women's studies/gender research and redefines it into biological research on women, while at the same time combating gendered power analysis and theoretical development.

Anne Hammarström

Allmänmedicin, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin

Umeå universitet

901 85 Umeå

anne.hammarstrom@fammed.umu.se