

# Genusperspektiv på vårdvetenskap

Ann Öhman

Högskoleverket • Luntmakargatan 13 • Box 7851, 103 99 Stockholm  
tfn 08-563 085 00 • fax 08-563 085 50 • e-post [hsv@hsv.se](mailto:hsv@hsv.se) • [www.hsv.se](http://www.hsv.se)

### **Genusperspektiv på vårdvetenskap**

Utgiven av Högskoleverket 2009

ISBN 978-91-85027-71-2

Författare: **Ann Öhman**

Kontaktperson på Högskoleverket: Magdalena Inkinen

Foto: Marie Malmberg

Grafisk form: Högskoleverkets informationsavdelning, Devrim Caglar

Tryck: NRS Tryckeri AB, Huskvarna, maj 2009

**Tryckt på miljömärkt papper**

# Innehåll

Förord	5
Genusperspektiv i vård, omsorg och rehabilitering	7
Ett exempel	8
Genus skapas och återskapas	9
Genusanalyser i vårdvetenskap och medicinsk forskning	10
Centrala genusteoretiska begrepp och ansatser	13
Definitioner	13
Några genusteoretiska ansatser	14
Tidiga genusteorier	16
Skandinaviska genusteoretiker	17
Maskulinitet och genusordning	19
Moderna perspektiv	19
Vårdvetenskapens utveckling i ett genusperspektiv	23
Vårdvetenskap som kunskapsområde	23
Från underordnade kvinnoyrken till akademiska discipliner	24
Genus(o)medvetenhet i hälso- och sjukvården	27
Genusperspektiv i vårdvetenskaplig forskning	29
Olika nivåer av genusanalyser	29
Genus ofta osynligt i vårdvetenskapliga teorier	30
Genus i mötet med patienten	31
Funktionshinder, kropp och genus	33
Behandling och rehabilitering	33
Sexualitet och genus	35
Våld i nära relationer	36
Genus i vårdens organisationer	37
Genuskodat arbete i vården	40
Genus i vårdvetenskap i internationellt perspektiv	45
Genus och jämställdhet	47

Genusperspektiv i vårdvetenskap – möjligheter och framtidsvisioner	49
Tips för fortsatt kunskapsinhämtande	51
Webbadresser	53
Referenser	55

# Förord

*Genusperspektiv på vårdvetenskap* är skriven av Ann Öhman, leg. sjukgymnast samt lektor och docent i folkhälsovetenskap med inriktning mot genusforskning vid Umeå universitet. Det här är den fjortonde titeln i serien om genusperspektiv som ges ut av Högscoleverket i samarbete med Nationella sekretariatet för genusforskning. Syftet med serien är att ge en orientering om genusperspektiv inom olika discipliner.

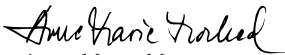
Krav på genusperspektiv i utbildning och forskning möter ofta motfrågan: vad är genusperspektiv? Ett givet och entydigt svar finns inte; forskare inom olika ämnen har olika syn på hur begreppet bäst definieras och används.

Ann Öhman menar att genus och kön har stor betydelse inom hälso- och sjukvården. Att lägga ett genusperspektiv på vårdvetenskap kan innebära att analysera hur kvinnor och män bemöts i vården, om vissa hälsoproblem är mer eller mindre förknippade med män respektive kvinnor och vilken betydelse kön har för yrkesutvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Vår förhoppning är att skriften ska väcka intresse och stimulera till diskussion och fortsatt läsning.



ANDERS FLODSTRÖM  
Universitetskansler, Högscoleverket



ANNE-MARIE MORHED  
Föreståndare, Nationella sekretariatet för genusforskning



LARS JALMERT  
Ordförande i Högscoleverkets jämställdhetsråd



## Genusperspektiv i vård, omsorg och rehabilitering

Har det betydelse om patienten är man eller kvinna? Får män och kvinnor samma bemötande i hälso- och sjukvården? Är vissa hälsoproblem mer eller mindre förknippade med män respektive kvinnor? Har kvinnors och mäns levnadsvillkor betydelse för utvecklingen av olika hälsoproblem? Hur vet en barnmorska ifall den gravida kvinnan är utsatt för våld av sin partner? Har skolsköterskor verktyg att analysera genusrelationer i skolan och deras betydelse för tjejs och killars hälsa? Har kön betydelse för hur yrkesutvecklingen ser ut inom det vårdvetenskapliga yrkesområdet? Hur ser rehabiliteringen ut för kvinnor respektive män? Finns det skäl att tro att de teorier som används inom vårdvetenskap inte har tagit hänsyn till kön och genus?

Frågorna har stor relevans för hur vi uppfattar och förhåller oss till både forskning, utbildning och praktiskt yrkesutövande inom det vårdvetenskapliga området. Genus och kön är viktiga analytiska kategorier som har stor betydelse för hur vi tänker om människor, hur vi behandlar patienter och hur undervisning och forskning inom hälso- och sjukvården sker. I den här skriften står genus i fokus. Genus definieras som en social kategori. Det är den sociala dimensionen av det biologiska könet. Biologiskt kön är självfallet också en viktig kategori inom vårdvetenskap, men i den här skriften är biologin inte i förgrunden. Andra analytiska kategorier kan vara social klass, etnicitet, ålder och så vidare. Många anser att genus är den viktigaste sociala kategorin för att forma och benämna en människa.

### **Ett exempel**

En kvinna i 65-årsåldern ringer efter ambulans för att hon har besvär med andningen och uppger att hon har ont i magen och känner sig matt och yr. Hon väntar 15 minuter och ringer då en gång till för att fråga var ambulansen håller hus och om den inte kommer snart. Hon börjar känna sig riktigt matt och har ont i brösttryggen. Hon får vänta ytterligare nio minuter på ambulansen. I ambulansen får hon sitta upp och man ger henne lugnande och smärtlindring. Man säger åt henne att ta det lugnt och inte hetsa upp sig. Väl framme på akutintaget väntar ett team som tar hand om henne och undersöker hennes hjärta. Det visar sig att hon har en medelstor hjärtinfarkt. En vecka senare insjuknar hennes manlige 63-årige granne med andningsbesvär och ont i bröstet. Han ringer efter ambulans och den kommer efter 14 minuter. I ambulansen får han syrgas, smärtstillande och annan adekvat behandling vid misstanke om hjärtinfarkt. På akutmottagningen väntar hjärtteamet som snabbt konstaterar att han har en medelstor hjärtinfarkt.

Vad säger oss detta exempel? Personerna bor i samma hyreshus vilket utesluter att kvinnan får vänta på ambulansen betydligt längre än mannen på grund av avståndet till sjukhuset. De är i ungefär samma ålder vilket inte heller kan förklara skillnaden. När de ringer efter ambulansen uppger de båda två att de har andningsbesvär och smärta. De får inte samma behandling i ambulansen eftersom deras besvär tolkas olika trots att de är tämligen lika. Väl framme på akutmottagningen får de dock samma undersökningar av lika kompetent personal.

Exemplet är konstruerat utifrån forskning (Schenk-Gustafsson 2008) som påtalar att kvinnor får vänta längre på ambulans och att de insatser som vårdpersonalen väljer att sätta in är olika beroende på patientens kön. Det visar tyd-



ligt att här handlar det om förgivettagna föreställningar om kvinnors och mäns hälsoproblem. Kvinnans symptom tolkades som någon form av ångestattack och hon fick initialt behandling utifrån den tolkningen. Mannens problem tolkades omedelbart som symptom på en pågående hjärtinfarkt. I och med denna skillnad i tolkningar av deras självrapporterade sjukdomstillstånd så får kvinnan ett annat omhändertagande från första början.

Att mäns och kvinnors symptom på hjärtinfarkt ibland skiljer sig åt har varit känt sedan början av 1990-talet. Därför är det anmärkningsvärt att vi 2008 kan läsa att det fortfarande är skillnader i det akuta omhändertagandet av dessa patienter, ett omhändertagande som har stor betydelse för prognos och överlevnad bland hjärtsjuka. Ur ett genusperspektiv kan man säga att skillnaden i behandling bland annat har att göra med den genusordning som råder i samhället, där manligt ofta tolkas som mer angeläget, får större utrymme och mer resurser.

### **Genus skapas och återskapas**

”Man föds inte till kvinna, man blir det.” Meningen är hämtad från den kända författaren Simone de Beauvoirs bok *Det andra könet* från 1949, där hon pekade på hur människor formas av sina sociala omständigheter och i detta fall av sitt biologiska kön. En av de första frågor som nyblivna föräldrar får är ofta ”Vad blev det för sort?” Varför är det så viktigt att veta ett litet barns kön? Vi har antagligen väldigt svårt att förhålla oss till en människa oavsett ålder, om vi inte kan säga om det är en flicka/kvinna eller pojke/man. Lärandeprocessen att ”bli” man eller kvinna börjar därför mycket tidigt i livet. Pojkar och flickor lär sig genom interaktion med sin omgivning vad som är relevant

och acceptabelt beteende, vad de ska tycka och tänka och hur de ska se ut (Bjerrum Nilsson 1991).

Skolan formar också utifrån tämligen givna ramar normer för vad som är acceptabelt för killar respektive tjejer att göra. Den moderna kulturen och konsumtionssamhällets krav på perfektion är ytterligare arenor där genus skapas och återskapas om och om igen. Och i hälso- och sjukvården bemöts ofta patienter utifrån förväntningar om manligt och kvinnligt beteende och via genuskodade föreställningar om sjuklighet som speglar rådande normer och värderingar om kvinnor och män.

### **Genusanalyser i vårdvetenskap och medicinsk forskning**

Inom vårdvetenskapen är den här kunskapen tämligen ny och inte särskilt uppmärksammas. Det verkar som att man där ser på människor som neutrala individer utan kön/genus, vilket gör att man bortser från genus som en viktig del i vårdprocesser, behandling, bemötande och så vidare. Vid en litteratursökning för att ta reda på vad som publicerats inom det vårdvetenskapliga området när det gäller genusfrågor, hittar man inte särskilt mycket. Omvårdnad är det fält inom vårdvetenskapen som har det mest utvecklade genusperspektivet även om det också där finns mycket mer att önska, inte minst när det gäller teoriutvecklingen. Inom sjukgymnastik finns en del forskning med genusperspektiv, medan forskning inom exempelvis arbetsterapi väldigt lite har fokuserat på genus.

Inom medicinen och läkarprofessionen däremot finns det väsentligt mer skrivet och studerat och där har genusperspektiv funnits under längre tid, även om det fortfarande finns ett rätt stort motstånd mot genusfrågor inom medicinen. Studier har bland annat visat att läkare inte

behandlar kvinnor och män lika, även i fall där läkaren själv tror sig agera jämställt och genusneutralt (Hamberg 2008, Risberg 2004). Den här skriften begränsar sig till det svenska vårdvetenskapliga området och inkluderar därför i princip inte forskning inom det rent medicinska fältet. För en fördjupad genomgång av genusperspektiv inom medicinen se Hammarströms skrift i samma serie (Hammarström, 2004).

Den här skriften kan användas inom vårdvetenskapliga utbildningar, som introduktion för forskare som vill anlägga ett genusperspektiv i sin forskning samt av vårdpersonal inom hälso- och sjukvården som är intresserade av genusperspektiv. De exempel på genusforskning inom vårdvetenskap som jag ger här kan på intet sätt vara heltäckande vad gäller den forskning som numera ändå finns. Snarare försöker jag ge exempel från olika ämnesområden inom vårdvetenskapen.

Jag kommer i det följande att göra en genomgång av vad genus är. Vidare presenteras några genusteoretiska begrepp och grundantaganden ur den rika genusteoretiska kunskapsbasen. Därefter följer ett avsnitt om vårdvetenskapens utveckling i ett genusperspektiv och till sist presenteras exempel på vårdvetenskaplig forskning där genus använts för att analysera resultat. Fokus ligger på den svenska kontexten med bara korta utblickar i den internationella litteraturen.



**Bild 1.** Akutintag.

# Centrala genusteoretiska begrepp och ansatser

## Definitioner

Genus definieras som tidigare nämnts som den sociala dimensionen av att vara kvinna, man, pojke eller flicka. Det handlar således om människors samspel i grupp, hur vi uppfostras, vad vi säger och tänker och hur vi uppfattar och internaliserar manligt och kvinnligt. Det handlar om attityder och uppfattningar men sitter också djupt i varje enskild persons identitet. Mycket har med normer och värderingar att göra och detta avspeglar sig i vad vi gör, även inom vården. En genusanalys innehåller ofta, men inte alltid, en maktanalys, och maktrelationer är viktiga att belysa, inte minst inom vård och omsorg.

Det finns flera likheter mellan vårdvetenskap och genusvetenskap; båda är relativt unga discipliner, båda syftar till att studera mellanmänskliga interaktioner och båda är till sin karaktär tvärvetenskapliga. På samma sätt som vårdvetenskap utvecklats och blivit en del av akademien så har genusvetenskapen gjort det.

Genusvetenskap är en relativt nyetablerad akademisk disciplin och ett eget kunskapsområde både nationellt och internationellt. Vid många lärosäten är genusvetenskap ett ämne som kan läsas på grund-, avancerad och forskarnivå. Från att ha varit ett fält som provocerade och utmanade har det blivit en del av den etablerade akademien. Ibland är det ett profilområde när det gäller forskning. Ämnet genusvetenskap har en tvärvetenskaplig tradition. I mötet mellan olika vetenskaper har kunskapsfältet för forskning om könsrelationerna kunnat växa och vidgas. Genusvetenskap är idag, med andra ord, en vedertagen beteckning på ett vidsträckt kunskapsområde som inrymmer såväl empiriska

som teoretiska studier, vilka på olika analytiska nivåer och med olika metoder undersöker hur genus tar sig uttryck i människors liv.

Genusvetenskap är fortfarande ett kunskapsområde som har som avsikt att problematisera och kritisera rådande föreställningar och strukturer. Inte sällan har det också en ambition att förändra rådande förhållanden och att utmana och kritisera traditionell kunskapsproduktion och vetenskapssyn.

### **Några genusteoretiska ansatser**

Vilken är då den mest centrala genusteorin? Det finns inget entydigt svar på denna fråga eftersom det genusteoretiska fältet består av en mängd discipliner och ett stort antal teoretiska ansatser och infallsvinklar. Det beror på vilken disciplin man tillhör eller vilken forskningsinriktning man har. Det är inte möjligt att inom ramen för denna skrift redogöra i detalj för det numera mycket omfattande genusteoretiska fältet. För en fördjupning av den genusteoretiska litteraturen rekommenderas boken *The second wave* (Nicolson 1997). Jag ska dock peka på några teorier och teoretiker som haft en avgörande betydelse för kunskapsutvecklingen på genusfältet. Centrala begrepp inom genusteori är kvinnligt, manligt, män, kvinnor, sexualitet, identitet, maskuliniteter och feminiteter.

Ett grundantagande inom genus och feministisk forskning är att det råder ojämlikhet mellan könen i samhället på en rad områden. Den här ojämlikheten skapas och återskapas genom olika genusprocesser. Genus är med andra ord något som görs, som skapas och inte i första hand ett stillastående tillstånd. Det förändras ständigt och ser olika ut i olika sociala och kulturella sammanhang. Det är således ett kontextberoende begrepp. Som analytiskt begrepp

kan man studera genus på flera nivåer och med skilda fokus.

Man vill kanske anlägga ett individperspektiv och fokuserar då på enskilda personers (patienters) upplevelser av exempelvis bemötande i vården. Här är ett genusperspektiv väldigt viktigt, och studier har visat att män och kvinnor får olika bemötande och ofta blir erbjudna olika behandling eller rehabilitering (exempelvis Ahlgren 2001). Ibland vill vi hellre studera vad som händer i grupper av människor. Även då är ett genusperspektiv centralt eftersom genus ofta skapas i grupprocesser och i organisationer. Andra gånger syftar våra studier inom vårdvetenskap till att analysera samhälleliga och strukturella aspekter av hälsa, vård och omsorg. Vilka strukturer skapar särskilda genusrelationer eller särskilda genusordningar? Kan det exempelvis ha att göra med hur arbetet i vården är organiserat? Finns det normer och värderingar i samhället som gör att vissa människor blir sjuka? Har samhällets sätt att forma välfärdssystemen betydelse för hur vården ser ut för kvinnor och män?

Figur 1 är en schematisk skiss som kan användas för att analysera om forskningen fokuserar på samhälls-, grupp eller individnivå. Vidare kan skissen vara till hjälp för att bestämma vilken/vilka sociala kategorier som studeras. Exempelvis har omvårdnadsforskaren Lena Aléx studerat olika former av feminitet och maskulinitet bland äldre där hon använder både genus, ålder och etnicitet som analytiska kategorier (Aléx 2008).

NIVÅER	ANALYTISKA KATEGORIER			
	Genus	Social klass	Etnicitet	Ålder
Strukturell nivå				
Gruppenivå				
Individnivå				

**Figur 1.** Schematisk skiss över centrala analytiska begrepp i studiet av människor och olika nivåer för analysen.

### Tidiga genusteorier

Gayle Rubin, en amerikansk antropolog, myntade 1975 begreppet ”sex/gender system”, eller på svenska ”kön/genus-system” (Rubin 1975). Hon menade att någon form av genusystem existerar i varje givet samhälle och är en vital del av det sociala livet. Rubins definition lyder ”a sex/gender system is the set of arrangements by which a society transforms biological sexuality into products of human activity, and in which these transformed sexual needs are sacrificed” (Rubin 1975, s. 159). Rubin kom att få stor betydelse för utvecklingen av genusvetenskapen och är ofta citerad som en av förgrundsfigurerna inom fältet.

Vetenskapsteoretikern och filosofen Sandra Harding (1986) delar upp genus i tre olika dimensioner som hon kallar individuellt genus, strukturellt genus och symboliskt genus. Den strukturella dimensionen märks i den arbetsdelning som finns i samhället där män tenderar att arbeta med vissa saker och kvinnor med andra. Ett sådant exempel är den svenska arbetsmarknaden som anses vara starkt könssegregerad. Det syns tydligt i statistik från Statistiska centralbyrån beträffande vilka branscher som har övervägande män eller kvinnor. Exempelvis är den absoluta majoriteten av undersköterskor och vårdbiträden kvinnor, medan fastighetsskötare nästan bara är män (SCB 2007).



Läkaryrket däremot befinner sig inom intervallet 40 procent/60 procent män och kvinnor, vilket brukar betraktas som jämställt när det gäller antal yrkesutövare inom ett visst yrke.

Att räkna antalet män och kvinnor är emellertid inte tillräckligt när man vill studera genusrelationer och hur genus skapas och återskapas inom och mellan yrkesgrupper. Jag återkommer till relationen mellan jämställdhet och genus senare i skriften.

Den symboliska dimensionen tar sig bland annat uttryck i själva språket. Orden är i sig genusneutrala men på grund av hur vi tänker om manligt och kvinnligt så får själva orden en genusmening. Exempel på sådana ord är ”logiskt tänkande” respektive ”känslomässighet” eller ”tekniskt kunnig” respektive ”omhändertagande”. Orden har inget med genus eller kön att göra, men vi lägger in en genusbärande betydelse i dem. I den individuella dimensionen kan dock genus se väldigt olika ut beroende på enskilda personers uppfostran, skolgång, arbetsförhållanden och så vidare. Här formas vi olika, även om de omgivande genusstrukturerna och genusrelationerna har stor betydelse i detta förhållande.

### **Skandinaviska genusteoretiker**

Historikern Yvonne Hirdman var en av de första som i Sverige talade om genus (Hirdman 1988). Hon menar att genussystemet utmärks av en särskild ordning, en så kallad genusordning, som har två särdrag vilka genomsyrar skapandet av genusrelationer i samhället; nämligen hierarki och dikotomi. Det finns en hierarkisk ordning mellan könen som innebär att män är överordnade kvinnor och kvinnor är underordnade män som grupper i samhället. Dessutom återfinns ett särskiljande element, en dikotomi, som

innebär att män och kvinnor är åtskilda i till exempel olika arbetsuppgifter och yrken. Här är det lätt att ta den svenska arbetsmarknaden, och inte minst hälso- och sjukvården, som exempel. (SCB 2007)

Den svenska antropologen Britt-Marie Thuren beskriver också tre aspekter av genus, nämligen genusrelationernas styrka, räckvidd och hierarki (1996). Styrkan handlar om "hur mycket", eller hur viktigt det är för en person att vara maskulin eller feminin. Omgivningens sanktioner om man går utanför den gängse normen och kraften i dessa sanktioner är också del i styrkan. Räckvidden handlar om alla de områden som berörs av genusuppdelningar, till exempel arbetsdelningen mellan kvinnor och män. Och till sist, hierarkin handlar om skillnaderna i levnadsförhållanden, i makt och tillgång till resurser som skiljer män och kvinnor i ett givet samhälle.

De norska sociologerna Hildur Ve (1982) och Kari Wærness (1984) myntade begreppet omsorgsrationalitet för att beskriva vårdarbetets inneboende logik. De tog avstamp i Max Webers gamla begrepp teknisk rationalitet som främst hade manliga konnotationer. Ve och Wærness menade att kvinnors vård- och omsorgsarbete kan spåras tillbaka till könsocialisationen i unga år. Flickor lär sig att bli kvinnor genom att överta normer och värderingar från omgivningen och vad som anses lämpligt och värdefullt för kvinnligt arbete. Begreppet blev en motvikt till ett synsätt om att kvinnor av naturen lämpar sig bäst för vårdarbete. Det blev också ett viktigt verktyg för att analysera genusrelationer i vården och förhållningssätt till vårdarbetet (t.ex. Öhman m.fl. 1998).

### **Maskulinitet och genusordning**

Den australiska sociologen Raewyn Connells användande av begrepp som maskulinitet, hegemoni, genusordning och genusregimer har också haft stor genomslagskraft för den genusteoretiska kunskapsutvecklingen (Connell 1987). Inte minst har hennes tankar om en hegemonisk maskulinitet i världen varit väsentliga. Hegemonin är något som alla, både män och kvinnor, måste förhålla sig till, menar Connell (1995).

Tankarna om en hegemonisk maskulinitet har haft stor betydelse för studier av hur manlighet skapas i olika kulturella kontexter. I detta sammanhang är det värt att nämna att ett yrke som sjuksköterskeyrket som är så kvinnligt kodat har en mycket speciell genusordning där manlighet skapas på ett särskilt sätt. Manliga sjuksköterskor gör egna karriärvägar som skiljer sig från kvinnornas. Inte sällan blir de ganska snabbt efter examen arbetsledare och chefer (Williams 1992, Robertson 2003, Enberg m.fl. 2007).

### **Moderna perspektiv**

Den feministiska och poststrukturella filosofen Judith Butler ifrågasatte en rad förgivettagna begrepp såsom man/kvinna, kropp, biologi och kön (Butler 1990). Inom de postmoderna och poststrukturalistiska tankesätten som presenterades under 1980- och 1990-talen fanns en vilja att demontera och dekonstruera vedertagna begrepp och därmed skapa nya förståelsegrunder för skapandet av genus.

En stark kritik riktades också mot den rådande diskursen inom genusvetenskapen, nämligen den som företrädde vita, västerländska, heterosexuella kvinnor (och män). Kritiken kom från grupper utanför den västerländska forskningsarenan, och förespråkarna för alternativa tolkningar menade att beskrivningarna av kvinnor (och män) inom

genusvetenskapen och den feministiska teoribildningen var alltför ensidiga. De kände inte igen sig i de levda erfarenheter som var föremål för den genusvetenskapliga analysen. En förespråkare för detta postkoloniala perspektiv är den amerikansk/indiska forskaren Chandra Talpade Mohanty (2003).

Samtidigt framkom kritik mot den heterosexuella norm som var dominerande inom det genusvetenskapliga forskningsfältet. Inte heller homo- och transsexuella personer kände igen sig i beskrivningar av manlig och kvinnlig sexualitet eller av familjebildningsmönster (Jagose 1996). En ny riktning inom genusforskningens område skapades: så kallad queer-teori.

Vid studier av genus och de processer som skapar genusordningar, relationer och så vidare, uppstår nästan alltid skärningspunkter med andra sociala kategorier såsom social klass, etnicitet och ålder (de los Reyes & Mulinari 2005). Det innebär att samtidigt som man studerar den ena så kommer man också att befinna sig i andra kategorier. Det är därför svårt att renodla genusanalyser. Ett sådant perspektiv brukar kallas för intersektionellt (De los Reyes & Mulinari 2005).

Det är inte möjligt att vara bara kvinna eller man, utan man tillhör också en viss klass och har en viss etnisk eller kulturell tillhörighet. Vi vet att invandrare inte behandlas på samma sätt som infödda svenskar i dagens Sverige. Vi vet också att kvinnor och män inte behandlas lika inom hälso- och sjukvården. Vad innebär det då att vara både kvinna och invandrare för den behandling och det mottagande man får i vården? Studier behövs som problematiserar och analyserar sådana intersektionella aspekter av vård och omsorg.

Finns det risk att man förstör skillnaderna mellan män och kvinnor genom att fokusera på genus? Det finns ju en stark jämställdhetssträvan i Sverige som snarare betonar likheterna. Inom genusvetenskapen har det under lång tid hållits en diskussion om likhet och/eller särart mellan könen. Den handlar om huruvida det finns något som kan sägas vara typiskt kvinnligt eller manligt och om det finns något i biologin som förklarar dessa skillnader. I den här skriften kommer jag inte att gå närmare in på den diskussionen, utan hänvisar läsaren till fördjupningar under rubriken ”Tips för fortsatt kunskapsinhämtande” i slutet av skriften.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att flera teoretiker har snarlika begrepp för att förklara och beskriva genus. Man talar om att det finns en viss ordning mellan könen, en genusordning. Andra använder begreppet genusstruktur och menar mer eller mindre samma sak. Ytterligare ett begrepp är genusregim. Det finns strukturer i samhället som har stor betydelse för hur genus skapas och återskapas. Och den hierarkiska karaktären på genusrelationerna är genomgående hos de allra flesta genusteoretiker. Genus är således inte stabilt och stillastående utan fluktuerande och rörligt och ser olika ut i olika historiska epoker, i olika kulturella sammanhang och i olika sociala grupper. Det är både ett relationellt och ett relativt begrepp. Det finns som karakteristiska drag hos organisationer och det finns som en del av varje individs liv. Genus skapas på samhällsnivå såväl som på individplanet.



# Vårdvetenskapens utveckling i ett genusperspektiv

## **Vårdvetenskap som kunskapsområde**

Jag använder här den definition av vårdvetenskap som tillämpas av Vetenskapsrådet (Vetenskapsrådet 2007). Det är en vid definition som inkluderar alla ämnesområden som utvecklats ur yrkesgrupper som funnits inom hälso- och sjukvården, utom läkaryrket. Inom vårdvetenskapen återfinns den forskning som bedrivs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, barnmorskor, biomedicinska analytiker och så vidare.

En annan viktig definitionsmässig aspekt är att Vetenskapsrådets definition av vårdvetenskap hänsyftar på den forskning som bedrivs inom dessa ämnesområden. Men i den här skriften utvidgar jag också begreppet till att omfatta de professionella aktiviteter som sker inom hälso- och sjukvården. Aktiviteterna är starkt genuskodade och kräver därför analys eftersom fältet ofta är studieobjekt för vårdvetenskapliga forskare. Utbildning inom det vårdvetenskapliga området bedrivs numera i det svenska universitets- och högskolesystemet och därför är det viktigt att knyta samman teori och praktik med kunskapsutveckling i form av forskning med yrkesutbildning. Svenska universitetsutbildningar har nämligen ett uttalat krav på sig att forskningsanknyta utbildningar.

I flera skrifter om genus och vård förekommer en snävare definition än den jag använder här. De inkluderar egentligen bara ämnet omvårdnad och yrket sjuksköterska. Jag finner det lämpligt att följa Vetenskapsrådets definition och därmed inkludera flera ämnesområden. Det innebär också att inget av de nämnda kunskapsområdena har ensamrätt

på att definiera vad vårdvetenskap är eller på centrala begrepp och grundantaganden.

Eftersom vårdvetenskap i mycket stor utsträckning har människor som studieobjekt och dessutom omfattar mänskliga relationer, bemötande i vården, god omvårdnad och så vidare framstår genusperspektiv som nödvändigt.

### **Från underordnade kvinnoyrken till akademiska discipliner**

Vårdvetenskapens historia kan kallas för en ”genusifierad historia”, det vill säga en process som till stora delar har präglats av genus. De så kallade medellånga vårdutbildningarna, det vill säga sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, biomedicinsk analytiker, barnmorska och yrken inom social omsorg, har på olika sätt varit underställda läkaryrket. Och eftersom dessa yrken under lång tid varit tydligt könssegregerade när det gäller antal yrkesutövare och innehåll i arbetet, så kan man säga att det funnits en genusrelation mellan yrkena.

De medellånga vårdutbildningarna har under de senaste 30–40 åren genomgått en omvandling, från att fram till 1977 ha varit yrkesutbildningar på eftergymnasial nivå till att bli högskoleutbildningar, först inom landstingskommunal högskoleverksamhet, för att så i slutet av 1990-talet bli en del av universitetens utbildningsprogram. Sjukgymnastutbildningarna i Lund och Stockholm hade här en viss särställning eftersom de vid dessa utbildningsorter blev en statlig universitetsutbildning redan i slutet av 1950-talet. Kunskapsutvecklingen inom vårdvetenskap har gått mycket snabbt och kunskapsgrunden har utvecklats till ett akademiskt fält där kvinnor tagit plats eller skapat sig ett eget rum inom akademien.



Yrkesgrupper inom vården började på 1960–70-talen att fråga sig vad deras egen kunskapskärna var och poängterade att den inte direkt skulle vara underställd läkarprofessionens kunskapsbas. Man började ställa sig frågorna: Vad är vårt yrkes kunskapsbas? Vilken är den teoretiska grunden för vad som ingår i yrkesutbildningarna? De tre mest aktiva yrkesgrupperna i detta avseende var sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, alla tre bestående av en överväldigande majoritet kvinnor.

Denna så kallade akademiseringsprocess innebar en tydligare vetenskaplig orientering och en strävan att bedriva utbildning inom ramen för den egna kompetensen och med lärare från det egna yrket. Så hade inte varit fallet tidigare då läkare i stor utsträckning var de som undervisade. Det hade funnits ett motstånd mot de autonomisträvanden som kommit fram under 1940 och 1950-talen, inte bara från läkarkåren utan också från politiskt håll (Öhman 2001, Evertsson 2000). Man ville behålla en kort utbildning för kvinnor för att fylla den växande efterfrågan på arbetskraft inom vårdsektorn. Under lång tid sågs kvinnor som assistenter till läkarna i deras yrkesutövning.

Harald Brodin som var en inflytelserik läkare och sedermera lärare för sjukgymnaster beskrev i en liten skrift från 1964 förhållandet mellan läkare och sjukgymnaster. Skriften var en instruktionsbok för läkare och användes i läkarutbildningen på den tiden. Brodin framhöll att sjukgymnaster, förutom sitt terapeutiska rutinarbete också kunde vara värdefulla assistenter till läkaren. Läkaren ansågs kunna använda sjukgymnastens kunskap för vissa utvärderingar såsom mätning av rörelseomfång, muskelstyrka och uthållighet. Mätningarna kunde utföras av sjukgymnasten, men på det sätt som läkaren föredrog. Vidare instruerades läkarstuderande att vara sjukgymnastens arbetsledare och

därmed bestämma vilka arbetsuppgifter som hon skulle få. Läkare kunde vidare, om han så önskade, delegera vissa uppgifter till sjukgymnasten (Brodin 1964).

Ur Brodins text kan man tydligt utläsa det över- och underordningsförhållande som rådde mellan yrkesgrupperna. På 1960-talet bestod sjukgymnastyrket nästan uteslutande av kvinnor medan läkaryrket i stort sett var ett mansyrke. Samma förhållande rådde mellan sjuksköterskor och läkare. Och där var genusordningen ännu tydligare då sjuksköterskor alltid arbetat ännu närmare läkaren och yrket tidigt utvecklades till ett assistentyrke till läkaren (Davies 1995).

Kunskapsutveckling på yrkesgruppernas villkor var inte särskilt önskvärd eller något som efterfrågades av politiker och andra beslutsfattare i samhället. Detta kan, om man använder ett genusperspektiv, betraktas som en genuskamp: en kamp om yrkesutövning, makt och resurser mellan kvinnor å ena sidan och män å den andra. (Selander 1989, Öhman 2001).

Det uppstod med andra ord under 1970-talet en akademisk kamp inom hälsoområdet om rätten att definiera centrala begrepp, att bedriva egen forskning och så vidare. Kampen gällde legitimitet och autonomi, och det var en synnerligen genuskodad kamp som fortsatte till långt in på 1990-talet. Inte sällan fick företrädare för de kvinnligt dominerade yrkesgrupperna höra att de fortfarande saknade nödvändig kompetens och kunskap för att till exempel bedriva utbildning och forskning i egen regi.

Yrkesgrupperna bedrev emellertid, trots motståndet, en framgångsrik professionsutveckling genom forskning och utvärdering inom det egna fältet under 1980-talet. Under 1990-talets andra hälft blev vårdutbildningarna utbildningsprogram vid de svenska universiteten med egna insti-

tutioner, egna ämnesdiscipliner, professorer och forskarutbildningar. Integreringen skedde främst inom de medicinska fakulteterna. En akademisering hade skett som fört en stor grupp kvinnor in i akademien. Detta har förändrat det akademiska landskapet inom medicinens område.

Bourdieu beskriver hur traditionstygda och etablerade institutioner kan förändras, och även hotas, när nya områden träder in på fältet (Bourdieu 1996). I och med att vårdvetenskaperna trädde in på den medicinska arenan genom att bli en del av de medicinska fakulteterna vid svenska universitet, så kom nya och delvis annorlunda forskningsfrågor att ställas. Kvinnor som poängterade betydelsen av annan kunskap, och också andra forskningsmetoder, kom att utgöra ett nytt inslag i kampen om resurser och forskningsprofiler.

### **Genus(o)medvetenhet i hälso- och sjukvården**

Än idag kan arbetstagare inom vårdvetenskapens område ifrågasättas beträffande sin kompetens. Inte sällan får de höra att landsting och kommuner inte efterfrågar deras högskolekompetens, och det är inte ovanligt att arbetsgivare vägrar dem vidareutbildning i exempelvis masterutbildningar med motiveringen att någon ytterligare högskoleutbildning med forskningsanknytning inte är nödvändig för arbetets utförande. Och vården har visserligen förändrats och demokratiserats men fortfarande är arbetsuppgifter och yrkesgrupperingar genuskodade.

Sveriges kommuner och landsting har på senare tid börjat uppmärksamma genusfrågan i vården. År 2007 utkom en rapport som på ett mångsidigt sätt redogör för genus och jämställdhetsproblematiken i svensk hälso- och sjukvård (Smirthwaite 2007). Här behandlas den så kallade hälsoparadoxen, det vill säga det faktum att kvinnor lever längre än

män, men är sjukligare och därmed konsumerar mer sjukvård. Andra områden som behandlas i rapporten är sjukskrivning och diskriminering, omedvetna fördomar som kan leda till ojämställd vård och vårdkvalitet ur ett genusperspektiv. Rapporten avslutas med råd och rekommendationer om att kunskapen om genus behöver förbättras inom den svenska hälso- och sjukvården och att det gäller såväl inom politik och forskning som inom utbildning.

# Genusperspektiv i vårdvetenskaplig forskning

## **Olika nivåer av genusanalyser**

Till att börja med bör det konstateras att det finns olika fördjupningsgrad och olika nivåer av genusanalyser. Ibland är det tillräckligt att använda den analytiska kategorin ”kön” som en bakgrundsvariabel i statistiska beräkningar för att kontrollera om det finns signifikanta skillnader mellan män och kvinnor. Detta är vanligt i medicinsk och vårdvetenskaplig forskning. Om det då visar sig att det finns statistiskt säkerställda skillnader mellan män och kvinnor så behövs ofta en ytterligare analys.

Det är då den genusvetenskapliga teoribildningen behövs. Då är det värdefullt att föra en genusiniterad diskussion eller använda en teoretisk grund med genus i fokus för att analysera och förankra resultaten i ett teoretiskt perspektiv. Med andra ord, det räcker ofta inte att bara ”kontrollera för kön” i en statistisk beräkning, utan man kanske behöver grunda sin analys i ett teoretiskt perspektiv om genus. Då kommer genusrelationer, hur genus skapas i samspel med andra, att vara i förgrunden och guida de tolkningar som görs av resultaten.

Det är också viktigt att påpeka att man inte behöver studera både män och kvinnor i samma studie för att kunna anlägga ett genusperspektiv. Det är långt ifrån alltid jämförelsen mellan könen behöver vara i fokus. Genusskapande processer kan studeras i exempelvis stressrelaterade problem bland tonårstjejer som söker sig till ungdomsmottagningar (Öhman 2005), eller av manliga sjuksköterskors karriärmöjligheter i yrket (Robertson 2003).

Det finns vidare olika nivåer på hur mycket genusanalys man använder i sina studier, det vill säga hur djuplodande

den teoretiska förankringen är, eller vilken fördjupningsgrad man vill åstadkomma. Genus kan vara fullt ut implementerat som en väsentlig del av forskningen, och bygga på etablerad genusteori redan i forskningsplanen (Aléx 2007, Öster 2007, Eriksson 2006). För andra forskare räcker det med att anlägga ett genusperspektiv på delar av exempelvis resultaten i en studie (Rydström m.fl., 2005, Gustafsson m.fl., 2004). Och för ytterligare andra kan vissa aspekter av genus vara tillräckliga, utan djuplodande teoretiska resonemang (Röding m.fl., 2003).

### **Genus ofta osynligt i vårdvetenskapliga teorier**

Föreställningen om en genusneutral arena inom hälso- och sjukvården är starkt representerad bland omvårdnadsforskare. Enligt Jorfeldt (2006) har den omvårdnadsteoretiska litteraturen inte alls någon medvetenhet om genusrelationers betydelse för terapeutiska möten i vården, och man talar inte om män och kvinnor. Istället används ofta begrepp som människa, person, individ, lidande och sjuka. Man talar om patienten eller individen som genusneutral, som varken man eller kvinna.

Med tanke på att genus är en starkt strukturerande kategori, är det nödvändigt att medvetandegöra tänkandet omkring genus inom vårdvetenskaperna, för att synliggöra hur genus skapas och eventuellt återskapas i vårdstrukturer och arbetsrutiner som antingen missgynnar eller gynnar ettdera könet. Ett centralt begrepp inom omvårdnadsforskning är själva begreppet omvårdnad. Det är ett av det mest genuskodade ord vi har i det svenska språket och ändå har så litet skrivits om det ur ett genusperspektiv. Vårdande förknippas oftast med kvinnor och i vissa sammanhang kan man till och med se det som att vårdande är en essentiell del av en kvinnlig egenskap.

Arbetsterapiens teorier fokuserar på människans arbete, sysselsättning och aktiviteter (Kielhofner 2007). Vi vet att arbete är starkt könsuppdelat och genuskodat efter föreställningar om manligt och kvinnligt. Vissa arbeten utförs nästan uteslutande av män, andra nästan bara av kvinnor. Hur påverkar sådana föreställningar om genus de aktiviteter som utformas inom arbetsrehabilitering och ADL-träning? Det ter sig nödvändigt att problematisera arbetsterapi utifrån genusteoretiska ansatser.

Detsamma gäller för sjukgymnastikens kunskapsgrund om fysisk aktivitet, kropp, rörelse och välbefinnande eller för den del akut och kronisk smärta. Sjukgymnastiken kan sägas stå på två teoretiskt sett olika kunskapsgrunder: en anatomisk/fysiologisk och en psykosomatisk/psykologisk (Öhman, 2001). Föreställningar om manligt/kvinnligt eller om mäns och kvinnors kroppsliga funktioner kan påverka sjukgymnasters planering och genomförande av fysisk aktivitet som terapi och rehabilitering (Sudmann 1997). Fler studier behövs för att öka förståelsen av hur genus påverkar den sjukgymnastiska forskningen och yrkesutövningen.

### **Genus i mötet med patienten**

Centrala begrepp inom vårdvetenskaperna är omhändertagande, lyssnande och bemötande. Det finns en stark önskan om konsensus och harmoni, vilket tenderar att osynliggöra maktförhållanden och konflikter. Många studier har fokuserat på mötet med patienten i den kliniska vardagen – på vårdcentraler, på vårdhem och på sjukhus – men få av dem har anlagt genusperspektiv. Studier om bemötande av patienter bland läkare visar emellertid att det finns en så kallad genusbias i detta möte, det vill säga att föreställningar om män och kvinnor och manligt och kvinnligt påverkar hur patienter blir bemötta och vilken vård som ges.

Man kan förmoda att likartade föreställningar förekommer inom vårdvetenskapen även om mycket litet är skrivet och forskat på detta, särskilt eftersom det sällan lyfts upp och diskuteras i vårdarbetet eller inom utbildningarna.

Omvårdnads- och genusforskaren Inger Öster kritiserar teorier om "coping" för att vara "genusblinda". Hon har studerat kvinnors copingstrategier vid bröstcancer ur ett genusperspektiv. Bröstcancer är mer än andra cancerformer förknippat med "synliga kvinnliga aspekter av kroppen" (Öster 2007, s. 13). Öster anlägger en genusteoretisk analys i sina studier och tar kroppen som utgångspunkt. Kroppen ses här som bärare av sociala och kulturella koder som tolkas och blir meningsbärande inom ramen för genus. Hon fokuserar på hur genus och makt får betydelse bland kvinnor med bröstcancer. Sådan kunskap är väsentlig för att förstå hur kvinnor kan bli bemötta i hälso- och sjukvården och för hur bemötandet kan förändras och bli mer genussensitivt.

En annan genusstudie presenterades av omvårdnads- och genusforskaren Lena Aléx (Aléx 2007). Avhandlingen fokuserar på åldrandeprocessen och författaren har intervjuat personer som är 85 år och äldre. Hon fann olika förhållningssätt till att vara gammal bland män och kvinnor. Aléx talar om olika manligheter och kvinnligheter. "Att leva i ett sammanhang", "att vara aktör", "att leva i skuggan av andra" och "att känna sig utanför" tillhör de olika kvinnligheter hon fann i intervjumaterialet. Manligheterna uttrycks med kategorierna "att vara i det manliga centrumet", "att sträva efter att behålla den manliga fasaden" samt "att relatera till andra och annat". Våldigt lite äldre forskning har ett genusperspektiv och därför är studien unik. Resultaten kan till exempel användas i hälso- och sjukvården för att bättre förstå åldrandeprocessen och de förhållningssätt som



förekommer bland män och kvinnor och på så sätt förbättra bemötandet av äldre.

### **Funktionshinder, kropp och genus**

Kroppen är en viktig markör för kön och genus. Vi har föreställningar om hur män och kvinnor ser ut och vad som anses normalt och onormalt. Normalitetsbegreppet är väsentligt inom genusstudier. Inte minst när kroppen inte fungerar som den borde, exempelvis vid funktionshinder, kronisk smärta och traumatiska åkommor. Kroppen är meningsbärande och har olika betydelse och olika dimensioner i skilda kulturella och sociala kontexter. Förståelser av den mänskliga kroppen omfattar både biologi, identitet och sociala relationer och är starkt genuskodade (Öhman 2004a). Vad händer med uppfattningen av en kvinna när hon sitter i rullstol? Finns det då utrymme för känslor av kvinnlighet och kanske sensualism eller betraktas den kvinnan mer som ett "neutrum" utan köns- och genusattribut?

I en pågående studie av unga kvinnor och tonårstjejer som söker till ungdomshälsan eller skolhälsovården för stressrelaterade problem framkommer att kroppsidealen i samhället är betungande för dessa tjejer och att många inte känner sig hemmastadda i sin kropp. Resultat från studien kommer att presenteras i en kommande avhandling av Maria Wiklund vid Umeå universitet där genusskapande processer analyseras i relation till välbefinnande och psykosomatisk ohälsa.

### **Behandling och rehabilitering**

Arbetsterapeuten Gun-Marie Hariz har studerat rehabilitering av patienter som lider av Parkinsons sjukdom (Hariz & Hariz 2000). Hon studerade då bland annat neurokirur-

giska operationer och gick igenom 145 vetenskapliga, internationella publikationer för att få en bild av behandlingen av denna patientgrupp. Hon och hennes medarbetare fann att patienternas kön inte angavs i en tredjedel av publikationerna. Vidare upptäckte de att 65 procent av de opererade var män och bara 35 procent var kvinnor. Könsskillnaderna kan inte förklaras av att Parkinsons sjukdom skulle vara vanligare bland män. Istället tolkas resultatet som att det handlar om en omedveten genusbias beträffande remittering, urval och attityder bland behandlande läkare. Detta är ett tydligt exempel på att kön/genus osynliggörs i vården och att genusbias därmed kan uppstå.

Rehabiliteringsområdet är ett utforskat område sett ur ett genusperspektiv. Studier har dock visat att män och kvinnor inte behandlas lika och att män och kvinnor inte får samma rehabilitering (Ahlgren & Hammarström 2000). Ahlgren och Hammarström fann att män fick mer och dyrare rehabilitering än kvinnor i samband med arbetsrehabilitering efter sjukskrivning.

För ett antal år sedan genomfördes en intervjustudie av unga strokepatienter om deras upplevelser av rehabiliteringen. Det framkom att de intervjuade kvinnorna hade andra upplevelser än männen och detta tolkades som genusrelaterade förväntningar från dem själva och omgivningen (Röding et al, 2003). Den intervjuade gruppen var liten och därför genomfördes en större studie av 1 200 personer med stroke som debuterat i unga år. Även i denna studie visade sig skillnaderna mellan män och kvinnor bestå (Röding 2009).

I en studie om rehabilitering av långvarig smärta bland kvinnor i ett glesbygdslän, fann vi att de studerade kvinnorna kände skam för sin sjuklighet på grund av förväntningar på dem som har med genus att göra (Gustafsson et

al, 2004). De blev bemötta med skepsis och kände ett starkt mistroende riktat mot sig när de sökte för sina smärtbesvär. I sina beskrivningar av förväntningar poängterade de att de själva, men också omgivningen, grannar och bekanta, markerade missnöje, exempelvis med att de inte skötte de sysslor som anstår en ”god husmor”.

Östlund och medarbetare studerade genusrelaterade aspekter av rehabilitering i samband med långvarig sjukskrivning på grund av muskulo-skeletala besvär. De fann att överansträngning på grund av hemarbete kan vara ett hinder i rehabiliteringsprocessen och att de kvinnor som intervjuades tog ett större ansvar för hem och familj än vad männen gjorde (Östlund et al 2004).

De exempel som jag givit för att belysa behandling och rehabilitering visar med tydlighet hur viktigt det är att anlägga genusperspektiv på studier inom detta fält. Genusanalyserna kan öka kunskapen om, och förståelsen av, specifika eller generella aspekter som kan förbättra omhändertagandet och behandlingen av både kvinnor och män som söker för olika hälsoproblem.

### **Sexualitet och genus**

Sexualitet är starkt förknippat med genus och föreställningar om manlig och kvinnlig sexualitet. Barnmorskorna Eriksson och Christiansson (2004) provocerar rådande föreställningar om att unga flickor har en hinna i nedre delen av slidan som spricker vid första samlaget, den så kallade mödomshinnan. Författarna menar att det inte finns någon anatomisk struktur som är liktydig med de beskrivningar av mödomshinnan som återfinns i läroböcker som används i dagens utbildningar av exempelvis läkare och sjuksköterskor. Istället ska man se den så kallade hymen som ett slemveck som är mer eller mindre elastiskt hos flickor och

unga kvinnor. Mödomshinnan så som den beskrivs, och de praktiker som uppstått omkring den, är med andra ord sociala konstruktioner.

Föreställningar om mödomshinnan innebär att traditionella patriarkala strukturer kan fortleva med kontroll av kvinnors sexualitet som följd. I många kulturer finns ett starkt krav att kvinnan ska vara oskuld vid giftermålet och då är tron på mödomshinnan ett effektivt sätt att kontrollera de unga kvinnorna. Ibland är det emellertid svårt att verkligen avgöra om kvinnan har den förmodade mödomshinnan kvar. Och om kvinnan redan haft sexuella relationer kan det bli problem. I ett modernt samhälle med en utvecklad och tillgänglig sjukvårdsapparat kan det då bli aktuellt att låta en gynekolog konstruera en mödomshinna på kirurgisk väg. Författarna menar att den här konstgjorda jungfrudomen i form av några stygn i slidan är en modern variant av gamla kontrollfunktioner.

### **Våld i nära relationer**

Våld i nära relationer är ett angeläget område för vårdvetenskap eftersom våldsutsatta personer ofta söker upp hälso- och sjukvården. Det behövs därför studier om befintliga praktiker och rutiner i vården, och det behövs studier om hur interventioner för att stödja och förhindra våld skulle kunna utformas. Sådan ny kunskap baserad på forskning kan användas för att öka vårdpersonalens kunskap om, och förtroendet med, genusrelaterat våld för att de på ett professionellt sätt ska kunna bemöta och hjälpa våldsutsatta personer, främst kvinnor, som söker vård. Tyvärr finns det fortfarande få studier inom vårdvetenskaperna som belyser detta ämne.

Ett undantag är Kerstin Edins avhandling *Perspectives of intimate partner violence focusing on the period of preg-*

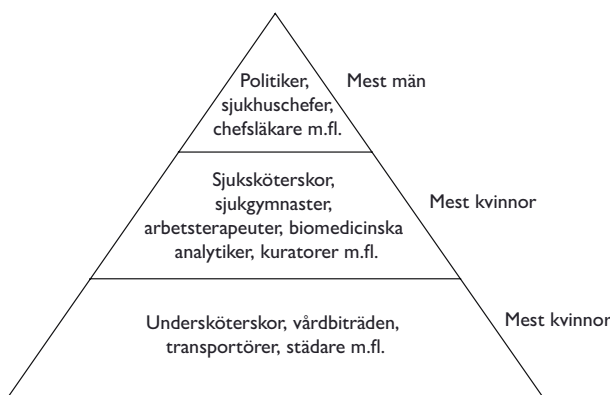
nancy (2006) som fokuserar på kvinnor som utsatts för våld av sin partner under graviditet. Edin fann att barnmorskor visserligen hade kunskap om partnerrelaterat våld, men att de hade svårt att veta hur de skulle förhålla sig till kvinnor som de misstänkte vara utsatta för sådant våld (Edin & Högberg 2002). De hade inte heller rutiner eller riktlinjer för hur de skulle gå tillväga i sitt dagliga arbete på mödravården när det gäller våld i nära relationer. Skulle de fråga alla gravida kvinnor som en rutinfråga liknande andra rutinfrågor som rökning, kost och så vidare? Eller skulle de bara fråga sådana kvinnor som de misstänkte var utsatta för våld av sin partner? De hade med andra ord inte några tydliga redskap i sin professionsutövning för att handskas med våldsutsatta kvinnor.

I intervjustudier med sådana kvinnor fann Edin och medarbetare att kvinnorna själva hade svårt att tala om våld i nära relationer när de kommer till vårdcentralen för kontroll under graviditeten. I avhandlingen konstaterar Edin att en viktig start är att överhuvudtaget våga fråga gravida kvinnor om partnerrelaterat våld. Edin menar att barnmorskor och andra inom mödravården har ett ansvar att våga ställa känsliga frågor.

### **Genus i vårdens organisationer**

Trots att andelen män och kvinnor i olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården har förändrats avsevärt under senare tid, så framstår ändå vården som en hierarkisk organisation som till stora delar bygger på en gammal genusstruktur med män i toppen och kvinnor i ett mellanskikt och bottenskikt. I toppen av pyramiden återfinns politiker, läkare och andra chefstjänstemän, och män är här i majoritet. I mellanskiktet återfinns sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och andra liknande kvinnoyrken,

medan undersköterskor, städare, vårdbiträden, transportörer finns i botten på en hierarkisk organisationsstruktur. Även här är kvinnor i majoritet (se figur 2). Kön är således en organiserande princip inom hälso- och sjukvården. Sådana principer är oftast inte medvetna för de personer som befinner sig i organisationen, utan bygger på förgivettagna traditioner och föreställningar om manligt och kvinnligt arbete. De påverkas också av strukturella faktorer på samhällsnivå såsom utbildningssystem och lönepolitik.



**Figur 2.** Vårdens organisation som en genuskodad och hierarkisk arbetsorganisation.

Den hierarkiska organiseringen har betydelse på flera sätt. Den avgör tydligt vilka arbets- och ansvarsområden som olika yrkesutövare har. Denna arbetsdelning mellan yrken är nödvändig, då yrkesutövarna har olika utbildning, kompetens och kunskapsfokus. Det finns också områden där läkaren naturligtvis måste ta ett tydligt medicinskt ansvar.

Problemet har varit, och är, dock att en ansevärd mängd arbetsuppgifter skulle kunna delegeras till andra vårdgivare om hierarkierna demonterades något. På några håll har för-

sök gjorts med att exempelvis låta sjuksköterskor skriva ut vissa läkemedel. Sjukgymnaster kan i vissa fall sjukskriva patienter för åkommor som ligger inom deras kompetensområde. Vårdyrkena har under lång tid också kämpat för att kunna skriva remisser till vissa instanser, exempelvis till en röntgenavdelning.

I och med akademiseringen av yrkesutbildningarna inom vårdområdet, så har de nyutbildade inom dessa professioner kunskaper och färdigheter som bättre skulle kunna tas tillvara i svensk hälso- och sjukvård om en del av hierarkierna skulle kunna plattas ut. Det är helt enkelt ett ineffektivt sätt att använda humankapitalet i organisationen att inte utnyttja kompetensen till fullo. Maktordningarna i vården har inte enbart med genus att göra, men det är en väsentlig aspekt vid analysen av dem.

En annan maktordning som haft stor betydelse för den hierarkiska strukturen är förstås social klass. I avhandlingen *Maktutövning* sett ur ett organisations- och genusperspektiv analyserar författarna maktstrukturer vid en somatisk avdelning genom att intervjua sjuksköterskor och undersköterskor (Albinsson & Arnesson 2000). I analysen använder de omfattande genusteoretiska ansatser. Studien är ett viktigt bidrag till kunskapen om organisationsteori och genus inom vårdvetenskapen och kan vara av stort intresse för den som vill fördjupa sig i ämnet.

Barnmorskans starka ställning i den svenska hälso- och sjukvården kan ses som ett undantag från den traditionella arbetsdelningen och underordningsförhållandet till läkarkåren (Öberg 1996). Lisa Öberg beskriver i sin avhandling om barnmorskans historia hur barnmorskorna tidigt blev tämligen självständiga och arbetade sida vid sida med läkarna. De blev också tidigt ekonomiskt självständiga och var ofta ogifta kvinnor med barn.

De traditionella genusrelationerna med kvinnlig underordning och manlig överordning kan komma att förändras avsevärt i och med att fler kvinnor än män numera utbildar sig till läkare. Läraryrket är i en genusomvandlingsprocess och flera studier har fokuserat på den processen, bland annat i en avhandling om läraryrkets feminisering (Nordgren 2000). Hur genuskonstruktionerna kommer att utvecklas i den hierarkiska organisationen är ännu oklart. Klart är dock att fler kvinnor kommer att utgöra arbetsstyrkan eftersom ingen motsvarande tendens syns med fler manliga studenter i de andra yrkesgrupperna. Det är bara sjukgymnastyrket som gått mot en större andel manliga studenter under de senaste åren. Men fortfarande är kvinnor i majoritet även här.

### **Genuskodat arbete i vården**

Med genuskodat arbete menas att själva arbetsuppgifterna betraktas som antingen manliga eller kvinnliga. Historiska rötter och traditioner har stor betydelse för hur vi uppfattar olika arbeten. Många sektorer av arbetsmarknaden är starkt genuskodade och hälso- och sjukvården är inget undantag. Tvärtom, vårdens arbete är väldigt uppdelat i manliga och kvinnliga arbetsuppgifter. I en studie om professionella strategier och arbetstillfredsställelse bland nyutbildade sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter fann vi även hos unga professionella i vården som gått de nya utbildningarna från 1990-talet, önskemål om framtida arbeten som går i linje med ett traditionellt manligt/kvinnligt tänkande (Enberg m.fl., 2007).

I genusanalyser av arbete är det också viktigt att inkludera det arbete som sker i den privata sfären, det vill säga hemarbete och omsorgsarbete med barn och gamla. Kvinnor tar fortfarande det största ansvaret för detta obetalda



arbete (SCB 2007). De utför också en större del av hemarbetet än vad deras partner gör. Och oavsett om de arbetade hel- eller deltid, så finns det en statistiskt säkerställd skillnad som innebär att kvinnor utför mer av hemarbetet än männen (Enberg m.fl., 2007).

Månsdotter och medarbetare visade i en studie om jämställdhet och obetalt hemarbete att kvinnors och mäns hälsa kan påverkas av arbetsdelningen i hemmet (Månsdotter m.fl., 2006). Beroende på om gifta par levde i relationer med en traditionell arbetsfördelning mellan man och kvinna eller inte, så påverkades både sjuklighet och dödlighet. Resultaten är dock inte entydiga till fördel för vare sig män eller kvinnor, men studien visar att det är viktigt att inkludera sådana förhållanden som uttag av föräldraledighet, vård av sjukt barn, inkomst och utbildning när man studerar hälsa och ohälsa i befolkningen.

I en enkätstudie av sjukgymnaststudenter i Sverige framkom att kvinnor och män hade olika preferenser inför sin kommande yrkesutövning (Öhman m.fl., 2001). De manliga studenterna önskade i mycket större utsträckning än kvinnorna arbeta med idrottsmedicin och ha en privat praktik. Kvinnornas preferenser var mindre entydiga men även bland dem fanns en önskan att arbeta i privat sektor snarare än i den landstingskommunala sektorn. Arbetet i vården är speciellt eftersom det innebär att jobba med andra människors kroppar på ett mycket intimt sätt. I enkätstudien framkom ett tydligt fjärmande från arbete med andra människors kroppar till förmån för mer preventiva metoder som inte inkluderar detta kroppsnära arbete. Detta fjärmande var särskilt tydligt bland männen i studien.

Arbetet med personlig hygien som duschning, kamning och toalettbesök har traditionellt varit kvinnors arbetsuppgifter, inom det egna hemmet såväl som inom den

offentliga sjukvården och omsorgen. Det har varit, och är fortfarande i stor utsträckning, kodat som kvinnors arbete och ansvar. Sådant arbete har betalats sämre än traditionellt manliga arbetsuppgifter i samhället och därmed också värderats lägre. Det har ofta funnits vattentäta skott mellan sådant som varit kvinnligt respektive manligt kodat arbete och det är ofta svårt att ändra på arbetsrutiner för att minska den könsuppdelade arbetsmarkanden just på grund av genuskodningen av arbetsuppgifterna. Dahle (2005) framhåller att även läkare ofta utför arbeten som är både smutsiga och som luktar illa av kroppsvätskor, avföring och så vidare. Men på grund av yrkets status och den manliga kodningen, förknippas sådant läkararbete inte på samma sätt med smutsigt och illaluktande arbete som det som sjukvårdsbiträden utför.

En del ställer sig förstås frågan hur det är med de män som ändå finns inom vårdområdet. Eller om de vårdvetenskapliga forskare som är män har andra studieobjekt än de kvinnliga forskarna? Till viss del kan man besvara dessa frågor med ”ja, de studerar delvis andra saker än kvinnorna” (Robertsson 2003, Ekstrand 2006, Eriksson 2006). Inte sällan fokuserar de just på genusprocesser på det vårdvetenskapliga fältet där manlighet och maskulinitet problematiseras. ”Manliga brytare” är ett begrepp som används av flera forskare inom maskulinitetsområdet för att förstå och förklara männens ställning i exempelvis det kvinnodominerade sjuksköterskeyrket. Yrket har inte bara en majoritet av kvinnor utan är också kodat som ett typiskt kvinnoyrke med arbetsuppgifter passande för kvinnor.

Robertsson (2003) skriver om yrkesidentitet och maskulinitetskonstruktioner inom sjuksköterskeyrket. Han konstaterar att det finns ett samband mellan könssegrering i vården och maskulinitetskonstruktioner. Ro-

bertsson fann att manliga sjuksköterskor vidareutbildar sig i större utsträckning än kvinnliga. De når också mer statusfyllda positioner och därmed får de också högre löner. Manliga sjuksköterskor möter omgivningens förväntningar om att en man ska göra karriär och vara huvudförsörjare för familjen. Det omvända fann jag i min avhandling av sjukgymnastyrkets professionsutveckling där kvinnor i högre utsträckning når höga befattningar och går vidare till forskning (Öhman 2001).

Genuskonstruktionerna inom vårdvetenskapen ser således olika ut och har med ämnens och yrkens historia, sociala ställning och egna kamp för autonomi att göra. Vi kan med detta konstatera att det numera förekommer vårdvetenskaplig forskning med genusperspektiv, om än fortfarande i liten skala. Fokus på genus är ett gryende forskningsområde inom vårdvetenskapen och därmed kan vi förvänta oss en ökning av antalet projekt och publikationer i framtiden.



**Bild 2.** Interiör från vårdarbete.



## Genus i vårdvetenskap i internationellt perspektiv

Jag har valt att främst fokusera på den svenska kontexten för att belysa genusperspektiv i vårdvetenskap. Något ska dock sägas om hur det ser ut i ett internationellt perspektiv. Vid en jämförelse mellan vårdvetenskaplig forskning i Sverige och andra länder framkommer vissa skillnader. Vid litteratursökningar med "gender" som sökord i de stora databaserna som publicerar vårdvetenskapliga forskningsrapporter och i kombination med något av begreppen "caring sciences", "nursing", "physiotherapy", "occupational therapy" och "mid-wifery" så får man väldigt många träffar.

En närmare granskning visar dock att det som avses med "gender" snarare handlar om biologiskt kön än om sociala konstruktioner av genus i form av relationer, maktordningar, föreställningar och attityder. En majoritet av de publikationer som kommer upp använder begreppet "gender" som en statistisk variabel för att visa statistiskt signifikanta skillnader mellan kvinnor och män. I vissa enstaka fall analyseras resultaten av dessa beräkningar med en genusteoretisk ansats.

Litteratursökningarna ger dessutom ofta många träffar till svenska eller nordiska publikationer. Man kan således säga att svensk och nordisk vårdvetenskap hävdar sig bra i jämförelse med andra länder när det gäller att anlägga genusperspektiv i forskningen. Några exempel på betydelsefulla bidrag på den internationella arenan bör dock nämnas.

Flera författare har studerat just sjuksköterskor och omvårdnadsområdet vilket inte är underligt med tanke på att genusrelationerna med det manligt kodade läkaryrket är så tydligt och har så lång historia. Det har som tidigare nämnts varit en historia av manlig dominans och kvinnlig under-

ordning. Men merparten av studierna är inte genomförda av omvårdnadsforskare utan av sociologer, medicinska antropologer, etnologer och så vidare. Sociologen Celia Davies' bok *Gender and the professional predicament in nursing* från 1995 handlar om genusrelationer i omvårdnad (Davies 1995). Där analyserar Davies hur genus på olika sätt har betydelse för hur omvårdnad och sjuksköterskeyrket uppfattas. Hon problematiserar att med den rådande genusordningen av kvinnlig underordning så värdesätts sjuksköterskans arbete högt, medan sjuksköterskorna själva inte alls värdesätts på samma sätt, vilket bland annat syns i lönenivåerna. Ungefär samtidigt som Davies kom ut med sin bok publicerades ett antal artiklar som tog upp empowerment-begreppet inom sjuksköterskeyrket (Styles 1994, Carlson-Catalano 1994, Raatainen 1994).

Världshälsoorganisationen har uppmärksammat genusrelationernas betydelse för bemötande och interaktion mellan vårdtagare och vårdpersonal i en rapport från 2007 (Govender & Penn-Kaka 2007). I genomgången av en stor mängd litteratur konstateras att det krävs både väl utarbetade policyer inom hälso- och sjukvården, men också implementering av genus som en väsentlig del av vårdutbildningarna för att komma tillrätta med den genusbias som leder till att män och kvinnor inte får samma vård.

Inom andra vårdvetenskapliga områden har genusperspektiven inte varit så framträdande. I sjukgymnastik belystes dock under 1980–90-talen i ett antal artiklar hur statushierarkier och genusordningar hindrade en professionell utveckling av sjukgymnastyrket (Miles-Tapping 1985, Parry 1995).

Sammantaget finns det således relativt litet skrivet om genus i vårdvetenskap på den internationella arenan. Och som redan nämnts, nordiska forskare hävdar sig väl i jämförelsen.

## Genus och jämställdhet

Jag har undvikit att blanda in begreppet jämställdhet i denna text. Det är ett medvetet val eftersom det ofta förekommer sammanblandning av begreppen. Eftersom kvinnor fortfarande missgynnas i många avseenden så har politiska ambitioner försökt komma tillrätta med ojämställdheterna genom lagstiftning.

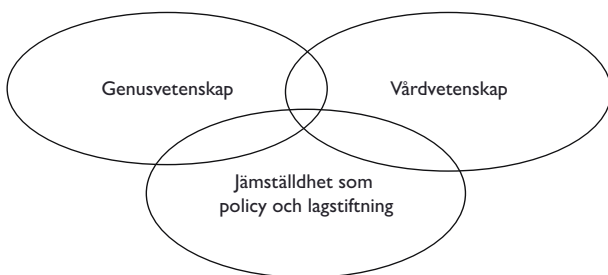
Kortfattat kan man säga att jämställdhet är ett politik- och lagstiftningsområde som i den svenska kontexten reglerar förhållanden mellan män och kvinnor särskilt när det gäller arbetsmarknaden. Det handlar om att kvinnor och män ska ha lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter. Vi har lagar mot lönediskriminering på grund av kön, lag om upprättande av jämställdhetsplaner för alla arbetsgivare med fler än tio anställda och uttag av föräldraledighet som numera ska delas mellan föräldrarna och som är en aktuell politisk fråga.

Vidare vet vi att en rad områden i Sverige inte är jämställda, exempelvis lönebildning där kvinnor i snitt tjänar mellan 80 och 90 procent av männens löner. Ett annat område är utbildningen där vi har en mycket könsuppdelad utbildning i Sverige. Ytterligare ett tredje område gäller makt och inflytande i företagen. Fortfarande är mycket få företagsledare kvinnor i Sverige. Allt detta och mycket därtill är ojämställdheter mellan könen som skapar goda förutsättningar att göra genusanalyser. Detsamma gäller för alla ojämställdheter som vi noterar i vård, rehabilitering och omsorg.

Genusforskningen är å andra sidan ett kunskapsområde som genererar ny kunskap inom en lång rad ämnesdiscipliner. Genusvetenskap är numera en egen disciplin vid svenska och utländska universitet och det kan studeras på

såväl grund- och avancerad nivå som på forskarnivå. En del universitet har genusforskning som ett av flera profilmråden. Det har vidare satsats statliga forskningsmedel för att ytterligare stärka kunskapsgenereringen. Vetenskapsrådet utlyste 2006 särskilda forskningsmedel till excellenta genusforskningsmiljöer (Centre of Gender Excellence). Tre universitet fick i konkurrens med andra var sitt genuscentrum; Linköping, Umeå och Uppsala.

Det är således angeläget att det jämställdhetspolitiska området tar tillvara den kunskapsgenerering som är resultatet av genusforskningen. Genus och svensk jämställdhetspolitik hör visserligen ofta ihop eftersom genusforskningen genererar kunskap om förhållandena mellan könen. Men de är inte att likställa och de har helt olika förutsättningar för sin verksamhet. Det är inte heller säkert att de två har samma motiv och viljeinriktning. Genusforskningen är som tidigare nämnts ofta kritisk till rådande maktstrukturer i samhället.



**Figur 3.** Interaktion mellan vårdvetenskap, genusforskning och jämställdhetspolitik.



## Genusperspektiv i vårdvetenskap – möjligheter och framtidsvisioner

Avslutningsvis kan vi konstatera att det finns fler och fler exempel på forskning inom vårdvetenskapen där ett genusperspektiv tillämpas. Vid ansökningar till forskningsråd måste forskare numera ofta ange om, och på vilket sätt, genusperspektiv tillämpas. Inom ramen för svensk högskoleutbildning poängteras att genuskunskap ska integreras i undervisningen. Att anlägga ett genusperspektiv är med andra ord inte så kontroversiellt som det en gång var utan börjar bli en del av en gemensam förståelse.

Trots att det kommer allt fler forskningsresultat inom vårdvetenskapen som anlägger genusperspektiv, så kan man också konstatera att de vårdvetenskapliga ämnena har stora behov av att ytterligare utveckla och fördjupa genusperspektiven. De har mycket att vinna på att tydligare anlägga genusperspektiv och göra genus till en central analytisk kategori för att öka kunskapen om hur genus konstrueras inom vård och rehabilitering, och för hälsa och arbete.

Professionsförändringar inom och mellan yrken är viktiga att studera i ett genusperspektiv. Här tänker jag exempelvis på eventuella förändringar av maktrelationer mellan läkaryrket och andra yrken som kan uppkomma i och med att det skett en kraftig förändring av andelen män och kvinnor i läkaryrket. Denna feminiseringsprocess borde studeras inte bara inom läkaryrket, utan man borde också studera hur den påverkar makt, inflytande och arbetsprocesser mellan olika professionella grupper inom vården. Genusmärkning av arbetsuppgifter är ett annat outforskat område inom vården, det vill säga arbetsuppgifter som är kvinnlig eller manligt kodade och därmed ges olika betydelse och status.

Få yrken genomgår en maskuliniseringsprocess, men sjukgymnastik är ett undantag. Här kan homosociala aspekter av yrkesrelationer vara av intresse för fördjupade studier. Vilka samarbetspartners söker sig männen till inom hälso- och sjukvården när de vill utveckla sig själva eller yrket? Finns det koalitioner mellan män inom ett yrke och män inom andra yrken? Hur har akademien – och särskilt de medicinska fakulteterna – förändrats av att flera kvinnoyrken kommit in på den akademiska arenan under de senaste decennierna? Akademiseringen av de traditionella kvinnoyrkena inom hälso- och sjukvården började under 1970-talet. Hur har kunskapsutvecklingen sett ut i ett genusperspektiv? Vem forskarutbildar sig och vilka blir kvar inom akademien efter doktorsexamen?

Kunskapen om bemötande av patienter behöver belysas inom vårdvetenskapen. Här råder fortfarande mycket slentrian och omedvetenhet. Ökad kunskap om sådana genusprocesser och relationer skulle kunna skapa en mer jämställd vård.

Att anlägga intersektionella perspektiv skulle öka förståelsen för hur genus skapas och återskapas eller förändras när man tar med andra analytiska kategorier såsom social klass, etnicitet eller ålder. Inte minst i ett åldrande samhälle som Sverige kunde intersektionella studier av ålder och genus vara ett nytt och spännande forskningsområde. Här skulle vårdvetenskapen avsevärt kunna bidra med kunskap och erfarenhet av att vårda och behandla äldre.

För att genusperspektiv ska kunna utvecklas inom vårdvetenskapen så krävs det att den kunskap och de teorier som har utvecklats under de senaste decennierna inom genusvetenskapen tas tillvara och införlivas. Det kan så småningom innebära att genuskompetensen blir god bland vårdvetenskapliga forskare och att genus blir en central del av respektive ämnes kunskapsbas.

## Tips för fortsatt kunskapsinhämtande

Annandale, E. *Women's health and social change*. London: Routledge, 2009.

Annandale, E, Hunt, K (red.). *Gender inequalities in health*. London: Open University Press, 2000.

Courtenay, W. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine* 2000:50, s. 1385–1401.

Courtenay, W. Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviour. *Psychology of men and Masculinity* 2000:1, s. 4–15.

Davies, K. *Disturbing Gender – on the doctor-nurse relationship*. Lund: Department of Sociology, Lund University, 2001.

de los Reyes, P, Mulinari, D. *Intersektionalitet. Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Lund: Liber, 2005.

Fausto-Sterling, A. The bare bones of sex: Part I – Sex and Gender. *Signs* 2005:30, s. 1491–1527.

*Gender and Social Inequalities in Health – a public health issue*. Lund: Studentlitteratur, 2002.

Hankivsky, O, Christoffersen, A. Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health* 2008:18, s. 271–283.

Hovellius, B, Johansson, E (red.). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur, 2004.

- Lindgren, G. *Klass, kön och kirurgi – relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber, 1999.
- Nicolson, L. *The second wave: A reader in feminist theory*. New York: Routledge, 1997.
- Sen, G, Östlin, P (guest editors). Gender inequality in health: why it exists and how we can change it. *Global Public Health* 2008:3 (supplement).
- Skeggs, B. *Formations of class and gender*. London: Sage Publications, 1997.
- Smirthwaite, G. *(O)jämsliddhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Sveriges kommuner och landsting, Stockholm, 2007.
- Strömberg, H, Eriksson, H. (red.). *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 2006.
- World Health Organisation 2005. *WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*.
- Öhman, A. Global public health and gender theory – the need for integration. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008:36, s. 449–51.

## **Webbadresser**

World Economic Forum, Gender Gap Index:

<http://www.weforum.org/pdf/gendergap/report2007.pdf>

WHO, Gender, Women and Health:

<http://www.who.int/gender/en/>

WHO, Genderbased Violence:

<http://www.who.int/gender/violence/en/>

WHO, Violence against women:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

Gender Forum: <http://www.genderforum.uni-koeln.de/>

Kvinnofrid: <http://www.kvinnofrid.se/>

Nationella sekretariatet för genusforskning:

<http://www.genus.gu.se/>

NIKK: Nordisk Institutt for Kunnskap om Kjønn

<http://www.nikk.uio.no/>

Diskrimineringsombudsmannen: DO.

<http://www.homo.se/>

Databasen Kvinnsam:

<http://www.ub.gu.se/kvinn/kvinnsam/>



## Referenser

- Ahlgren C, Hammarström A. Back to work. Gendered experiences of rehabilitation. *Scand J Public Health* 2000;28, s. 88–94.
- Ahlgren C. *Aspects of rehabilitation – with focus on women with Trapezius myalgia*. Umeå: Dept of Public health and Clinical Medicine, Umeå University, 2001 (akademisk avhandling).
- Albinsson G, Arnesson K. *Maktutövning sett ur ett organisations- och genusperspektiv. En studie av tjugo sjuksköterskor och undersköterskor vid en somatisk vårdavdelning*. Lund: Pedagogiska institutionen, Lunds universitet, 2000 (akademisk avhandling).
- Aléx, L. *Äldre människors berättelser om att bli och vara gammal tolkade utifrån genus- och etnicitetsperspektiv*. Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet, 2007 (akademisk avhandling).
- Aléx, L, Hammarström, A, Gustafson, Y, Norberg, A, Lundman, B. Constructions of various femininities among the oldest old women. *Health Care for Women International* 2006;27, s. 853–872.
- Aléx, L, Hammarström, A, Norberg, A, & Lundman, B. Constructions of masculinities among men aged 85 and older in the North of Sweden. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17, s. 451–459.
- Bjerrum Nilsson, H. *Historien om flickor och pojkar*. Lund: Studentlitteratur, 1991.
- Bourdieu, P. *Homo Academicus*. Stockholm: Brutus Östlings förlag, 1996.

Brodin, H. *Sjukgymnastik. En introduktion till läkaren – arbetsledaren*. Stockholm: Bonniers förlag; 1964.

Butler, J. *Bodies that matter: on the discursive limits of "sex"*. New York: Routledge, 1990.

Carlson-Catalano, J. Empowering nurses for professional practice. *Nurse Outlook* 1992;49, s. 139–42.

Crenshaw, K. Mapping the margins: Interseccionalidad, identity politics and violence against women of color. I: Crenshaw, K, Gotanda, M, Peller, G, Thomas, K. (red.). *Critical Race Theory: The key writings that formed the movement*. New York: New Press, 1996.

Christiansson, M, Eriksson, Carola. Myten om mödomshinnan – en genusteoretisk betraktelse av mödomshinnans natur och kultur. I: Hovelius, B, Johansson, E. (red.). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur, 2004.

Connell, R. *Gender and power*. Stanford, California: Stanford University Press, 1987.

Connell, R. *Masculinities*. Cambridge: Polity Press, 1995.

Dahle, R. Dirty Work in a Norwegian Health Context (The Case of Norway). I: Dahl, HM & Eriksen, TR (red.). *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*. New York: Ashgate, 2005.

Davies, C. *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press, 1995.

Davies, K. *Disturbing Gender – on the doctor-nurse relationship*. Lund: Lund Studies in Sociology, Dept of Sociology, Lund University, 2001.



de Beauvoir, S. *The second sex*. London: Cape; 1953.

de los Reyes, P., Mulinari, D. *Intersektionalitet. Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Lund: Liber, 2005.

Edin, KE, Högberg, U. Violence against women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery* 2002;18, s. 268–78.

Edin. *Perspectives on intimate partner violence, focusing on the period of pregnancy*. Dept of Public health and Clinical Medicine, Umeå University, 2001 (akademisk avhandling).

Ekstrand, P. Att vara eller arbeta som manlig sjuksköterska. I: Strömberg, H, Eriksson, H. (red.) *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 2006.

Enberg, B, Stenlund, H, Öhman, A. Work satisfaction, career preferences and unpaid household work among recently graduated healthcare professionals – a gender perspective. *Scandinavian J of Caring Sciences* 2007;21, s. 169–177.

Eriksson, H. Intimitetens villkor i vårdandet. I: Strömberg H, Eriksson H. (red.) *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 2006.

Evertsson, L. The Swedish welfare state and the emergence of female welfare state occupations. *Gender, Work and Organisation* 2000;7, s. 230–41.

Govender, V, Penn-Kekana, L. Gender bias and discrimination: a review of health care interpersonal interactions.

[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/gender\\_biases\\_and\\_discrimination\\_wgkn\\_2007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/gender_biases_and_discrimination_wgkn_2007.pdf)

- Gustavsson, M, Ekholm, J, Öhman, A. From shame to respect – musculoskeletal pain patients' experiences of rehabilitation. *Rehabilitation Medicine* 2004;36, s. 97–103.
- Hamberg, K. Gender bias in medicine. *Women's health* 2008;4, s. 237–243.
- Hammarström, A. *Genusperspektiv på medicinen*. Högskoleverket, 2004.
- Harding, S. *The science question in feminism*. Milton Keynes: Open University Press, 1986.
- Hariz, G-M, Hariz, MI. Gender distribution in surgery for Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders* 2000; 6, s. 155–157.
- Hirdman, Y. *Genus – om det stabila föränderliga former*. Malmö: Liber. 2001.
- Hirdman, Y. *Genussystemet: teoretiska funderingar kring kvinnors sociala underordning*. Uppsala: Maktutredningen, 1988.
- Jagose, A. *Queer theory – an introduction*. New York: New York University press, 1996.
- Jorfeldt, I. Med fokus på genus i omvårdnad. I: Strömberg, H, Eriksson, H. (red.). *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 2006.
- Kielhofner, G. *A model of human occupation: Theory and application*. Lippincott: Williams & Wilkins, 2007 (4:e upplagan).
- Lindgren, G. *Klass, kön och kirurgi – relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber, 1999.

- Miles-Tapping, C. Physiotherapy and medicine: Dominance and control. *Physiotherapy Canada* 1985;37, s. 289–293.
- Mohanty Talpade, C. *Feminism without borders – Decolonizing theory, plasticising solidarity*. Durham: Duke University Press, 2003.
- Månsdotter, A, Lindholm, L, Lundberg, M, Winkvist, A, Öhman, A. Parental share in public and domestic spheres – a population study on gender equality, death and sickness. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60, s. 616–620.
- Nicolson, L. *The second wave: A reader in feminist theory*. New York: Routledge, 1997.
- Nordgren, M. *Läkarprofessionens feminisering – ett köns- och maktperspektiv*. Umeå: Institutionen för statsvetenskap, Stockholms universitet, 2000 (akademisk avhandling).
- Parry, A. Ginger Rogers did everything Fred Astaire did backwards and in high heels. *Physotherapy* 1995;6, s. 310–319.
- Raatakainen, R. Power or the lacks of it in nursing care. *J Adv Nurs* 1994; 19, s. 424–32.
- Risberg, G. *“I am solely a professional – neutral and genderless”: on gender bias and gender awareness in the medical profession*. Umeå: Dept of Public health and Clinical Medicine, Umeå University, 2004 (akademisk avhandling).
- Robertsson, H. Manliga brytare och maskulinitetskonstruktion. *Nordisk Psykologi* 2003;2, s. 155–174.

Robertsson, H. *Maskulinitetskonstruktion, yrkesidentitet, könssegregering och jämställdhet*. Arbetsliv i omvandling 2003:13. Arbetslivsinstitutet. Stockholm, 2003, (akademisk avhandling).

Rubin, G. The traffic in women: notes on the political economy of sex. I: Reiter, RR. (red.). *Toward an anthropology of women*. New York: Monthly Review Press, 1975.

Rydström, I, Hartman, J, Segesten, K. Not letting the disease get the upper hand over: strategies of teens with asthma. *Scandinavian J Caring Sciences* 2005:19, s. 388–395.

Röding, J, Lindström, B, Malm, J, Öhman, A. Frustrated and invisible – younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation* 2003:25, s. 867–874.

Röding, J. *Stroke in the younger – self-reported impact on work situation, cognitive function, physical function and life satisfaction. A national survey*. Umeå: Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå Universitet, 2009.

Schenk-Gustafsson, K. *Det brustna kvinnohjärtat – om kvinnors hjärtsjukdomar*. Stockholm: Prisma, 2008.

Selander, S. (red.). *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap: professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur, 1989.

Smirthwaite, G. *(O)jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Sveriges kommuner och landsting, Stockholm, 2007.

Statistiska centralbyrån, 2007. *På tal om kvinnor och män – Lathund för jämställdhet.*

Styles, MM. Empowerment: a vision for nursing. *Int Nurs Rev* 1994;3, s. 77–81.

Sudmann, T. Kjønn er (også) en jobb – om kvinnelige fysioterapeuters håndtering av kroppslig nærhet med mannlige pasienter i behandling. *Nordisk Fysioterapi* 1997;1, s. 172–185.

Thuren, B-M, Sundman, K. (red.). *Kvinnor, män och andra sorter – genusantropologiska frågor.* Stockholm: Carlsons, 1997.

Ve, H. Makt, intresse och socialisation. *Kvinnovetenskaplig Tidskrift* 1982: 2, s. 23–32.

Vetenskapsrådet 2007. *Vårdvetenskap:*

<http://www.vr.se/huvudmeny/forskningvistodjer/medicin/epidemiologifolkhalsaochvardforskning/vardvetenskap.4.7cf3527d10b74df59648000158.html>

Wærness, K. The rationality of caring. *Economic and Industrial Economy* 1984;5, s. 185–211.

Williams, CL. The glass escalator: Hidden advantages for men in the "female" professions. *Social Problems* 1992;39, s. 253–67.

Öberg, L. *Barnmorskan och läkaren. Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870–1920.* Stockholm: Ordfront, 1996 (akademisk avhandling).

Öhman, A, Hägg, K. Attitudes of novice physiotherapists to their professional role: a gender perspective. *Physiotherapy Theory and Practice* 1998;14, s. 23–32.

Öhman, A, Stenlund, H, Dahlgren, L. Career choice, professional preferences and gender – The case of Swedish Physiotherapy students. *Advances in Physiotherapy* 2001;3, s. 94–107.

Öhman, A. (a) Genuskodade kroppsideal i hälso- och sjukvården. I: Hovelius, B, Johansson, E (red.). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur, 2004.

Öhman, A.(b) Genus i vårdens organisationer. I: Hovelius, B, Johansson, E (red.). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur, 2004.

Öhman, A. *Profession on the move – changing conditions and gendered development in physiotherapy*. Dept of Public health and Clinical Medicine, Umeå University, 2001 (akademisk avhandling).

Öhman, A. Kan gruppinterventioner öka välbefinnandet och minska stress bland tonårsflickor med långvarig smärta, stress och negativ kroppsbild. Projektansökan Vetenskapsrådet, 2005. <http://vrproj.vr.se/default.asp?funk=ss>

Öster, I. *Bildterapi vid bröstcancer – kvinnors berättelser i ord och bild*. Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet, 2007 (akademisk avhandling).

Öster, I, Magnusson, E, Egberg Thyme, K, Lindh, J & Åström, S (2007). Art therapy for women with breast cancer: the therapeutic consequences of boundary strengthening. *The Arts in Psychotherapy* 2007;34, s. 277–288.

Östlund, G, Cederlund, E, Hensing, G. Domestic Strain: a hindrance in rehabilitation? *Scandinavian J of Caring Sciences*, 2004;18, s. 49–56.

## Tidigare utgivet i samma serie

**Genusforskning inom juridiken**

av Eva-Maria Svensson

**Genusforskning inom arkeologin**

av Elisabeth Arwill Nordbladh

**Genusforskning inom teknikvetenskapen**

av Lena Trojer

**Genusforskning inom socialantropologin**

av Britt-Marie Thurén

**Genusforskning inom kulturgeografin**

av Gunnel Forsberg

**Genusforskning inom psykologin**

av Eva Magnusson

**Genusperspektiv på språk**

av Kerstin Nordenstam

**Genusperspektiv på medicinen**

av Anne Hammarström

**Genusperspektiv på teologi**

av Anne-Louise Eriksson

**Genusperspektiv på nationalekonomi**

av Anne D. Boschini, Christina Jonung, Inga Persson

**Genusperspektiv på medie- och  
kommunikationsvetenskap**

av Madeleine Kleberg

**Genusperspektiv på pedagogik**

av Inga Wernersson

**Genusperspektiv på statsvetenskap**

av Malin Rönnbom och Maud Eduards

*För innehållet i skrifterna svarar de enskilda författarna.*

