

# Feministisk forskning tydliggör att all forskning är politisk

## **SERIE** Genusperspektiv

Tidigare artiklar i serien är publicerade i 45 och 46/00.

»Kvinnoforskning», eller feministisk forskning, utgör ett kompetensområde inom de flesta vetenskaper idag. Den har sitt ursprung i de kvinnoemanciperande rörelser som sedan länge funnits i västvärlden. I Sverige var kvinnliga läkare redan vid förra sekelskiftet engagerade i kampen för kvinnors rösträtt och rättigheter på arbetslivsområdet – och såg dessa som viktiga hälsofrågor. I de »nya» kvinno- rörelser som växte fram i västvärlden under 1960-talet har kampen för bättre villkor och »halva makten» för kvinnor fortsatt. Detta har även varit grunden för den forskning som utvecklats och som kallats kvinno-, könsteoretisk eller feministisk forskning, i Sverige på senare tid även genusforskning [1].

I Norden har, till skillnad mot i många engelskspråkiga och latinska länder, ordet feminism länge ansetts för »laddat», varför begreppet kvinnoforskning under lång tid varit allenaordad och fått omfatta kunskapsområdets många olika grenar. Ser vi tillbaka i historien har ordet feminism emellertid använts både under sent 1800-tal och på 1930-talet i Sverige [2]. Här väljer vi att använda begreppen feministisk forskning och kvinnoforskning som synonymer.

### **Att lägga till kvinnor**

Medicinsk vetenskap präglas av en tro på, och ett ideal om, att den är könsneutral. Varken forskarens/läkarens eller patientens kön har ansetts på-

### **Författare**

**ANNIKA FORSSÉN**

med dr, distriktsläkare, Porsöns vårdcentral, Luleå

**GUNILLA CARLSTEDT**

med dr, leg läkare; båda institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet.

E-post: Gunilla.Carlstedt@telia.com

### **Sammanfattat**

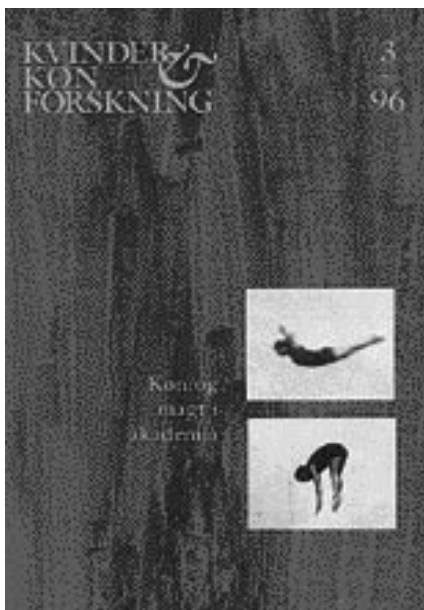
- Medicinsk kvinnoforskning har bedrivits i de nordiska länderna sedan början av 1980-talet. Den är en del av den feministiska forskning som etablerats inom flertalet vetenskaper, nationellt och internationellt.
- Då kvinnor på fördomsfulla grunder uteslutits ur mycket medicinsk forskning har en första uppgift blivit att komplettera kunskapen, till exempel gällande normalvärden och vissa sjukdomstillstånd, så att den också innefattar kvinnor.
- Grundläggande teorier och begrepp inom gängse medicinsk vetenskap utgår ofta ensidigt från mäns erfarenheter. Kunskap som bygger på kvinnors erfarenheter har skapats som motkraft till detta.
- Maktrelationen mellan könen och vad den betyder för hälsan – i förstone kvinnors men i förlängningen också mäns – har alltmer kommit att stå i fokus.
- Kvinnoforskningen pekar på att forskarens/läkarens kön är en av de faktorer som har betydelse för vad som ges uppmärksamhet som vetenskapliga problem och för hur medicinska och samhällsliga synsätt vävs samman.
- Begreppet kvinnoperspektiv har visat sig innebära oväntade risker; bland annat för att kvinnor kan fortsätta att ses som en homogen grupp – såsom ofta redan skett inom medicinen.
- Vetenskapen som sådan, och hur vi i vårt samhälle ser på vetenskap, har börjat granskas och ifrågasättas. Allt skapande av kunskap utgår från begränsade perspektiv och har begränsad räckvidd. Ett objektivitetsbegrepp som tvingar forskaren att ta ansvar för den kunskap hon/han skapar behöver provas.
- Feministisk forskning tydliggör att all forskning är politisk och alltid har en inneboende riktning eller strävan.

verka, eller bära påverka, de processer som skapar kunskap. Samtidigt har kunskapsutvecklingen till stor del utförts i ett perspektiv där den »normala» människan är en man – dessutom vanligen vit och ung. Andra, inte minst kvinnor, har blivit avvikare [3-5]. Därför har könsneutrala rubriker länge kunnat användas på forskning som enbart handlat om män, medan forskning om kvinnor genomgående gjort sin begränsning tydlig redan i titeln. Forskning som framställs handla om arbetare visar sig till exempel ofta handla om bara män. Handlar det om kvinnor talas det där-

emot alltid om »kvinnliga arbetare».

Att kvinnor ofta uteslutits ur forskning, som trots detta använts som om den var lika giltig för båda könen – till exempel när det gäller hjärt-kärlsjuklighet [6], blev tidigt uppenbart för kvinnoforskare. En första uppgift blev därför att komplettera och korrigera medicinsk kunskap så att den också innefattade kvinnor. I fortsättningen kallar vi det arbetet för »tilläggsprojektet» [7]. Internationellt tog arbetet fart på 1970-talet. I Norden har det pågått sedan början av 1980-talet.

Tilläggforskning inom »medicinsk



Tre tvärvetenskapliga nordiska tidskrifter med kvinnoforskningssperspektiv.

kvinnoforskning» innebär bland annat att kritiskt granska pågående forskning och etablerade resultat, till exempel när det gäller normalvärden, och att uppmärksamma sjukdomar som trots att de drabbar många kvinnor tilldelats små forsknings- och behandlingsresurser. Det sistnämnda gäller exempelvis sjukdomar i leder, muskler och urinvägar [8, 9]. Tilläggsprojektet är fortsättningsvis nödvändigt; kvinnor och kvinnors sjukdomar och symtom utesluts eller förbises fortfarande på fördomsfulla grunder ur medicinsk forskning [10].

### Tilläggsprojektets begränsningar

Som förändringsprojekt räcker det emellertid inte med bara ett tilläggsprojekt. Dessutom kan ett sådant bli fel. Detta därför att grundläggande teorier och begrepp i vetenskapen utgår från mäns erfarenheter och inte räknar med kvinnors. Att enbart »lägga till» problematiserar inte heller de processer som leder fram till kunskap, det vill säga hur kunskap skapas [7, 11].

Inom vårt eget forskningsområde, arbete och hälsa, finns ett flertal exempel på att kvinnor på ett irrelevant sätt uteslutits från forskning som gällt förvärvsarbete och arbetsmarknad. Forskning har inte heller uppmärksammat för kvinnor viktiga arbetsområden, som obetalt arbete i hemmet. Tänkbara orsaker till det senare är att begreppet arbete vanligen förknippas med förvärvsarbete och att det obetalda arbetet inte räknas i sjukförsäkringssammanhang. En bidragande orsak kan också vara att hemmet för många forskande män i första hand utgjort en »viloplats» – till skillnad från den arbetsplats det utgjort, och utgör, för flertalet kvinnor. När

forskning inkluderat kvinnor har den inte sällan gett resultat som blivit »svårtolkade» eller inte stämt överens med rådande teorier. Inte minst det sistnämnda visar att det inte räcker att »lägga till» kvinnor till rådande vetenskap [12].

Å andra sidan har, på ett område, medicinens intresse riktats särskilt mot kvinnor. Det har gällt deras biologi och oftast handlat om särdrag kopplade till fortplantningen – menstruation, graviditetsprevention, barnafödande, klimakterium. Självklart är det bra att kvinnors specifika biologi uppmärksammas. Problemet är dock att biologin i hög utsträckning behandlats som vore den åtskild från kvinnors arbete och livsvillkor. Detta har lett till ensidiga och förenklade frågeställningar och förståelsemodeller. Vidare har kvinnors normala funktioner inte sällan kommit att framställas som onormala, som defekter eller bristtillstånd [13-15].

En nära koppling har också gjorts mellan kvinnors biologi och psyke. Det senare har då tenderat att bli betraktat som enhetligt och könsbiologiskt bestämt. Som konsekvens har vår kunskap om orsaker till psykisk ohälsa hos kvinnor länge förblivit undermålig. Kvinnors personlighet har satts i fokus, på bekostnad av deras arbete, livsvillkor och ålägganden. Ett exempel utgör den första medicinska avhandlingen om kvinnomisshandel i Sverige [16]. Författarens klassifikation av misshandlade »hustrutyper» – de »inadekvata», de »provocerande» eller de »höggradigt kompetenta» – visar på en förståelse av kvinnorna själva som orsak, eller åtminstone utlösare, av misshandeln. Någon diskussion om männen som slår, och deras motiv för sina handlingar,

finns inte i avhandlingen. Därmed döljs såväl maktrelationen mellan könen som att långvarig misshandel ger upphov till vittomfattande kroppsliga och psykiska symtom [17, 18].

### Kvinnoperspektiv

Det har således blivit nödvändigt att ifrågasätta vetenskapen på ett djupare plan, det vill säga dess »fakta», värderingar och innebörder. Denna motprocess har kallats »kvinnoperspektivet» [11]. Här är kvinnors erfarenheter – deras villkor, positioner och vad de gör – utgångspunkt vid forskning. Detta får i sin tur konsekvenser för utvecklandet av teorier såväl som metoder, och utgör därför en större utmaning för forskarsamhället än »tilläggsprojektet».

Utvecklandet av »kvinnoperspektivet» har inte minst skett mot bakgrund av de kvinnliga forskarnas egna erfarenheter som kvinnor, privat och i offentlig verksamhet. Identiteten som kvinnor har således använts medvetet. Genom detta riktas uppmärksamhet mot att även män tillhör ett kön. Kvinnoperspektivet gör det tydligt att mäns könstillhörighet har betydelse för vetenskap och forskning på ett mer genomgripande sätt än vad »tilläggsforskningen» gjort synligt. Föreställningar om och förväntningar på män, och den egna upplevelsen av att vara man, påverkar om vad, utifrån vilka föreställningar och hur män bedriver forskning. Könstillhörighet, liksom ras, klass, kultur etc utgör således delar av den subjektivitet som alla forskare bär på. Den har betydelse för hur kunskap skapas – och vilken kunskap som skapas och ges giltighet [7].

Kvinnoperspektivet sätter således, i motsats till tilläggsprojektet, forsk-

**ANNONS**

ningens utgångspunkter, problemställningar och metoder i fråga. Vidare utgår det från att forskarens kön, sociala förankring och identitet är betydelsefulla för forskningens resultat och objektivitet.

### För lite kön – och för mycket

Kvinnoperspektivet har varit, och är, betydelsefullt och nödvändigt i medicinen idag. Samtidigt kan det ställa till med problem, något vi blivit varse i vår egen forskning [12]. När vi synlig- och värdiggör det arbete – till exempel ansvarstagande för andras välbefinnande – som blivit kvinnors i vårt könsarbetsdelade samhälle, kan resultaten tolkas och användas (av andra) på ett sätt som förstärker tänkandet i skillnader mellan könen. Det som av många kvinnor upplevs som nära nog ett tvång – axlandet av nämnda ansvar – kan då uppfattas som en naturgiven kvinnlig dygd: att kvinnor av naturen är mer ansvarstagande än män. Arbetet förvandlas till en positiv *egenskap* och kvinnor blir bättre än män [19]. I samhället rådande arbetsdelning riskerar att ytterligare förstärkas, och kraven på kvinnor kan öka. Detta kallas av en forskare för spegelvändningsfällan [20]. Spiegelvändningen innebär att kvinnor görs till ny måttstock, placeras över män i ett slags egenskapshierarki. Fällan utgörs av att sättet att tänka är detsamma, i dikotomier; världen kan fortsätta att delas upp i stereotypiskt manligt och kvinnligt.

Som feminister kan vi bidra till detta genom att göra ovarsamma och icke giltiga generaliseringar – och därigenom förstärka en tendens som redan finns i den medicinska vetenskapens tänkande om kvinnor. Ett till synes banalt vardagsexempel är att ordet »kvinnan» ofta används när det i själva verket handlar om »kvinnor». Ordet »kvinnan» ger associationer till att alla kvinnor är lika, och uttryck som »kvinnans psyke» ger en föreställning om att alla kvinnors psyken är enhetliga och könsbiologiskt bestämda. Använder vi istället ordet »kvinnor» öppnar vi för att det finns många olika kvinnor – med skilda livsvillkor, behov och problem. Det gäller till exempel olikheter mellan kvinnor beroende på ras, ekonomi och samhällssystem. Samtidigt måste vi som kvinnoforskare ge akt på att kvinnor som grupp delar många villkor; som mindre makt och auktoritet i samhället och en kroppslig utsatthet.

Ska vi sammanfatta problemet som det ter sig inom den gängse medicinen, kan det formuleras som att det både kan bli »för lite och för mycket kön». Men problemet med »för mycket kön» kan således uppstå även inom feministisk

forskning – genom generaliseringar och ett förenklat tänkande i motsatser [21].

### Göra sin position tydlig

Kunskapsteoretiskt kan »kvinnoperspektivet» räknas till de så kallade ståndpunktsteorierna [7, 11]. Dessa utgår från Hegel och hans teorier om att den som är överordnad och har mer makt får en begränsad och förvrängd förståelse. Den som är underordnad kan, enligt detta sätt att se, både tillägna sig kunskap ur den överordnades perspektiv och sådan som härrör ur egen erfarenhet.

Biologen, vetenskapsteoretikern och feministen Donna Haraway är kritisk till de feministiska ståndpunktsteorierna och kvinnoperspektivet. Hon ser en risk i att dessa placerar kvinnor i en privilegierad position när det gäller objektivitet. Hennes reflexioner kring begreppet objektivitet visar i stället på andra sätt att tänka – om all vetenskap och den kunskap den producerar [22].

Det vanliga sättet att se objektivitet kallar hon för »gudaknepet» eller »blicken som ser allt från ingenstans». Forskaren framställs då som en neutral avtäckare av naturens eller forskningsobjektets hemligheter, och blir själv osynlig. I själva verket bär ju dock, som tidigare påpekats, alla forskare på olika subjektiviteter; formade av det liv vi själva lever och den världsbild och det samhälle vi är delar av. De risker Haraway ser med det gängse sättet att uppfatta objektivitet gäller inte minst frågan om ansvar: Forskaren kan inte ställas till ansvar för den kunskap hon/han skapar. Ansvaret läggs i stället på den som använder kunskapen. Denna brist på ansvarstagande menar hon kan gälla även »kvinnoperspektivet».

För att forskare ska se och tydliggöra att deras forskning är »subjektiv», det vill säga att den utgår från en plats, utgör en tolkning och representerar dem och deras perspektiv, har Haraway skapat det alternativa objektivitetsbegreppet »situerade kunskaper» (situated knowledges). Hon benämner dem även »partiella, lokalisierbara och kritiska kunskaper». Begreppet betonar att allt kunskapande utgår från begränsade perspektiv och har begränsad räckvidd. Gör vi oss medvetna om detta kan det ses som en resurs, inte ett problem. Samtidigt måste alla anspråk på universell kunskap tonas ned. Med hjälp av en sådan medvetenhet hade till exempel vita, västerländska, välutbildade feministers dominans och maktutövning över feminister och kvinnor i andra länder, med annan hudfärg eller i andra positioner kunnat undvikas. Idag talar vi

om flera feminismer, inte en enda feminism.

Ett annat krav som Haraway ställer är att forskning ska präglas av solidaritet. Detta kan jämföras med hur filosofen Sandra Harding formulerar sina krav på objektivitet [7, sidan 173];

»... objectivity never has been, and could not be, increased by valuen neutrality. Instead, it is commitments to anti-authoritarian, antielitist, participatory, and emancipatory values and projects that increase the objectivity of science».

Kravet på solidaritet visar också att Haraways »situerade kunskaper» inte ska uppfattas som ett inlägg för total relativism, det vill säga att alla utgångspunkter skulle vara lika giltiga (till exempel rasistiska sådana). Total relativism är bara ännu ett sätt att inte ta ansvar, menar hon.

### Forskning och politik

Med begreppet »situerade kunskaper» blir det vidare tydligt att forskning aldrig är apolitisk. Den bär inom sig politiska och etiska ställningstaganden, genom den enskilda forskarens »situering» och genom den forsknings- och forskningsfinansiella politik som utövas. Forskning har också alltid en inreboende riktning eller strävan [23, 4]. Särskilt tydliga exempel inom medicinen utgör sådan kunskap som haft ett direkt samband med, eller fått inflytande över, politiska beslut. Historiskt gäller det till exempel frågor om rashygien och kvinnors plats i samhället [24-27]. Idag ser vi (åter) ett ökande intresse för könsskilljande forskning. Ett exempel är sådan som fokuserar skillnader i matematisk förmåga mellan flickor och pojkar och anger könsgenetiska skillnader i hjärnan som orsak [28]. Resultaten ges stor betydelse när det gäller de båda könnens möjligheter och livsval. Frågan vi måste ställa är varför sådan forskning ges pengar och uppmärksamhet när de individuella skillnaderna inom könen, och sådana som är relaterade till socialgrupp, är så mycket större [29]. Ett annat exempel på en politiskt vinklad frågeställning är huruvida kvinnor mår bra av att förvärvsarbeta. Sådan forskning bedrivs bland annat inom »multiple role»-forskning [12, 21]. Mer adekvat, när det gäller kvinnors såväl som mäns arbete, är att fråga vad i arbetslivet som är bra för hälsan, och vad som är dåligt. Politisk, och med stora konsekvenser, är också den kraftigt ökade satsning som idag görs på genforskning, på bekostnad av patientnära forskning (se till exempel DN Debatt 25 april 2000).

### Kvinnor som forskar – och kvinnoforskning

Kvinnoforskningen pekar således på att forskarens/läkarens kön är en av de

faktorer som har betydelse för vad som ges uppmärksamhet som medicinska problem, och för hur medicinska och samhälleliga synsätt vävs samman. Därmed blir också frågan om »kvinno-forskning och de kvinnliga forskarna» intressant. De första kvinnliga läkarnas verksamhet från sent 1800-tal utgör exempel på detta. De drev till exempel frågan om att kvinnors sexualkunskap och kunskap om den egna kroppen behövde ökas, och att detta var en hälsofråga [1, 30]. Även i nutid är det i första hand kvinnliga läkare och forskare som uppmärksammat den manliga subjektivitet som hittills dominerat i forskning och sjukvård. Många kvinnliga läkare har beskrivit hur deras egen situation, som kvinnor, haft inflytande över deras medicinska ställningstaganden [31].

Men exempel på motsatsen finns också: kvinnliga läkare och forskare som accepterat och själva skapat kunskap med män som norm. Hur och vilken kunskap kvinnor skapar och vad som, av båda könen, ges giltighet påverkas av det dominerande perspektivet – där bland annat »manscentrering» är framträdande. Dessutom är det vanligt att kvinnliga läkare delar andra villkor och värderingar mer med sina manliga kolleger än med flertalet av sina patienter. En privilegierad ekonomisk verklighet kan till exempel, även för en kvinnlig läkare, göra det svårt att föreställa sig en lågavlönad kvinnas vardagliga påfrestningar. Likheter mellan könen kan således ibland bli mer utslagsgivande än gemensam könstillhörighet.

Å andra sidan har kvinnliga läkare, som kvinnor, många erfarenheter som skiljer sig från mäns. Genom att mäns kroppar och erfarenheter gjorts till det »normala» (i medicinen) kan det bli svårt att identifiera och ge namn åt sådana erfarenheter. Om så sker är det vidare inte självklart att dessa uppfattas som relevanta och betydelsefulla i ett medicinskt sammanhang, ens av kvinnorna själva. Än mindre givet är att det går att göra dem gällande i vetenskapsvärlden.

Att fler kvinnor blir forskare innebär således inte med automatik en förändring av vetenskapen i riktning mot ökad könsteoretisk kompetens. Fler kvinnor kan emellertid, i enlighet med vad vi diskuterat ovan, innebära en potential till förändring – inte minst därför att frågor om kön, makt och subjektivitet kan göras synliga. Samtidigt blir det fel om kvinnor som vill forska alltid möts av förväntningar om att föra in nya kvaliteter i forskningen, bara för att de är kvinnor. Inte sällan är det sådana motiv som förs fram när fler kvinnor anses behövas, till exempel inom teknik och naturvetenskap [32]. Vi ser det i stället som en rättvisefråga att kvinnor ska ha sam-

ma möjligheter till forskning och karriär inom akademien som män.

### Frågan om vetenskapens möjligheter och begränsningar

»Kvinnoforskningen» har visat på könsskevheter och förtryck inbyggda i medicinsk och annan vetenskap. »Medicinsk kvinnoforskning» har skapat kunskap om vad kvinnors mindre makt i samhället betyder för kvinnors hälsa och hur detta påverkar mötet med vården och den kunskap och praktik som utvecklas i medicinen. Vidare har de samband som föreligger mellan medicinsk vetenskap och övrigt samhällsliv uppmärksammat [12].

Den kritik som förts fram mot »könsblind» forskning, och de forskningsresultat som presenterats inom området, har på senare år nått en viss genomslagskraft också inom etablerad medicinsk vetenskap. Samtidigt har även så kallad mansforskning börjat utvecklas. Det sistnämnda som en konsekvens av och fortsättning på kvinnoforskningen och dess teoretiska utveckling. När *relationen* mellan könen, och inte endast kvinnorna, satts i fokus har det blivit alltmer ofrånkomligt att också män har ett kön. Frågor som rör mäns större makt (som grupp), könsarbetsdelning privat och offentligt och hur normer om »manlighet» skapas i vårt samhälle, har börjat sättas i relation inte enbart till kvinnors hälsa utan också till mäns [33].

Kvinnoforskningens historia och teoretiska utveckling – som bland annat resulterat i de olika benämningarna feministisk, könsteoretisk eller genusforskning – reser i sin förlängning även frågor om vetenskapens möjligheter och begränsningar. Insikten om att vi i forskning inte söker och finner kunskap, utan skapar den och har ansvar för den, är nödvändig också inom medicinen. Detta är en förutsättning för rättvisare fördelning av hälsa – mellan människor av olika kön såväl som med andra skillnader i livsvillkor och möjligheter.

### Referenser

1. Carlstedt G, Forssén A. Kvinnoforskning. Inte bara forskning om eller av kvinnor. Läkartidningen 1996; 93(50): 4629-36.
2. Bexell A. Kvinnoforskning inom medicinen – behövs det? I Vetenskap, patriarkat och makt. Stockholm: Akademilitteratur, 1983: 97-107. Rapport från kvinnouniversitetet.
3. Borum K. Medicinsk kvindeforskning i vetenskapsteoretisk belysning. Socialmedicinsk tidskrift 1985; 62(8-9): 359-65.
4. Krarup-Sørbye I. Om könsförståelser i medicin – en kritisk betraktning. Oslo: NAVF, Nytt om kvinnoforskning, 1996 (2): 4-16.
5. Harding S. The Science question in feminism. Milton Keynes: Open university Press, 1986.
6. Saarinen A. Kvinnoforskningens interven-

tionsprojekt – problem och utmaningar. Kvinnovetenskaplig tidskrift 1989; 10 (3-4): 62-74.

7. Carlstedt G, Forssén A. Mellan ansvar och makt. En diskussion om arbete, hälsa och ohälsa utifrån tjugo kvinnors livsberättelser [dissertation]. Luleå: Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet, 1999.
8. Fausto-Sterling A. Myths of Gender. Biological theories about women and men. New York: Basic Books, 1992.
9. Defey D, Storch E, Cardozo S, Diaz O, Fernandez G. The menopause: Women's psychology and health care. Soc Sci Med 1996; 42 (10): 1447-56.
10. Wijma B, Wijma K. Sviter av övergrepp dold sjukdomsorsak. Läkartidningen 1993; 90: 614-6.
11. Hamberg K, Johansson E, Lindgren G. »I was always on guard» – an exploration of women abuse in a group of women with musculoskeletal pain. Family Practice 1999; 16: 238-44.
12. Forssén A. Gör vi dygd av tvånget och kvinnor till mäns motsatser? En kritisk självreflexion om feministers lust till ett kvinnligt väsen. Socialmedicinsk tidskrift 1998; 75 (1-2): 19-23.
13. Lundgren E. Det får da vaere grenser for kjønn. Voldelig empiri og feministisk teori. Oslo: Universitetsforlaget, 1993.
14. Strand K. Det kan bli både »for mye» og »for lite» kjønn – og gjerne samtidig – i forskning om forholdet mellom arbeid og sykdom. Kvinneforskning 1996; 1: 41-9.
15. Haraway D. Simians, Cyborgs, and Women. The reinvention of nature. New York: Routledge, 1991.
16. Fox-Keller E. Secrets of life, secrets of death. Essays on language, gender and science. London, New York: Routledge, 1992.
17. Runcis M. Steriliseringar i folkhemmet. Stockholm: Ordfront, 1998.
18. Johannisson K. Den mörka kontinenten. Stockholm: Norstedts, 1995.
19. Sherwin S. Bioetik i ett feministiskt perspektiv. Lund: Studentlitteratur, 1998.
20. Hultcrantz E, ed. Läkare, doktor och kvinna. Lund: Studentlitteratur, 1998.

*En fullständig referenslista kan erhållas från Annika Forssén, Institutionen för arbetsvetenskap, Luleå tekniska universitet, 971 87 Luleå.*

### Summary

**Feminist research makes clear that all research is political.**

Annika Forssén, Gunilla Carlstedt

*Läkartidningen 2000; 97: 5477-81.*

The article is a review of different trends and epistemologies in women's studies/feminist research within the field of medicine. In the beginning of the 1980s, women's studies entered the field of medicine in the Nordic countries. They are now a part of the feminist research that has been established within most sciences both nationally and internationally. The gender power relation and its impact on health - first of all women's, but in extension also men's - has been in focus. Moreover, science itself, its limits and possibilities, and the kind of knowledge it produces, is discussed. In this respect, feminist theory of science is a useful tool.

*Correspondence:* Annika Forssén, Department of Human Work Sciences, Luleå University of Technology, SE-971 87 Luleå, Sweden. *E-mail:* Annika.Forssen@arb.luth.se