

Katarina Hamberg, med dr, universitetslektor, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, enheten för allmänmedicin, Umeå universitet (katarina.hamberg@famned.umu.se)

Få och spridda genusinslag i Umeås läkarprogram

Lärarna nyckelgrupp för att sjösätta förslagen till förbättringar

|| Samtidigt som kön och genus blir alltmer självklart att beakta inom forskningen har genusperspektiv hittills haft svårt att få fäste i läkarprogrammets utbildningsplaner. De lärare som driver genusfrågorna möts alltför ofta av ett svalt intresse från ledningshåll, och även studenterna är måttligt intresserade [1]. Att undervisa om genus beskrivs ibland som en omöjlig uppgift, och på vissa håll har man därför valt att genomföra genuskurser som valfria moment [2, 3]. Erfarenheter från Sverige och andra länder visar att om inte genus anses viktigt i fakultetsledning, bland prefekter, ämnesföreträdare och lärare kan det inte heller få status bland studenterna [4].

Det var därför en viktig markering när medicinska fakultetens ledning vid Umeå universitet våren 2001 inrättade en genuskommitté för att, bland annat, »kvalitetssäkra samtliga utbildningar inom medicinsk odontologisk fakultet avseende genusperspektiv». (För kommitténs uppdrag och sammansättning se Fakta 1.) Kommittén har nu jobbat i två år, och fokus har under denna tid varit utformningen av ett genusperspektiv i det nya läkarprogrammet U2000. Vilka genusinslag fanns redan och vilka nya behövdes för att ett genusperspektiv skall kunna anses infört? Efter en inventering av befintlig undervisning om genus utarbetades en förslagslista på nya genusmoment, och den antogs i december 2002 av programkommittén för läkarutbildning (PKL). Nu ligger bollen hos respektive lärargrupper att konkret utforma och testa de nya inslagen. Under 2004 är det dags för en första utvärdering. Övriga utbildningsprogram, till exempel tandläkar-, biomedicinar-, logoped- och sjuksköterskeprogrammen, startar nu sina diskussioner och bör då ha viss hjälp av erfarenheterna från arbetet med genus i läkarprogrammet.

I en föregående artikel presenterades definitioner av kön och genus och vad ett genusperspektiv i läkarutbildningen kan innebära [5]. I denna artikel beskrivs det pågående arbetet för att »kvalitetssäkra» läkarutbildningen i Umeå avseende genus. Resultaten av den inventering som gjorts av redan befintliga genusinslag redovisas, nya planerade genusinslag presenteras och viktiga överväganden och svårigheter diskuteras.

Avgränsad kurs eller integrering?

Internationellt diskuteras huruvida kön och genusaspekter borde tas upp i separata kurser eller integreras i befintliga ämnen [6]. Till fördelarna med avgränsade genuskurser hör att



SAMMANFATTAT

En inventering av befintliga genusinslag hösten 2001 vid läkarprogrammet i Umeå visade att enstaka genomarbetade moment fanns, men som helhet var genusinslagen små och inte samordnade.

Genusteorier hade inte något avsatt utrymme, vilket var ineffektivt – alla som berörde genus kände sig tvungna att börja från början.

När kön/genus togs upp rörde det framför allt biologiska aspekter, medan sociala förhållanden inte kom med. Könsbias belystes inte. Våld mot kvinnor fanns på schemat endast vid tre tillfällen.

Ett förslag på hur genusperspektivet kan förbättras har utarbetats. Ansvar ligger nu hos de lokala lärlagen att sjösätta idéerna men också att precisera egna utbildningsbehov.

Se även artikeln på sidan 4078 i detta nummer samt nyhetsartikel i nr 12 /03, sid 1012.

genus synliggörs som ett kunskapsområde. Det blir lätt att genomföra examination, och examination är en förutsättning för att ett ämne skall prioriteras och få status bland studenterna. De lärare som känner sig osäkra på om de har kompetens för att undervisa om genus kan undslippa ansvaret medan de med intresse och kunnande kan ta sig an genuskursen. Genus i medicinen skulle på detta sätt kunna utvecklas till ett eget ämnesområde med kompetenta lärare och forskare. En avgränsad genuskurs kan dock få svårt att täcka alla områden och aspekter där genus är relevant. En separat genuskurs kan även löpa risk att få lågt anseende eller att endast erbjudas som valbar kurs.

Argumenten för integrering har varit att genustänkande måste bli en del av undervisningen som helhet – genus är ju

Det var en viktig markering när medicinska fakultetens ledning vid Umeå universitet våren 2001 inrättade en genuskommitté för att, bland annat, »kvalitetssäkra samtliga utbildningar inom medicinsk odontologisk fakultet avseende genusperspektiv«.

aktuellt i allt vardagligt läkararbete och inte något som endast vissa speciellt intresserade bör ägna sig åt. Integrering kräver inte heller omflyttningar av befintliga kurser. Å andra sidan varnas för »curriculum overload« om allt fler moment och aspekter skall ingå i respektive kurser. Man riskerar att lärarna prioriterar bort genus, och studenterna kan få svårt att ta in allt som krävs, tiden räcker inte till. I slutändan kan då genusperspektivet ändå bli marginaliserat.

I Umeå valde startgruppen för den nya läkarutbildningen U2000 redan för flera år sedan implementering av genus via integrering. Intentionen har varit att genusaspekter skall belysas i alla kurser där det är relevant.

Inventering av genus

För att få en bild av hur mycket undervisning om kön och genus som faktiskt bedrevs genomförde genuskommittén en inventering bland lärarna. Samtliga kursamordnare fick en enkät där de ombads beskriva de inslag som rörde kön/genus i de respektive kurserna under höstterminen 2001. Fokus låg på faktiska aktiviteter och moment, inte på vad som fanns beskrivet i målsättningarna. I enkäten efterfrågades även idéer och planer för nya kön/genusinslag samt vilka hinder som kunde ses i form av till exempel resurser och kompetens. (Fakta 2.)

Svar inkom från alla kursamordnare utom en, och svaren sammanställdes av genuskommittén. I några fall, där osäkerhet uppstod om hur svaret skulle tolkas, togs muntlig kontakt. Sammantaget ger nog inventeringen en god bild av hur kön/genus togs upp i läkarutbildningen under hösten 2001. Svaren analyserades utifrån de kunskapsområden som tidigare beskrivits [5], nämligen kön/genusperspektiv i undervisning om kropp, hälsa och sjukdom, utredning och behandling, bemötande och konsultation samt studie- och arbetsvillkor. Därtill kartlades också inslag om genusteori och om våld mot kvinnor.

Sammanfattningsvis visade inventeringen att inslag med genusperspektiv fanns här och där, och några kurser beskrev genomarbetade moment som funnits i flera år och utvärderats. Men som helhet var genusinslagen små, fläckvis utspridda och utan samordning. Genus togs upp där det råkade finnas en intresserad lärare. De flesta svaren vittnade om att kön/genus berördes mycket knapphändigt, om alls [7].

Resultat och förslag på nya genusinslag

Teorier, begrepp och vetenskapssyn: Genusteori hade inte något särskilt utrymme avsatt på utbildningen och berördes de facto knappast. Ett undantag var kursen i samhällsmedicin som låg i slutet av läkarutbildningen. Detta innebar en ineffektivitet genom att varje moment som berörde genus behövde börja i definitionerna, eftersom ingen lärare visste vad som var sagt tidigare. För att komma till rätta med detta föreslås att elementär genusteori skall tas upp redan på första terminen under en kurs som heter vetenskaplig baskurs (Fakta

II Fakta 1

Genuskommittén

Uppdraget

Inventera genusrelaterade problem på fakulteten och upprätta en prioriteringslista.

I samverkan med respektive programkommitté verka för att samtliga utbildningar kvalitetssäkras med avseende på genusperspektiv.

Bevaka frågor som rör jämställdhet.

Ledamöter

Lärare:

Katarina Hamberg, universitetslektor, allmänmedicin, ordförande
Anne Hammarström, professor, folkhälsovetenskap (enheten för allmänmedicin)

Ann Lalos, professor, folkhälsovetenskap (enheten för obstetrik och gynekologi)

Peter Naredi, professor, kirurgi

Björn Nygren, adjunkt, omvårdnad

Katrine Riklund Åhlström, professor, radiologi

Carin Sjöström, adjunkt, odontologi

Gunnar Tiger, universitetslektor, farmakologi

Studerande:

Linda Brännström, läkarprogrammet

Stina Kallerhult, sjuksköterskeprogrammet

Mikael Sellin, biomedicinprogrammet

Handläggare: Carina Johansson

II Fakta 2

Frågor i genusinventeringen

Följande frågor ställdes till kursamordnarna:

1. Vad finns under hösten 2001 inom respektive ämne som tar upp genus, problematiserar kön eller könsskillnader?
2. Vad skulle ni vilja genomföra om resurser (eller kunskaper) fanns?

Ta gärna upp idéer ni har eller svårigheter ni inte vet hur ni kan lösa.

3). Studenterna behöver de teoretiska redskapen tidigt om de skall kunna diskutera och kritiskt granska forskning, praktik och, kanske inte minst, sin egen litteratur.

Kropp, hälsa och sjukdom: Inom de flesta kurser uppmärksammades könsskillnader i incidens och förlopp, men utan att

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

det gavs någon större plats för diskussion om orsaker och förklaringar. Könsskillnader verkade mest konstateras, och intrycket var att ett genusperspektiv på kropp och sjukdom saknades inom de flesta av utbildningens »tunga« kurser. Etablerad kunskap om kön/genusrelation till hälsa berördes till exempel inte inom områden som hjärt-kärlsjukdom, diabetes, rörelseorganens sjukdomar, depressioner och andra psykiska sjukdomar. I den mån kön/genus togs upp var det framför allt biologiska aspekter som nämndes medan sociala förhållanden inte kom med. Men om hälsa och sjukdom inte diskuteras i relation till sociala förhållanden, till exempel villkor i arbetsliv och familj, handlingsutrymme och inflytande, ekonomi eller livsstil, riskerar könsskillnader att framstå som medfödda och helt knutna till biologin. Utan koppling till sociala förhållanden försvinner faktiskt genusperspektivet, och kvar blir bara biologiska könsskillnader. Här finns en styrka i den pragmatiska definitionen »genus = kön med helhetssyn« [5].

För att förbättra undervisningen beslutades till exempel att kursen om akuta somatiska tillstånd skall inarbeta kön/genusaspekter i fallbeskrivningar om hjärt-kärlsjukdomar och psykiatrikursen på motsvarande sätt utforma fallbeskrivningar där depression kan belysas ur ett genusperspektiv (Fakta 3).

Utredning och behandling: Det fanns mycket lite nämnt om utredning och behandling i inventeringen, vilket tolkades som att området knappast berördes i ett genusperspektiv. Samtidigt finns forskning som visar att i vissa situationer bör patientens kön beaktas tydligare i medicinska utredningar. Det får till exempel anses vara övertygande visat att tidigare kriterier för angina pectoris inte är tillfyllest vid bedömning av kvinnor med bröstsmärtor [8]. Allt fler rapporter kommer också om viktiga könsskillnader i effekter och biverkningsprofiler för olika läkemedel. Här är forskningen ännu i sin linda, men fenomenet bör uppmärksammas. Inget inslag om könsbias förekom, det vill säga icke önskvärd särbehandling av patienter beroende på kön, trots rapporter om att könsbias ofta förekommer inom sjukvården [8, 9]. Dessutom finns lovande exempel på att om läkare uppmärksammas på fenomenet könsbias kan sådan lättare undvikas [5]. Här behöver nya undervisningsmoment utformas (Fakta 3).

Bemötande och konsultationsundervisning: Undervisning som rörde patientmöten hade ett något tydligare genusperspektiv, även om det fanns stort utrymme för förbättringar även här. Under de första terminerna diskuterades genusaspekter vid patientmöten, och detta var ett återkommande tema i grupphandledning under utbildningens senare del. Betydelsen av läkarens kön togs även upp som ett planerat inslag i relation till gynekologiska undersökningar.

Genusaspekter berördes däremot inte under den kurs då studenterna tränar på att ta anamnes och undersöka patienter inför det kliniska stadiet. Inte heller inom psykiatrikursen fanns något organiserat moment kring betydelse av genus vid patientsamtal. För dessa kurser föreslås därför att diskussioner om betydelsen av läkarens och patientens kön läggs in i målsättnings- och planerings i vid fallgenomgångar, »sit-ins« eller i rollspel. Vidare bör den maktasymmetri som utmärker patient-läkarrelationen [10, 11] och som innebär att patienten är beroende av läkarens kunskap och beslut, och på så sätt underordnad, tas upp i ett genusperspektiv under utbildningens senare del.

Studie- och arbetsvillkor för studenter och läkare: Könsblandade arbetsgrupper eftersträvades på de flesta kurser – eller enkönade grupper där man trodde att det kunde vara en poäng att män och kvinnor diskuterade var för sig. Relationen mellan studenter och lärare lyftes fram som den viktigaste genusfrågan på några prekliniska kurser där majoriteten av lä-

rarna var män, medan mer än 60 procent av studenterna var kvinnor. Inte för att man upplevt genusrelaterade konflikter utan för att man anade att det kanske fanns något att fundera över i alla fall. Någon kurs ställde frågor om särbehandling beroende på kön i sin kursutvärdering och hade fått värdefull feedback från studenterna på det sättet. Därför föreslås att kursutvärderingar rutinmässigt skall innehålla frågor om positiv och negativ särbehandling på grundval av kön.

Genusperspektiv på läkares arbetsvillkor och karriärmöjligheter belystes vid några moment om läkarrollen tidigt i utbildningen men saknades på det kliniska stadiet och mer specialitetsanknutet. Utifrån nuvarande könsfördelning inom kirurgiska specialiteter, med manlig övervikt, och den debatt som finns om kvinnors möjligheter inom kirurgin [12] föreslås att en diskussion om genusperspektiv på arbete och karriär planeras in under kirurgi-ortopediundervisningen (Fakta 3).

Våld mot kvinnor: Våld mot kvinnor är ett stort folkhälsoproblem, och läkare anser sig ofta ha bristande kunskaper om vad man kan göra för en misshandlad eller våldtagen kvinna. Mot den bakgrunden var det förvånande att endast tre inslag nämndes som tog upp våld mot kvinnor. Det berördes helt kort i samband med studentens första patientintervju på termin 1, en föreläsning gavs på psykiatrikursen, och våld och övergrepp mot kvinnor och barn var temat på en seminariedag under kvinna-barnkursen på termin 11. Sannolikt togs det upp även vid andra tillfällen i samband med patientfall – fast då med bara några studenter.

Kunskap om våld mot kvinnor måste samordnas och få mer utrymme i läkarutbildningen, och en särskild arbetsgrupp tillsattes av PKL för att jobba vidare med detta. Vid Umeå universitet och Norrlands Universitetssjukhus finns mycket kunskap om våld mot kvinnor. En handlingsplan finns att gå efter när en misshandlad kvinna söker sjukvården – alla studenter bör till exempel känna till den och examineras på den.

Lärarnas utbildningsbehov: Generellt uttrycktes ett stort behov av utbildning om genus bland lärarna. Samtidigt föreföll det som om den genuskunskap som finns inte alltid är känd eller tas till vara. Flera kursamordnare bad till exempel om hjälp för att integrera ett genusperspektiv – fast det fanns medarbetare med erkänt hög genuskompetens inom deras egen enhet.

Studenternas inställning

När det gällde studenternas önskemål och erfarenheter av genusundervisning fanns utförliga kursutvärderingar av redan befintliga genusinslag att tillgå. Dessa visade att det fanns en grupp studenter som var mycket positiva, men också en grupp som var mer eller mindre negativa till undervisning om genus. Vissa menade att jämställdhet och genusfrågor är så självklara bland unga människor idag att det inte behövs någon mer diskussion. De positiva studenterna skrev »äntligen!«, efterfrågande mer tid för genusaspekter, mer genusteori och mer diskussioner i små grupper. I den negativa kritiken återkom vissa teman. Dit hörde att genuskunskap ansågs vara »flum« som inte hörde hemma på läkarutbildningen, att lärare som undervisade om genus inte hade »rätt inställning« eller att de inte var »bra lärare« och att den statistik som presenterades var ovetenskaplig och endast egna åsikter i friserad form. Studenternas åsikter stämde således mycket väl in på hur genusfrågorna brukar diskuteras i samhället i stort. Under den tid arbetet för en genomtänkt genusundervisning pågick i Umeå har det hörts allt starkare studentröster för att genus är viktigt och måste få mer utrymme och status.

Problem och utmaningar

Utbildning av lärare: Hur man bäst organiserar utbildning för

II Fakta 3

Exempel på nya genusinslag

Redan befintliga genusinslag förutsätts fortleva. Nedan ges exempel på nya moment som skall införas. Många idéer och uppslag kom från kursamordnarna, och dessa togs till vara. Förslaget berör alla terminer, så arbetet för respektive termin eller kurs blir inte så stort.

Termin 1

Introduktion och teori om kön och genus införs på termin 1, vetenskaplig baskurs. Här läggs en grund för andra kurser.

Cellkursen genomför en fortbildning för sina lärare om genusaspekter på relationen mellan lärare och studenter.

Termin 1–3

Medicinsk psykologi utarbetar ett inslag om genusperspektiv på våldsamt beteende och ett annat om genus i gruppprocesser.

Termin 3

Organkursen inför en fallbeskrivning av osteoporos där genusperspektivet integreras. Det ger möjlighet att lära sig skelettets uppbyggnad på keminivå och ställa det i relation till livsvillkor, uppväxt och livsstil. Biologi och sociala villkor sammanflätas.

Termin 6–7

I kursen kliniska undersökningsmetoder (klinisk propedeutik) utarbetas moment om beröring, avklädning och kroppsundersökning i ett genusperspektiv samt moment om innebörden av patientens och läkarens kön i konsultationen.

Inom klinisk baskurs (internmedicin) presenteras kunskap om genus i relation till sjukdomars orsaker och förlopp. I stället för att tas upp vid varje åkomma kan det med fördel göras översiktligt i föreläsning, efterläsning eller litteraturstudier.

Genus i relation till hjärt-kärlsjukdomar fokuseras i fallbeskrivning.

Könsbias i sjukvården – vad vet vi, hur kan vi undvika? Den mesta forskningen rör åkommor som sorterar under klinisk baskurs (medicin), och momentet hör därför lämpligen hemma där.

Genusperspektiv på läkarjobbet. Ett seminarium eller en temadag arrangeras i regi av kirurgi + ortopedi + annan specialitet.

Termin 8

Sjukdomar i rörelseorganen i ett genusperspektiv. Genusperspektiv på rehabilitering hör hemma även här.

Termin 9

I psykiatrikursen utarbetas en fallbeskrivning av depression där genus diskuteras. Därtill införs ett övergripande moment om genus och psykiatri (sjukdomspanorama, bemötande osv) som föreläsning, efterläsning, seminarium eller grupparbete.

Termin 6–11

Undervisningen om våld mot kvinnor utvecklas och samordnas av en särskild arbetsgrupp.

I kursen »professionell utveckling/tillämpad medicin« införs moment som fokuserar på maktasymmetrin i patient-läkarrelationen i ett genusperspektiv samt moment som belyser genusaspekter i samarbetet mellan olika yrkesgrupper i sjukvården.

Termin 1–11 (berör de flesta kurser och terminer)

Kursutvärderingar bör ha frågor om särbehandling på grundval av kön.

Examinationer bör ta upp genus.

Kurslitteraturen behöver granskas i ett genusperspektiv.

Utbildning av lärare måste genomföras. Dessa utbildningsinsatser bör helst organiseras lokalt/kursvis för att anpassas till respektive lärargrups behov. Universitetspedagogiska centret eller genuskommittén kan kontaktas av den som önskar råd eller hjälp.

Basal genusteori och betydelsen av genusperspektiv inarbetas i den lärarkurs som alla nya lektorer skall genomgå.

lärare är en central fråga. Ett optimalt sätt att nå nya universitetslektorer är sannolikt att grundläggande genusbegrepp och betydelsen av genusperspektiv tas upp under den lärarkurs som alla nya lektorer skall genomgå. Men hur nås de redan anställda, de erfarna lärarna?

För att stimulera intresset för och diskussioner om genus i läkarutbildningen har genuskommittén besökt flera kurssamordnarmöten där samordningsansvariga lärare träffas för att dryfta gemensamma frågor och problem. I den dialogen har frågor kring genus kunnat diskuteras och ett visst mått av konsensus kring innebörden av genus i utbildningen uppnåtts. I samarbete med Universitetspedagogiska centret arrangerade genuskommittén utbildningsdagar för lärare i augusti 2002. Då gavs ett smakprov på vad genus kan innebära i medicinsk undervisning, och de lärare som inte kunde så mycket om genus fick möjlighet att se variationen och bredden av genusforskningen. Föreläsarna talade på teman som »genusperspektiv på lärande«, »vad kan ny kunskap om könsskillnader i muskelfibrer och mjölksyraproduktion innebära för kvinnliga ishockeyspelare?« och »samarbetet mellan sköterskor och läkare ur ett genusperspektiv«. Ett arbetspass handlade också om hur genusaspekter kan inarbetas i den fallmetodik som tillämpas i Umeå. Några kursamordnare hade gjort förslag på fall som diskuterades och utvecklades med avseende på genus.

Men detta räcker knappast. Hur skall utbildningen av lärarna utformas? Här har PKL avrått från en gemensam och övergripande genuskurs. I stället erbjuder man ekonomiskt stöd till dem som genomför kurser på institutions- eller enhetsnivå utifrån lokalt identifierade behov. I genuskommittén har vi också lutat åt att det är bäst om behoven formuleras av respektive lärarlag. Då kommer lärarna att vara bäst motiverade för att delta i kursen. Samtidigt innebär detta förhållningssätt en påtaglig risk för tröghet och ineffektivitet. Tröghet därför att det tar tid innan lärargrupper vet vad de behöver och ineffektivitet om snarlika kurser kommer att ges till många små grupper av lärare. Det finns också en risk att genus som kunskapsområde osynliggörs om det inte ställs krav på att de lärare som undervisar har satt sig in i eller orienterat sig i relevant faktakunskap. Här gäller det nog att vara flexibel och se olika former av fortbildning som nödvändiga och bra. Seminarier och korta kurser kring teman där lärargrupper efterlyst utbildning kan kombineras med utbildningsinslag som organiseras ämnesövergripande av Universitetspedagogiska centret och/eller genuskommittén. Fakultetsledning, prefekter och kursamordnare har som ledare en viktig uppgift att initiera och delta i sådan utbildning och på så sätt markera att området är prioriterat och viktigt [4]. När lärarna prioriterar och är kunniga i ett ämne brukar det innebära att även studenterna ser detta ämne som viktigt och relevant.

Om lärare utan kunskaper om vad genusperspektiv i medicinsk utbildning innebär tvingas bära upp undervisningen kan hela initiativet förfelas. Då finns en uppenbar risk att genusinslagen kommer att karakteriseras av lärarnas personliga tyckanden som »jag anser att genus är oviktigt«, »proklamationer som »jag gör aldrig skillnad på manliga och kvinnliga patienter« eller attityder som att »kvinnor tar för sig för dåligt, därför har de har svårt att avancera i karriären«. Sådana uttalanden kan visserligen vara intressanta och utmanande att bemöta, men diskussionen passar nog bättre hemma vid ett köksbord än i en akademisk utbildning som förutsätter kunskaper, vetenskapliga argument och reflekterade erfarenheter.

Hur motivera de kritiska studenterna? Intresserade och kunniga lärare är en förutsättning för bra undervisning, men det är inte säkert att det räcker för att alla studenter skall uppskatta och prioritera genusundervisning. Eftersom genusperspektiv

av vissa upplevs som kontroversiellt och lite provocerande är det också viktigt att behovet av undervisningen är förankrat och att den åtnjuter respekt bland kolleger och ledning. I Umeå finns detta stöd uttryckt både av fakultetsledningen, som tog initiativet till att genusperspektiv skulle integreras, och av PKL, som antagit förslaget för nya genusinslag. För att visa genusperspektivets betydelse måste också genusaspekter examineras vid muntliga och skriftliga tentamina – studenter prioriterar det som kommer på tentan [1]. På sikt kommer det naturligtvis att vara genusundervisningens innehåll och i vad mån man lyckas visa att genusperspektiv bidrar med relevant kunskap som kommer att fälla avgörandet.

Risk för onyanserad fokusering på kön/genus: En risk med utökad undervisning om kön/genus i läkarutbildningen är att innehållet får en slagsida mot könsskillnader. Här kan det ökande intresset för män och kvinnor i medicinska studier spela oss spratt. Till exempel, även om det visat sig att det kan vara problematiskt att rätt diagnostisera yngre kvinnor med koronarsjukdom så uppvisar de allra flesta kvinnor med angina pectoris samma sjukdomsbild som majoriteten män. Och de har samma nytta av behandling som män.

Fokus på könsskillnader kan till och med leda till en form av iatrogen genusbias [13]. Genom att vi lär oss att en viss åkomma är mer vanlig hos ena könet kan vi förledas att negligera den när en patient av det andra könet söker.

Det finns också en fara att vi kan hemfalla åt schabloniseringar av manliga och kvinnliga patienters eller läkares beteende. De flesta män är till exempel inte tillknäppta och rationella som den stereotypa bilden av en manlig läkare ibland gör gällande, och de flesta kvinnliga läkare kan visst säga ifrån och vara otrevliga mot patienter – trots att forskning på gruppnivå visar att kvinnor är mer inkännande och empatiska än män. Patienter beter sig också olika mot läkare beroende på vilka förväntningar de har – det innebär att samma beteende hos en manlig och kvinnlig läkare kan uppfattas och värderas olika. Genusperspektiv handlar därför sällan om enkla svar på hur genus spelar in. Men genom att läkarstudenterna får läsa om, öva och diskutera kön/genusaspekter i olika situationer kan de utveckla sin förmåga att reflektera över sig själva, patienterna och interaktionen dem emellan. Detta är till gagn både för de blivande läkarna och för deras patienter.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Norstedt M, Davies K. Läkarutbildningen tycks »immun« mot köns- och genusdiskussioner. Könsperspektivet i undervisningen är begränsat, visar studie. *Läkartidningen* 2003;100(23):2056-62.
2. Westerståhl A. Läkarstudenter fick inblick i könsperspektiv. *Läkartidningen* 1998;95(16):1817-9.
3. Hulcrantz E, Muhr C. Kurs i kvinnomedicin gör genusperspektivet tydligare. *Läkartidningen* 1999;96(7):753-6.
4. Jacobs CD, Bergen MR, Korn D. Impact of a program to diminish gender insensitivity and sexual harassment at a medical school. *Acad Med* 2000;75(5):464-9.
5. Hamberg K. Genusperspektiv relevant för många av läkarutbildningens ämnen. Viktigt att betrakta män och kvinnor med helhets-syn. *Läkartidningen* 2003;100:4078-83.
6. Nelson M, Nicolette J, Johnson K. Integration or evolution: women's health as a model for interdisciplinary change in medical education. *Acad Med* 1997;72(9):737-40.
7. Genuskommittén, Umeå universitet. Inventering av genus i läkarprogrammet vid Umeå universitet; 2003. http://www.umu.se/medodont/presentation/org_smtr/Org_KOMGEN.htm
8. Björkelund C, Bengtsson C, Schenck-Gustafsson K, Swahn E. Hantering av hjärt-kärlsjukdom präglas av manligt perspektiv. Kvinnor får felaktiga omhändertaganden, diagnoser och behandlingar. *Läkartidningen* 2001;98(30-31):3314-8.
9. Hamberg K, Risberg G, Johansson EE, Westman G. Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *J Womens Health Gend Based Med* 2002;11(7):653-65.
10. Hamberg K. Makten i patient-läkarrelationen. Månadsskrift för praktisk laegegerning. *Tidsskrift för praktiserende laegers efteruddannelse* 2001;79:691-8.
11. Davis K. Power under the microscope. Dordrecht, The Netherlands: Foris Publications Holland; 1988.
12. Gjerderberg E. Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation. *Soc Sci Med* 2002;54:591-605.
13. Hamberg K, Risberg G, Johansson EE. Male and female physicians show different patterns of gender bias. A paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scand J Public Health* 2003. Under publ.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://tarkiv.lakartidningen.se>
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.



= artikeln är referentgranskad

SUMMARY

Gender perspective mostly lacking at Umeå Medical School. The faculty play a key role when implementing suggestion for improvement

Katarina Hamberg

Läkartidningen 2003;100:4084-90

An investigation was conducted at the medical school in Umeå Sweden, to get a picture of the education that was offered to the students about gender and gender issues in medicine during the autumn of 2001. A few ambitious examples were reported but as a whole a gender perspective was lacking and not co-ordinated between courses. There was no space in the curriculum for gender theory, which implied that all teachers that paid attention to a gender perspective had to start from the beginning. They had no idea what ideas and theories had already been discussed. When sex or gender were focused on it was foremost biological aspects that were put forward while social, psychological and cultural aspects were not illuminated. No attention was paid to sex or gender bias. The abuse of women was in the curricula only three times during the five and a half years of medical training. Based on this inventory a proposal to develop education on gender issues has been outlined and approved by the faculty board.

Correspondence: Katarina Hamberg, Department of Public Health and Clinical Medicine, Family Medicine, Umeå University, SE-901 85 Umeå, Sweden.