

Forståelser av kjønn i fysioterapi

Rannveig Dahle, fysioterapeut, dr.philos, forsker I, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Trenger fysioterapifaget et kjønnsperspektiv? Spørsmålet kan virke irrelevant. Fysioterapi er først og fremst et medisinsk behandlingsfag med siktemål å bedre kroppens funksjoner. Det er en selvsagt forutsetning at alle har krav på samme behandling uansett kjønn, og det skal heller ikke ha betydning om behandlingen utføres av kvinner eller menn. Slik sett er faget kjønnsnøytralt. Fysioterapi kan videre karakteriseres som et levende fag i kunnskapsmessig utvikling og endring. Det skapes kontinuerlig ny kunnskap som legger grunnlaget for bedre behandling. Faget bygger primært på et medisinsk og naturvitenskapelig teorigrunnlag, samtidig som kunnskap fra andre vitenskaper har fått økende betydning. Det er antakelig riktig å si at faget utvikles med ståsted i praksis, der praksis konfronteres med den teoretiske kunnskaps-utviklingen. Igjen, dette handler vel mest om *mennesker*, som kunnskapsprodusenter, utøvere og som pasienter. Det er riktig. Likevel mener jeg det kan bidra til å gjøre både kunnskapsproduksjonen og den praktiske utøvelsen bedre om man innarbeider en forståelse av kjønn på alle nivåer i yrket. Denne påstanden er tema for denne artikkelen. Jeg diskuterer først for hva jeg legger i et kjønnsbegrep og hva et kjønnsperspektiv kan innebære for forståelsen. Deretter trekker jeg fram noen områder for å belyse hvordan kjønnsperspektivet er relevant for videre utforskning. Dette betyr at jeg reiser mange flere spørsmål enn jeg gir svar på.

Hva er kjønn?

Alle bruker ordet kjønn. Men nøyaktig hva vi mener når vi bruker ordet, er mer uklart. Ordet kjønnsroller har glidd inn i dagligspråket. «Det skyldes kjønnsrollemønstret», sier vi og lar det bli en forklaring på hvorfor ting er som de er i samfunnet. I medisinsk teori brukes ordet i hovedsak for å beskrive det som er biologisk gitt. Kjønn tillegges da en fundamental betydning, det vil si at det er uforanderlig. En har i liten grad reflektert over hva kjønn betyr i og for medisinsk behandling, det at kvinner og menn har ulike biologiske organer, fysiologi og funksjoner, og at sykdomsbildene ofte er forskjellige.

Kvinneforskningen, mest den samfunnsvitenskapelige og den humanistiske, men etter hvert også den medisinske, har teoretisert og problematisert meningsinnholdet i ordet kjønn og utviklet et kjønnsperspektiv på forskning og praksis. Denne forskningen er utviklet i et kritisk perspektiv. En har for eksempel vist hvordan konvensjonelle vitenskapelige teorier er enten kjønnsblinde eller kjønnskjeve og hvilke konsekvenser dette har hatt.

Den tidlige kvinneforskningen hadde en ambisjon om å forklare kjønnsrollenes årsaker og virkninger, funksjoner og endringer i rollene. Kjønnsrollene ble betraktet som relativt stabile og lite foranderlige. De uttrykte en «naturlig» sosial orden og var nødvendige for samfunnets overlevelse. Den mannlige kjønnsrollen var instrumentell og kvinnerollen ekspressiv. Rollesettet utfylte hverandre slik at rollene var komplementære og like nødvendige. Kvinner hadde et spesielt ansvar for barneoppdragelse og familiens følelsesmessige behov, og var gjennom det forankret i privatsfæren. Menn hadde derimot sin viktigste forankring i samfunnet utenfor hjemmet, i den offentlige sfære. Oppdragelsen til de «riktige» kjønnsrollene begynte tidlig, allerede i fødselsøyeblikket. Å bli et fullverdig samfunnsmedlem handlet blant annet om å tilegne seg regler eller forskrifter for hvilken adferd som passet for gutter og jenter, kvinner og menn. All adferd var «naturlig» kjønnsstereotypifisert.

Kjønnsrollebegrepet hadde mange fordeler. Den norske sosialpsykologen Harriet Holter pekte på at gjennom å være samfunnsvitenskapelig forankret, kom begrepet til en viss grad til å fortrenge biologisk forankrede teorier om mannlige og kvinnelige personlighetstrekk (1). Å flytte fokus fra person til samfunn ga rom for tanken om at kjønnsroller ikke er biologisk gitt, men lært. Dermed kunne de også forandres. Dessuten, når kjønnsrollene var komplementære, kunne den ene rollen ikke forandres uten at det skjedde forandringer i den andre, noe som kunne skape endringer. Mest av alt ble kjønnsrollebegrepet et viktig analytisk redskap for å skape et sosiologisk og sosialpsykologisk forskningsområde om kvinner i en bestemt historisk fase.

Men begrepet hadde også åpenbare svakheter. Gjennom å være samfunnsmessig skapt, inviterte det til en forståelse av at den enkelte fritt kunne velge å gå inn eller ut av roller. En overså at ingen selv kan velge hvordan rollen blir oppfattet av andre og at den er rammet inn av kulturelle oppfatninger. Dette var et hovedpoeng i Simone de Beauvoir bok *Det annet kjønn*, som kom ut i 1949 (2). Beauvoirs mest berømte setning er: «Man

fødes ikke som kvinne, man blir det». Hennes dyptpløyende analyse viser hvordan kvinner formes kulturelt til å oppfatte seg selv som annenrangs og mindre verdt enn menn. En annen viktig kritikk var at teoriene forvekslet årsak og virkning. Oppdragelsen av jenter og gutter ble utpekt som selve årsaken til samfunnets kjønnsrollemønstre, mens det snarere er tvert imot. Kjønnsrollebegrepet viste seg å være både ahistorisk og ukritisk, fordi det ble forstått som universelt og ikke kontekstuekt. Man hadde oversett at begreper og forståelser også formes av det samfunnet vi lever i. Den kanskje viktigste kritikken var at den sterke vektleggingen på komplementaritet undervurderte at kjønnsskapning og kjønnsroller handlet om makt og rangering. Kritikken, og ny kunnskap om kjønn, førte til innsikten at kvinneundertrykkelsens årsaker blant annet ligger i dens konsekvenser. I et slikt perspektiv var rollebegrepet lite fruktbart for å analysere kjønnetenes ulike (verdige) posisjon og stilling i samfunnet. Så har det paradoksale skjedd, at mens kjønnsrollebegrepet har glidd inn i dagligspråket, har det glidd ut av kvinne- og kjønnsforskningen.

Nye betydninger av kjønn

I dag dominerer nye kjønnsforståelser i forskningen. Kjønn er et biologisk kjennetegn på kroppen, men det er også noe som skapes, vedlikeholdes og endres i samhandling mellom mennesker. Kjønn ligger nedfelt i samfunnets strukturer, tenkemåter og det symboliserer mening. All samhandling skjer i en sosial og kulturell sammenheng. Nye perspektiver innebærer at kulturelle forutsetninger for selve kjønnskapningen får bred plass i utforskningen. I dag legges også større vekt på individskapningen, og at alle utformer sin egen identitet i et kulturelt landskap. Derfor brukes ofte ordet kjønnskonstruksjoner, som nettopp viser til valgmulighetene. En viktig innsikt er at det er en stor variasjonsbredde i hva kjønn betyr i konkrete situasjoner. Men tross variert betydning, representerer kjønn nesten alltid en kulturell og rangert verdsetting. Allerede et barnehagebarn vet at gutter er mer verdt enn jenter, selv om det aldri blir sagt direkte. Det ligger i kulturen som et underforstått premiss. Ulik verdsetting fortsetter, selv om de aller fleste i dag har en ideologi om likeverd mellom kjønnetene.

Psykologen Hanne Haavind er en av dem som tidligst og klarest hevdet at kjønn best kan forstås som en relasjon mellom individer, ved å hevde at menn og kvinner utgjør betingelser for hverandre (3). Kjønnsrelasjonen er ifølge Haavind basert på en definisjon av kjønn som makt og splittelse. Den amerikanske sosiologen Dorothy Smith sier for eksempel at menn historisk sett har kunnet henge seg til abstrakt og teoretisk vitenskapelig arbeid nettopp under den forutsetningen at kvinner har tatt seg av «mark-servicen» (4). De gjensidige betingelsene var at hun gjennom sin innsats fritok ham for trivielle forpliktelser i arbeidssituasjonen og hjemme. Hans interesser hadde forrang framfor hennes, og noen måtte jo ta seg av barna. En kjønnsforståelse om makt og splittelse vektlegger makt og ulikeverd og komplementariteten får mindre betydning.

For å forstå kjønnskapningen er utforskningen av kulturelle koder blitt et sentralt perspektiv. Kjønn, forstått som en kulturell kode, betyr blant annet å se at et omfattende betydningssystem ligger som en ramme for tolkning av kvinners og menns handlinger (3,5). Alt det vi tar for gitt, det samfunnsmessig selvfølgelig, det vi ikke setter spørsmålsteget ved, ligger i koden. På den andre siden er ingen ting uforanderlig. Koder utfordres og brytes, og det skjer forandringer i relasjonene mellom kjønnetene. En kan si at kodene på samme tid er både fastlagte og flytende. Helt fram til 1970-tallet var det for eksempel en kulturell selvfølgelighet at mannen var familiens hovedforsørger, mens kvinner hadde såkalt «spe-på lønn». Dette arrangementet gjenspeilte vår kulturs patriarkalske familieinstitusjon. Det var også en kulturell selvfølgelighet å stimulere (middelklasse)gutter til å gjøre karriere, mens det brøt med kulturelle forventninger å oppmuntre jenter til å sette seg samme karrieremessige mål. Kvinner som valgte å sette egne yrkesambisjoner foran hensynet til barn og familie, satte og setter sin troverdighet som «ekte» kvinne på spill. I dag er to-karrieresystemet likevel blitt mer vanlig, selv om han oftere arbeider mer og tjener mer enn henne. Men overraskende nok har Norge, som regnes som et foregangsland i internasjonal sammenheng når det gjelder likestilling mellom kjønnetene, fortsatt et av de mest kjønnsdelte arbeidsmarkedene i hele den vestlige verden. I tillegg kommer at lønnsforskjellene også er veldig store. Slikt er vanskelig å forklare. Men det skyldes ikke at jenter ikke vet at de kan ta IT-utdanning, bli piloter eller næringslivsledere. Det er både en forskningsmessig og en politisk utfordring å forstå bedre hvordan koder opprettholdes, og forutsetningene for at kvinner og menn tenker og handler som de gjør.

Kvinne- og kjønnsforskningen er vokst til en bred forskningsretning, der mange ulike teorier og perspektiver utformes og delvis utfordrer hverandre. Denne forskningen har hittil hatt særlig betydning, mente Harriet Holter (1), innenfor tre områder. For det første er det utviklet en bedre forståelse av den skjulte kjønnsmakten. For det andre har kvinneforskningen vist at problemene, strukturen og organiseringen i omsorgssfæren har stor betydning for kvinners og menns stilling og posisjon. For det tredje har den fått fram at den vitenskapelige kunnskapsproduksjonen har en skjult kjønnskarakter. Med denne innsikten som bakteppe, skal jeg nå se nærmere på hvordan kjønnsperspektivet kan anvendes på fysioterapi som teori og praksis.

Kjønn i fysioterapibehandling

Behandling er kulturelle møter og en relasjon mellom terapeut og pasient. Torbjørn Sudman viser i sin

hovedoppgave i fysioterapi hvordan kjønn reflekteres i det sosiale og kulturelle møtet fysioterapibehandling representerer (6). Mye av behandlingen innebærer å komme tett inn på andre menneskers kropper. Situasjonen krever at terapeuten er i stand til å håndtere intimitet og kroppslighet. Når terapeut og pasient har motsatt kjønn, kreves en spesiell årvåkenhet, selv om den ikke alltid er bevisst. Kvinner blir møtt på andre måter, og det blir stilt andre krav og forventninger til dem enn til deres mannlige kolleger (7,8). Når fysioterapeuten er en mann, anses han ikke tilgjengelig på samme måte som en kvinne. Situasjonen har da flere likhetstrekk med lege-pasientrelasjonen, der legen representerer autoriteten, som er knyttet til makt og rettigheter. Koplingen menn og ekspertkunnskap tas for gitt. Kvinner oppfattes i utgangspunktet ikke som eksperter, de anses som tjenesteytere og symboliserer tilgjengelighet for andre. I Sudman sin undersøkelse sa flere av de fysioterapeutene hun intervjuet at det var enklere å behandle kvinner. Da opplevde de at seksualiteten var mindre åpenlys. Når kvinner forventes å være tilgjengelige for menn og tilfredsstille deres behov, blir det kvinnelige fysioterapeuters ansvar å tydeliggjøre grensene i behandlingssituasjonen. Samhandlingssituasjonen kan være sårbar og de kan ha mest å vinne på å skape en urørlighetssone rundt seg selv.

La meg belyse kjønnsrelasjonen gjennom et konkret eksempel. En kvinnelig fysioterapeut beskrev og drøftet et behandlingsforløp i sin oppgave i videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, der en mannlig pasient på mange forskjellige måter utfordret hennes autoritet som terapeut. Han hadde ryggsmarter og ga tydelig til kjenne hva slags behandling han mente hjalp best. Det var massasje. Intuitivt forstod hun at dette var en behandlingsform hun burde styre unna så langt det lot seg gjøre, og hun besluttet seg for å legge opp til et aktivt treningsprogram. Dette begrunnet hun faglig og det virket som om han aksepterte hennes begrunnelse, skjønt motvillig. Men i hver eneste behandlingstime oppstod nye diskusjoner om trening versus massasje, der han hver gang insisterte på å få massasje. Hun fastholdt sin rett til å bestemme behandlingsform. Han på sin side tok det som en selvfølge at han hadde rett til å (med)bestemme behandlingen og godtok bare motvillig hennes faglige vurderinger. Behandlingstidene artet seg som en eneste lang drakamp, der hennes autoritet aldri var gitt, men alltid et forhandlingsspørsmål. Interessant er at hun selv ikke knyttet deres samhandlingsform til deres ulike kjønn, i alle fall nevner hun det aldri. Hun må ha oppfattet seksualiteten som en latent trussel. Han vil ligge avkledd på en benk og la seg massere. Hun risikerte å bli redusert til en tilgjengelig kvinne for hans erotiske behov eller fantasier. Seksualiteten er et latent potensial i slike behandlingsrelasjoner, selv når den ikke blir realisert. Hennes faglige autoritet ble kontinuerlig utfordret. Dette er neppe noen «unntakssituasjon». Snarere handler det om et mørkelagt felt, fordi kjønnsdimensjonen ikke er tematisert. Da underkommuniseres maktaspektet.

Det er et viktig tema å utforske i hvilken grad kjønnsulike, kulturelle forventninger påvirker innholdet i fysioterapibehandling. For mange år siden ble det påvist i en undersøkelse at kvinnelige og mannlige pasienter fikk forskjellig behandling selv når de hadde fått samme diagnose (9). Både legenes og fysioterapeutenes behandlingsforslag fikk et ikke- tilsiktet kjønnspreg. Så vidt jeg kjenner til er denne undersøkelsen ikke fulgt systematisk opp senere. Det skjer antakelig fortsatt at en oftere foreslår avspenningsbehandling for kvinnelige og treningsopplegg for mannlige pasienter. Dette skjer ut fra hvordan en forstår mannlige og kvinnelige pasienter som personer og underforståtte vurderinger av hva slags behandling menn og kvinner vil dra best nytte av. Dette ikke trenger å være «gale» vurderinger, men behandlingen kan bli bedre teoretisk fundert dersom en reflekterer over hva pasientenes kjønn betyr i slike sammenhenger. En ureflektert, men systematisk ulik vurdering av symptomer, kan bidra til å gjenspeile kjønnsstereotype sykdomsforståelser og behandlingsopplegg.

Kjønnets kunnskapsproduksjon

At kunnskap er makt, er en gammelt og veldokumentert sannhet. Men kunnskap uttrykker også en kjønnspekt, siden kvinners kunnskap anses mindre verdt enn menns og har lavere status. Dette er tydelig i forholdet mellom yrkesgrupper, for eksempel mellom leger og fysioterapeuter. Å oppnå anerkjennelse for et «kvinnefag» særegne kunnskapsgrunnlag har alltid vært vanskelig. Fysioterapiens stilling som selvstendig fagdisiplin eller en assistentfunksjon til medisin, illustrerer poenget. I begynnelsen av forrige århundre ble fysioterapiyrket konstituert som en selvstendig disiplin, den gang som nå med en betydelig overvekt av kvinner (10). Sykegymnastene valgte selv som bevisst profesjonsstrategi å underkaste seg medisinenes overherredømme. Grunnen var enkel – og høyst forståelig. Den tidens kulturelle selvfølgelighet var at kvinner, sykegymnaster, var «naturlig» underordnet menn, leger. Det var også en selvfølgelighet at kvinner hadde kortere utdanning og at de forsvant ut av yrket ved giftemål. De mente at å bli sterkere knyttet til legene gjennom et henvisningssystem, ville gi dem større legitimitet som medisinske behandlere og langt bedre arbeidsbetingelser. Stilltiende aksepterte sykegymnastene en assistentfunksjon. Og de vurderte selv sin kunnskap som mye mindre verdt enn legenes, uten at det fratok dem deres egen yrkes stolthet. Den kulturelle og historiske konteksten og datidens kjønnsforståelse var lenge bestemmende for fagets utvikling. I mitt doktorgradsarbeid la jeg vekt på å vise hvordan den faglige løsrivelsen fra en underordnet assistentfunksjon, til en selvstendig posisjon som forvaltere av et annerledes kunnskapsgrunnlag enn medisin, ikke bare kan forklares ut fra fysioterapiens egen fagutvikling (10). Redefineringen må like mye forstås som et kvinneoppgjør med medisinske menns privilegerte maktposisjon og var slik både en fag- og en kjønnskonflikt.

Det vi oppfatter som vitenskap, og de yrkesgruppene som har oppnådd posisjoner som sterke og vitenskapsbaserte profesjoner, er formet av og for menn. Det er deres syn på verden, deres erfaringer, deres interessehorisont og definisjoner på hva som er viktig og mindre viktig som har satt sitt preg på både vitenskap og profesjoner. Historisk sett har kvinner vært utestengt fra disse privilegerte områdene i samfunnet. Når kvinner er de primære kunnskapsbærerne, trer en rekke mekanismer i kraft som på forskjellige måter bidrar til å redusere verdien av deres kunnskap. Kampen om kunnskap handler om anerkjennelse.

Et element i kampen om kunnskap er at kvinners kunnskap blir forstått som praksiskunnskap, mens menns kunnskap som teoretisk. Teori/praksisdimensjonen er et skille mellom konkret og abstrakt kunnskap og utgjør et kjønnskille. Dette blir et rangert skille i dobbel forstand, siden teori er mer verdt enn praksis og menn mer verdt enn kvinner. Den amerikanske sosiologen Andrew Abbott framhever at det å forvalte et teoretisk/abstrakt kunnskapsgrunnlag er et avgjørende strategisk fortrinn når det gjelder å konstituere, avgrense og også utvide et eget fagfelt (11). De som lykkes med dette, får også makt over tilgrensende yrkesgrupper. Legeprofesjonen er det klassiske eksemplet og ofte studert. Men Abbotts analyser er lite sensitive når det gjelder å trekke inn betydningen av kjønn og den samfunnsmessige nedvurderingen kvinners kunnskapformer.

Forholdet mellom teori og praksis, det abstrakte og konkrete, er sammensatt og komplisert. Få vil være uenige i at legenes fagutøvelse er praktisk orientert, selv om den bygger på naturvitenskapelige teorier. I en intervjuundersøkelse jeg selv gjorde med leger i fire spesialiteter, svarte nesten alle at det viktigste var å lære seg de praktiske ferdighetene i sine respektive spesialiteter (12). Tilegnelsen av teori skjedde via praksis. Men den vanlige oppfatningen er at det er omvendt, at praksiskunnskap er direkte avledet av den medisinske teoretiske kunnskapstilegnelsen. I fysioterapi har tyngdepunktet vært det motsatte. Kunnskap fra praksisfeltet har blitt tillagt større betydning og teoriutviklingen genereres like mye fra praksis som omvendt. Veien fra praksis til teori gir mindre anerkjennelse enn omvendt.

Nærheten til medisin og det medisinske kunnskapsgrunnlaget har historisk sett skapt komplikasjoner for fysioterapi som et eget fagfelt. Både kjønn og nærheten har bidratt til å sementere den underordnede posisjonen. For legene har det vært enkelt å hevde at fysioterapi bare representerer (små) brokker av medisinsk kunnskap, da framstår det som et avgrenset «lånefag», mens medisinen forvalter helheten, har overblikket. På det grunnlaget påberoper de seg det medisinskfaglige ansvaret. Dette er en maktrelasjon.

Fortsatt preges medisinen som kunnskapsfelt av menn. Dette er trolig en av forklaringene på at det har vært forsket mindre på kvinners sykdommer enn menns. Kvinners lidelser er også blitt sett gjennom menns syn på kvinner (13). Sosiologen Dag Album har vist at i sykdommers prestisjehierarki, rangeres typiske mannlidelser på topp, som hjertelidelser, mens typiske kvinnelidelser, som fibromyalgi, er lavest rangert (14). Det er for øvrig tankevekkende at sykdommer med lav eller relativt lav medisinsk prestisje, er fysioterapiens primære gjenstandsfelt. Hva dette betyr for kunnskapens status, er lite utforsket.

Fagforståelser som er sensitive for hva kjønn betyr, kan stimulere til en mer nyansert kunnskapsproduksjon i fysioterapi. En slik kunnskapsutvikling vil ta høyde for at kvinners sykdomspanorama er både like og forskjellig fra menns. Behandlingen kan bli bedre tilpasset, enten symptomene er like eller forskjellige. Vi vet av erfaring at kjønnsnøytrale forståelser sjelden er en fordel for kvinner. Interessen for å utforske kjønnsulikhet og deres betydning er antakelig økende, og viktig å følge opp.

Et annet viktig spørsmål er kunnskapsutveksling mellom ulike fagområder. Ny medisinsk kunnskap tilfører fysioterapifaget viktige impulser. Men i hvor stor grad skjer kunnskapsutvekslingen begge veier? Hvordan blir ny fysioterapiprodusert kunnskap tatt imot og anerkjent i medisinske kretser? Interessen for fysioterapikunnskap kan imidlertid være større i medisinsk sosiologiske og kanskje også historiske fagområder, enn i det medisinske. På dette område er det mange spørsmål og fortsatt få svar. Kommunikasjonsmønstrene mellom beslektede yrkesgrupper gir en pekepinn om relasjoner og styrkeforhold og er derfor viktige å studere.

Avslutning

I fysioterapi var det lenge kontroversielt å hevde at kjønnsperspektivet var viktig. En kjønnsnøytral forståelse av fag og utøvelse hadde forrang. Det gjaldt å utvikle faget, bevise sin egen faglige dyktighet, da ville anerkjennelse følge automatisk, var oppfatningen. Historien har vist at så enkel er saken ikke. Kjønnsnøytralitet som teoretisk forståelse overser ulikheter og maktforhold mellom kvinner og menn. Mitt inntrykk er at situasjonen nå er i ferd med å endre seg, og at det er en større interesse for å utvikle et kjønnsanalytisk blikk. Selv om nye perspektiver i seg selv ikke gir enkle svar eller løsninger på dyptgående kulturelle og medisinske dilemmaer, er det likevel et viktig utgangspunkt for faglig nytenkning og fagpolitiske strategivalg. Derfor er det viktig å utforske hvordan kjønn og faglige vurderinger veves sammen i daglige behandlingssituasjoner. Mitt svar på spørsmålet jeg stilte innledningsvis er at fysioterapi vil bli et rikere fag om kjønnsperspektivet integreres bedre.

Litteratur:

1. Holter Harriet, Halsaae Beatrice (red): Hun og han: Kjønn i forskning og politikk. Oslo, Pax forlag, 1996.
2. de Beauvoir Simone: Det annet kjønn. Oslo, Pax forlag, 1974.
3. Haavind Hanne: Kjønn og fortolkende metode. Oslo, Gyldendal Akademisk, 2000.
4. Smith Dorothy E: Texts, Facts and Femininity. Exploring the Relations of Ruling. New York, Routledge, 1990.
5. Haavind Hanne: Kjønn i forandring – som fenomen og som forståelsesmåt. Tidsskrift for Norsk psykologforening 1994, vol. 31.
6. Sudmann Torbjørn: Kjønn er (også) en jobb. Fysioterapeuten 1998, 65(5), 12-8.
7. West Candace: When the doctor is a Lady. Symbolic Interaction 1984, vol.7(1).
8. Lorber Judith: Why Women will never be true Equals in the American Medical Profession. I: Riska E, Wegar K: Gender and the medical division of labour: Cross national perspectives. New York, Sage 1992.
9. Thornquist Eline: Kvinner som pasienter og kvinner som helsepersonell. Fysioterapeuten 1982, 49(5), 200-3.
10. Dahle Rannveig: Arbeidsdeling – makt – identitet. Betydningen av kjønn i fysioterapiyrket. Avhandling for dr. philos.- graden, NTNU, Universitetet i Trondheim, 1991.
11. Abbott A: The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour. The University of Chicago Press, 1988.
12. Dahle Rannveig: Inntrengere eller nyskapere? Tidsskr Nor Lægeforen 1993, vol. 113.
13. Malterud Kirsti: Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo, Tano, 1990.
14. Album D: Sykdommers medisinske prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991, 111:2127-33.