

Anne Hammarström, professor i folkhälsovetenskap, med inriktning mot genusforskning, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, enheten för allmänmedicin, Umeå Universitet (anne.hammarstrom@fammed.umu.se)

Medicinen har mycket att lära av genusvetenskapen

|| Vad innebär egentligen ett genusperspektiv? Den frågan ställs allt oftare av kolleger i och med genusforskningens utveckling inom medicinen. Det finns inget allmänt vedertaget sätt att beskriva vad ett genusperspektiv innebär i forskningen. Kännetecknande för genusforskningens utveckling är perspektivrikedom och mångfald, men betoningen av mångfald hindrar inte att det finns en gemensam grundsyn vad gäller synen på genus.

Begreppet genus introducerades i syfte att tydliggöra att könsskillnader inte är konstanta och opåverkbara. Medan det biologiska könet avser biologiska skillnader mellan kvinnor och män (som olikheter i kromosomer, hormoner och reproduktiva organ) handlar genus om hur manligt och kvinnligt skapas i olika sociala och kulturella sammanhang. Genusperspektivet tar sin utgångspunkt i att biologiska könsskillnader tolkas olika i olika samhällen, det vill säga vad som uppfattas som manligt och kvinnligt varierar socialt och kulturellt [1].

Vi är hela tiden med och skapar manlighet och kvinnlighet genom vårt sätt att klä oss, tala och uppträda samt genom hur vi reagerar på och interagerar med kvinnor och män i vår omgivning. Även om det är väsentligt att särskilja kön och genus så är det viktigt att framhålla att sociala och kulturella könsskillnader inte på något entydigt sätt kan separeras från de biologiska. Särskilt inom den medicinska genusforskningen har det varit nödvändigt att lyfta fram det nära samspel som finns mellan biologiska och sociokulturella faktorer, vilket innebär att även biologiska förhållanden behöver problematiseras utifrån ett samhällsperspektiv och en konstruktivistisk ram [1-4].

Utifrån den folkhälsovetenskapliga genusforskning som har bedrivits kan ett antal framträdande egenskaper lyftas fram, som kan sägas beskriva vad ett genusperspektiv kan innebära jämfört med om forskningen hade varit mer traditionell. I den här artikeln ska jag i ett antal punkter sammanfatta vilken den förändrande potentialen av ett genusperspektiv inom folkhälsovetenskapen kan vara.

Nya frågeställningar och forskningsområden

Inom genusforskningen ställs nya frågor om tidigare okända eller dolda folkhälsoproblem. Genom att bygga på kvinnors upplevelser och egna kliniska erfarenheter har medicinska kvinnoforskare (under 1980-talet dominerade begreppet medicinsk kvinnoforskning, som i vårt land framför allt ersattes av genusforskning och internationellt även av feministisk

SAMMANFATTAT

Den folkhälsovetenskapliga genusforskningen ställer nya frågor om kvinnodominerade sjukdomar, om sjukdomar där det saknas kunskap om kvinnor, om kvinnors och mäns olika livsvillkor (exempelvis våld emot kvinnor) samt om betydelsen av hur kvinnlighet och manlighet tolkas i olika samhällen och hur resurser, beslutsfattande och arbete fördelas mellan könen.

Maktanalyser utgör ett utmärkande drag inom genusforskningen och kan exempelvis användas för att förstå hälsans ojämlika fördelning eller för att synliggöra att kvinnor inte är passiva offer utan aktörer i sina liv.

För att undvika förenklande generaliseringar behöver olikheter inom gruppen kvinnor respektive inom gruppen män uppmärksammas i förhållande till framförallt ålder samt social och etnisk bakgrund.

Teoriutveckling är central inom genusforskningen och kan göras på olika sätt, genom att: tolka fynden utifrån övergripande genusteorier; integrera ett genusperspektiv i traditionella teorier; utveckla genusinriktade begrepp, modeller och teorier; analysera hur kön/genus hanteras inom medicinen.

Genusinriktad mansforskning har visat hur män samtidigt är allestädes närvarande, som manliga normer, och osynliga vad gäller kritiska analyser. Olika maskuliniteters betydelse för hälsan behöver uppmärksammas och analyseras i ett genusperspektiv.

Medicinen har mycket att lära av genusvetenskapen i fråga om reflekterande förhållningssätt och vetenskapsteoretisk skolning.

Serie: Genusperspektiv

Tidigare artiklar i serien har publicerats i Läkartidningen nr 45, 46, 47, 49 och 50/00 samt i nr 3, 7 och 9/01.

	Aktör	Diagnos	Förhandlingsprocess om nytt arbete	Rehabiliteringsmål
MÄN ↑ ↑ Rehabiliteringsprocesser	Försäkrings-tjänstemän	Arbetsrelaterad	Lyssnad på och stödd	Arbete på grund av försörjningsansvar
	Läkare	Specifik diagnos Specifik behandling	Trodd och stödd	Arbetsmotiverad
	Klient	Tydligt arbetsrelaterade symtom	Kräver nytt arbete	Arbete
KVINNOR ↓ ↓ Rehabiliteringsprocesser	Klient	Osäkerhet om symtomen är arbetsrelaterade	Hoppas på hjälp	Arbete och familj
	Läkare	Diffus diagnos Ospecifik behandling	Misstrodd	Ambivalent
	Försäkrings-tjänstemän	Ej arbetsrelaterad	Bestämd över	Arbete som komplement till familjens försörjning

Figur 1. Den genuskodade rehabiliteringsprocessen som den uppfattas av manliga respektive kvinnliga klienter: Hur diagnoser skapas och påverkar klienternas förhandling med rehabiliteringsaktörer om åtgärder och målformulering. Ur Ahlgren C, Hammarström A [20].

forskning) uppmärksammat kvinnodominerade sjukdomar som led- och muskelvärk samt kronisk smärta [5-7]. Den biomedicinska modellens medikalisering och sjukliggörande av kvinnors reproduktiva hälsa har kritiserats och alternativa förhållningssätt har föreslagits [8]. Maktasymmetrier i konsultationen har problematiserats [5-7, 9]. 1980-talets kvinnoforskning bidrog också till att synliggöra bristen på kunskap om kvinnor vid flera sjukdomstillstånd, bland dem hjärtinfarkt, där forskningen huvudsakligen har varit gjord på män [1, 3].

Livsvillkor: Den medicinska kvinnoforskningen har sedan början av 1980-talet påtalat att kvinnors livsvillkor har försumrats inom medicinen, vilket bland annat framgår av två temanummer av Socialmedicinsk tidskrift (nr 8-9 1985, nr 1-2 1998). En nyligen publicerad avhandling beskriver och karakteriserar några äldre kvinnors arbetslivshistoria och deras upplevelser av välbefinnande och plågor [5]. Genom att benämna och beskriva dessa kvinnors faktiska arbetsinsatser har författarna synliggjort kvinnornas liv samt de processer som leder till hälsa eller ohälsa.

Våld mot kvinnor: Ett annat livsvillkor som uppmärksammas inom kvinno- och genusforskningen är det våld, förtryck och de övergrepp som kvinnor utsätts för av framförallt sina makar, sambor och andra närstående män [3, 10, 11]. Trots att våld mot kvinnor utgör ett väsentligt folkhälsoproblem [5, 6, 10, 11] har det förblivit ett osynligt fenomen inom folkhälsovetenskapen [12, 13]. Inte förrän 1999 startades den första omfattande prevalensstudien i Sverige vad gäller fysiskt och psykologiskt våld från män i nära relationer.

Skadeförebyggande insatser baseras ofta på skaderegistreringar, men i dessa uppmärksammas i liten utsträckning övergrepp och våld mot kvinnor. Ett exempel på det är att inte ett enda fall av kvinnomisshandel rapporterades under ett års registrering av drygt 8 000 skador, trots att patienten själv fyllde i formuläret och direkta frågor fanns om huruvida skadan hade orsakats av någon annan person [13]. En viktig orsak till att sexualiserat våld förblir osynligt i bland annat ska-

deregistreringar är att metoderna avseende såväl forskning som intervention inte är anpassade till problemområdet. Vårdgivaren måste ha kunskap i ämnet, förstå hur den misshandlade kvinnan påverkas av den misshandlande mannens våld samt ha förmåga att skapa en förtroendefull relation [12]. En förutsättning för att skapa en dialog med misshandlade kvinnor är kunskap om den så kallade normaliseringsprocessen, det vill säga hur våldet blir en »normal« del av vardagen samt hur de misshandlade kvinnorna lägger skulden för misshandeln på sig själva, och ser det som riktigt att de blir slagna [10]. En annan förutsättning för att skapa en dialog är att visa respekt för kvinnorna, våga lyssna, ha förmåga till egen lyhördhet och beredskap att se och reflektera över sig själv och sina egna värderingar [13].

Genus som konstruktion och relation: Inom genusforskningsområden analyseras genus som konstruktion, relation och maktordning, vilket också bidrar till nya frågeställningar och forskningsområden.

Ett exempel på vad genuskonstruktioner kan innebära är taget från en studie där drygt tusen 16-åringar har följts från årskurs 9 och 14 år framåt [14, 15]. Forskningen visar att trots en arbetsmarknad som gynnar män har långtidsarbetslösa unga män betydligt svårare än unga kvinnor i motsvarande situation att ta sig ur arbetslösheten [15]. En förklaring till detta kan ha att göra med hur den dominerande formen av maskulinitet skapas bland dessa marginaliserade unga män i en atmosfär av våld, där slagsmål och misshandel liksom våldsamt risktagande i bland annat trafiken utgör en del av tillvaron [14, 22]. En del av dessa män har hög alkoholkonsumtion liksom kriminalitet, vilket ytterligare försvårar möjligheterna att få jobb. Den dominerande formen av kvinnlighet bland de unga, långtidsarbetslösa arbetarklasskvinnorna å andra sidan, skapas kring barn och familj, vilket innebär att de i större utsträckning än män i motsvarande situation blir ansvarstagande och relationsinriktade – och att de därigenom blir mer lyhörda för omgivningens påtryckning att ta sig ur arbetslösheten [14].

Genusforskningens betoning av relationer mellan könen

avser inte parrelationer utan de strukturellt organiserade relationerna mellan kvinnor och män i samhället, i förhållande till arbetsfördelning, resursfördelning och beslutsfattande. Denna så kallade genusordning beskrivs mer utförligt nedan, under rubrik teoriutveckling.

Maktperspektiv

Frågor om fördelning av makt och resurser mellan kvinnor och män utgör ett centralt område inom genusforskningen. Maktperspektivet inom den folkhälsovetenskapliga genusforskningen kan analyseras på olika sätt [16].

1. Makt som individuellt attribut: Här betraktas makt som en resurs som individer kan äga och fritt välja att förvalta. Olika livsstilar betraktas då som frivilliga val som individer gör beträffande sina beteenden, särskilt vad gäller motion, matvanor, alkohol och tobak. En kritik som riktas mot denna modell är att olikheter i livsvillkor mellan kvinnor och män, som fattigdom och brist på inflytande, har större betydelse för den sneda könsfördelningen i hälsa än individuella livsstilsvanor [3].

2. Makt som något strukturellt och socialt fördelat: Enligt detta maktperspektiv anses människors möjligheter att förbli friska inte bero på deras personliga attribut utan på sociala strukturer som missgynnar vissa grupper. Omfattande forskning har påvisat hälsans ojämlika fördelning bland kvinnor och män beroende på framförallt social och etnisk bakgrund [14, 17].

Även om kön och genus är grundläggande så är det inga enhetliga kategorier. Kvinnor är sinsemellan olika på grund av framförallt social, kulturell och etnisk bakgrund, i-lands-/utlandstillhörighet, religion, sexuell läggning och ålder. Detsamma gäller män. Hur alla dessa förhållanden samverkar med kategorin kön utgör viktiga analytiska problem inom genusforskningen [3, 4].

Genom att fokusera olikheter inom gruppen kvinnor respektive inom gruppen män minskar genusforskningen risken för att forskningen om kön och genus ska bli essentialistisk, det vill säga tendensen att betrakta skillnaderna mellan kvinnor och män som generella, konstanta och opåverkbara.

Detta maktperspektiv har länge genomlyst genusforskningen och behövs än idag, särskilt i epidemiologisk forskning om hälsans orsaker och utbredning i befolkningen.

3. En poststrukturalistisk maktmodell: Den postmoderna genusforskningen betonar utifrån Foucaults maktanalyser att makt inte nödvändigtvis behöver vara förtryckande, eller komma ovanifrån från en förtryckande grupp gentemot en förtryckt grupp [16]. Tvärtom opererar makten i alla vardagliga sammanhang och i samtliga interaktioner mellan människor, där den strömmar i alla riktningar. Som genusforskare betonar vi att det på mikronivå finns multipla hierarkier beroende på kön, där den dominerande maskulinitetens utmärkande drag är att exkludera och marginalisera det feminina.

Inom den poststrukturalistiska modellen betraktas makt som produktiv, det vill säga den åstadkommer förändringar som har både negativa och positiva effekter. I ett folkhälsovetenskapligt perspektiv kan detta angreppssätt ha betydelse för att förstå människors till synes irrationella beteende när det gäller att främja sin hälsa, exempelvis varför en kvinna stannar kvar i en misshandelsrelation [16]. I en kvalitativ artikel om flickors och pojkars strategier för ökad makt i klassrummet kan en poststrukturalistisk maktmodell användas för att beskriva flickornas strävanden att utifrån ett underläge öka sin makt gentemot pojkarna i klassen [18]. Flickgruppens kollektiva agerande byggde på samarbete, konsensus och jämlikhet, och blev därmed mer demokratiskt och även mer hälsobefräm-

jande jämfört med pojkgruppens gemensamma försök att ta makt och kontroll i klassrummet.

Kvinnor- och genusforskningen har gått i bräschen när det gäller att ändra den traditionella forskningsinriktningen från att betrakta kvinnor som passiva objekt till att lyfta fram kvinnor som aktiva och handlande subjekt. Aktörsperspektivet innebär att deltagarnas egna handlingar, strategier och tankar står i fokus.

Teoriutveckling

I det medicinska systemet av idag är naturvetenskap och positivism så självklara utgångspunkter att de ofta inte ens uppfattas som en teori. Som genusforskare inom medicinen har vi en viktig uppgift i att synliggöra rådande paradigmer utifrån genusvetenskapliga referensramar. Fyra olika sätt att utveckla genusteorier inom forskningen kan urskiljas [17].

Det första sättet innebär att tolka resultaten utifrån övergripande genusteorier. Denna teorianvändning är mest användbar inom kvantitativ forskning, där genusteorier används för att tolka och förklara resultaten. Ett exempel kan hämtas från en kvantitativ studie av 21-åringars hälsa i hög- jämfört med lågkonjunktur [19]. Teorier om genusordningen kan användas för att ge tänkbara förklaringar till resultaten som visade att de unga kvinnor som arbetade och befann sig i arbetsmarknadspolitiska åtgärder försämrade sin hälsa mest av alla under lågkonjunktursens 1990-tal. Genusordningen i arbetslivet medför att arbetsmarknaden blir påtagligt könssegregerad, det vill säga män tenderar att jobba på arbetsplatser som domineras av män och kvinnor på kvinnodominerade arbetsplatser. Vid lågkonjunktur får nedskärningar svårare konsekvenser på kvinnodominerade arbetsplatser eftersom arbetet inriktat mot andra människor inte går att rationalisera lika lätt som arbete inriktat mot maskiner. Detta kan vara en orsak bakom kvinnors försämrade hälsa i Sverige under 1990-talet [19].

Det andra sättet att använda teorier är att integrera ett genusperspektiv inom de traditionella teorierna. Ett första steg innebär att överhuvudtaget synliggöra kvinnors villkor, eftersom teorierna utger sig för att vara allmängiltiga även om de endast utgår ifrån männens verklighet. I ett andra steg synliggörs genus som relation, konstruktion och maktordning, exempelvis betydelsen av den ojämlika resursfördelningen mellan kvinnor och män i deprivationsteori [14].

Det tredje sättet innebär att utveckla genusinriktade begrepp, modeller eller teorier i forskningen. I exempelvis en kvalitativ studie av den genuskodade rehabiliteringsprocessen utvecklar vi en modell utifrån interaktionen mellan klienterna (unga personer i arbetaryrken med framförallt muskuloskeletala besvär) och rehabiliteringsstrukturerna (läkare, försäkringstjänstemän) i syfte att förstå varför flera studier har visat att män rehabiliteras tillbaka till arbetslivet i större utsträckning än kvinnor. Delar av denna modell framgår av Figur 1 [20].

Figuren beskriver rehabiliteringsprocessen som den uppfattades av klienterna, hur diagnoser tolkades och skapades som arbetsrelaterade bland män och icke arbetsrelaterade bland kvinnor liksom hur förhandlingsprocessen om ett nytt arbete och rehabiliteringsmålen blev olika beroende på hur manlighet respektive kvinnlighet skapades i rehabiliteringsprocessen [20].

Det fjärde sättet att använda genusteorier handlar om vetenskapsanalys, det vill säga att analysera vad genus betyder inom det medicinska vetenskapssamhället. Genusforskningen har uppmärksammat att forskning om män generaliseras till att gälla även för kvinnor. Genusbias i förhållande till hjärtinfarkt (det vill säga att kvinnor delvis har andra riskfaktorer och andra symtom än med män samt att kvinnor också



Annons

Annons

behandlas mer passivt och har sämre prognos) har på senare år rönt stort intresse och lett till allt fler studier kring kvinnor och hjärt-kärlsjukdomar [1]. Intresset har däremot inte på motsvarande sätt ökat när det gäller forskning om genusbias vid andra sjukdomar.

Ett annat viktigt område är att analysera hur begrepp, utvecklade inom den genusteoretiska forskningen, används inom medicinen. När resurser tillskapas för genusforskning finns risken att begreppen används helt frikopplade från sin vetenskapliga bas. Det finns flera exempel på att medicinen definierar genus utan kunskap i, eller med hänsyn tagen till, genusvetenskapen som ett akademiskt kunskapsområde. Detta har medfört att kvinnoforskning har definierats som synonymt med gynekologi, medan genusforskning har blivit liktydigt med forskning om kvinnor och män. Därför behövs det en fortsatt kritisk granskning av hur genus används inom medicinen.

Maskulinitetsforskning

Den folkhälsovetenskapliga genusforskningen har alltmer betonat betydelsen av att problematisera olika maskuliniteters betydelse för hälsan [14, 17, 18, 22]. Det faktum att män i nästan alla länder har kortare medellivslängd än kvinnor har rönt förhållandevis litet intresse inom den medicinska forskningen och inom det förebyggande folkhälsoarbetet. I Sverige lever män i genomsnitt fem år kortare än kvinnor, trots att männen generellt sett har bättre levnadsvillkor vad gäller ekonomisk situation, arbetsmiljö, politiskt inflytande med mera. En viktig frågeställning är vad männens strukturella överordning betyder inte bara för kvinnors hälsa utan även för hälsan bland män i olika maktpositioner.

När en ung man dör i en bilkrasch i samband med en bilkappkörning med gänget beror inte detta på något medfött manligt beteende eller på någon förutbestämd manlig könsroll. Den unge mannens våldsamma bilkörning är istället ett sätt för honom att demonstrera maskulinitet, det vill säga att göra sig själv till man [14, 22]. Ett genusperspektiv bygger på att idéer om kvinnligt och manligt är socialt, kulturellt och historiskt konstruerade och därmed möjliga att förändra [1, 9, 15, 18, 20]. Genus genomsyrar också de normer och regler som styr vårt beteende och vårt sätt att uttrycka känslor. Den ojämlika fördelningen av makt och arbete mellan kvinnor och män liksom olikheter i livsvillkor i övrigt skapar olika uttrycksformer för känslor bland kvinnor och män, där den dominerande formen av manlighet är mer förknippad med utåtvändhet (aggressivitet och våld), medan den dominerande formen av kvinnlighet sammankopplas med inåtvända känslor (oro, hopplöshet och nedstämdhet). Detta får bland annat som följd att män som demonstrerar den dominerande formen av maskulinitet blir mer benägna än andra män och majoriteten kvinnor att ta risker vad gäller sitt liv och sin hälsa.

Den engelska sociologiprofessorn Jeff Hearn menar att män är både allestädes närvarande, som manliga normer, och samtidigt märkligt osynliga vad gäller kritiska analyser [21]. Han menar att det framförallt är den internationella feministiska forskningen som har utvecklat mansforskning genom att synliggöra männens makt i relationer samt genom en fokuserad kritik på vad det i våra samhällen innebär att vara man. Hearn varnar för att studier av män alltid ökar risken för att osynliggöra maktrelationerna mellan kvinnor och män. Istället propagerar han för en profeministisk, antipatriarkal maskulinitetsforskning och praxis.

Från periferi till centrum

Med den här artikeln har jag – med exempel från folkhälsovetenskaplig forskning – velat visa vad ett genusperspektiv

kan innebära inom medicinen. I några punkter har jag sammanfattat vilken den förändrande potentialen av ett genusperspektiv kan vara. Listan kan förstås göras mycket längre men den torde räcka för att påvisa genusforskningens möjligheter. Genom att ifrågasätta gamla sanningar, ställa nya frågor, utveckla nya perspektiv och teoretiska grunder innebär genusforskningen något helt nytt inom medicinsk forskning. Med sitt reflekterande och kritiska förhållningssätt samt sin starka förankring i vetenskapsteoretiska skolbildningar torde genusforskning ha mycket att bidra med till den medicinska forskningen. Eftersom teoriutvecklingen och reflekterande förhållningssätt kan anses vara centrala element inom ett vetenskapligt fält vill jag dessutom hävda att medicinen har mycket att lära av genusforskningen i dessa avseenden.

Den medicinska kvinno- och genusforskningen bedrevs från starten i början av 1980-talet framförallt i periferin utanför det medicinska etablissemanget. Med årens lopp har genusvetenskapen åtminstone på några universitet i landet alltmer etablerats inom medicinen. Det finns professorer, lektorer och många andra forskare och lärare inom området, liksom vetenskapliga konferenser och tidskrifter (bland annat *Läkartidningens* genusserie) samt en livaktig debatt. Men det är ingen rak väg framåt; genusforskningen går två steg framåt och ett steg bakåt, den tar omvägar och kringelkrokar. Men den rör sig sakta framåt, från periferin mot centrum. Genusvetenskapen är således inte längre en perifer verksamhet inom medicinen utan den befinner sig mitt i medicinens kärna!

Referenser

1. Hamberg K, Hammarström A. Biologi eller kultur? Om kön inom medicinen. I: Hultcrantz E, red. Om kön i läkarutbildningen. Lund: Studentlitteratur, 1998.
2. Fausto-Sterling A. Myths of »gender«. Biological theories about women and men. New York: Basic books, 1992.
3. Doyal L. What makes women sick. Gender and the political economy of health. London: Macmillan, 1995.
4. Hammarström A, Härenstam A, Östlin P. Gender and health – concepts and explanatory models. I: Östlin et al, red. Gender inequalities in health – an edited volume designed to explain the considerable differences in morbidity and mortality that can be observed between men and women. Cambridge MA: Harvard center for population and development studies, Harvard university press. Under publ.
5. Forssén A, Carlstedt G. Mellan ansvar och makt. En diskussion om arbete, hälsa och ohälsa utifrån tjugo kvinnors livsberättelser [dissertation]. Luleå: Luleå tekniska universitet, institutionen för arbetsvetenskap, avdelningen för genus och teknik, 1999.
6. Johansson E. Beyond frustration: understanding women with undefined musculoskeletal pain who consult primary care [dissertation]. Umeå: Umeå universitet, institutionen för allmänmedicin, 1998.
7. Malterud K. Allmenpraktikerens möte med kvinnelige patienter [dissertation]. Bergen: Universitetet i Bergen, institutt for allmennmedisin, 1990.
8. Hovelius B, Ekström H, Esseveld J, Landgren BM, Vinge E. Klimakteriet – sjukliggörande eller normalisering? *Läkartidningen* 2000; 97: 5927-30.
10. Risberg G. Sexualiserat våld som folkhälsoproblem. Vårdgivarens motsämd mot att fråga försvarar rehabiliteringen av kvinnor. *Läkartidningen* 1994; 91: 4770-1.
11. Widding Hedin L. Woman abuse during pregnancy. A prevalence study of psychological and physical abuse among Swedish women. Göteborg: Göteborg University, department of obstetrics and gynecology, 1999.
12. Rönnerberg AK, Hammarström A. Barriers encountered by women exposed to sexualised violence in their interactions with the health care system – a literature review. *Scandinavian Journal of Public Health* 2000; 28 (3): 222-9.
14. Hammarström A. Arbetslöshet och ohälsa – om ungdomars livsvillkor. Lund: Studentlitteratur, 1996.
15. Hammarström A, Janlert U. Do early unemployment and health status among young men and women affect their possibility of later

- employment? *Scandinavian Journal of Public Health* 2000; 28 (1): 10-5.
16. Hammarström A, Ripper M. What could a feminist perspective on power bring into public health? *Scandinavian Journal of Public Health* 1999; 27 (4): 286-9.
 17. Hammarström A. Why feminism in public health. Editorial for the special issue on feminism in public health. *Scandinavian Journal of Public Health* 1999; 27 (4): 241-4.
 18. Gillander Gådin K, Hammarström A. »We won't let them keep us quiet. . . « Gendered strategies in the negotiation of power – implications for pupil's health and school health promotion. *Health Promotion International* 2000; 15 (4): 303-11.
 19. Novo M, Hammarström A, Janlert U. Do high levels of unemployment influence the health of those non-employed? A gendered comparison of young men and women during boom and recession. *Soc Sci Med*. Under publ.
 20. Ahlgren C, Hammarström A. Back to work. Gendered experiences of rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health* 2000; 28 (2): 88-94.
 21. Hearn Jeff. Hva innebaerer kritiske studier av menn? *Kvinneforskning* 1997; 21 (1): 76-88.
 22. Connell R. *Masculinities*. St Leonards: Allen and Unwin, 1995.

Fullständig referenslista kan erhållas från författaren.

SUMMARY

Medicine has much to learn from gender studies

Anne Hammarström

Läkartidningen 2001; 98: 1222-7

The issues raised in this article and illustrated with examples from gender research indicate new directions for public health, taking multidisciplinary gender scholarship into account. The changing potential of a gendered public health can be summarized in the following issues: new research questions and research areas, making differences within the group of women/men visible, introducing power analyses, developing theoretical frameworks as well as problematizing masculinities. Medicine has much to learn from gender research, especially in relation to reflexive approaches as well as current epistemology.

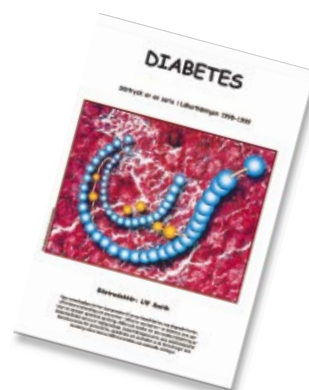
Correspondence: Anne Hammarström, Dept of Public Health and Clinical Medicine, Family Medicine, Umeå universitet, SE-901 85 Umeå, Sweden

Särtryck

Läkartidningen

Nya vetenskapliga rön har lagt grunden till en ny klassifikation, nya diagnoskriterier, effektivare behandling och prevention – inklusive vaccination – av diabetes, som uppvisar en närmast epidemisk spridning. Målen och medlen för den snabba förbättringen av diabetesvården som nu är möjlig belyses i *Läkartidningens* serie, som också analyserar konsekvenserna för patienterna, sjukvården och samhället av de förändringar som Socialstyrelsen hösten 1999 fastställde som nationella riktlinjer.

Priset är 85 kronor.



Diabetes

Beställer härmed.....ex
av "Diabetes"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

**Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm**

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker