

Läkarens kön spelar roll!

SERIE Genusperspektiv

Tidigare artiklar i serien är publicerade i nummer 45/00.

Idag är det inte längre kontroversiellt att konstatera att läkarens kön påverkar relationen såväl till patienterna som till medarbetarna samt att manliga och kvinnliga läkare har olika villkor i arbetslivet.

Könsskillnader kan vara viktiga att känna till för den blivande läkaren, särskilt mot bakgrund av att aktuella läroböcker i konsultationskunskap (t ex [1]) inte tar upp läkarens kön som en viktig och relevant variabel. Det är dock inte självklart vad undervisningen om könsskillnader ska innehålla eller hur den ska förmedlas [2], och vi vill därför ge förslag på aktuell relevant litteratur och diskutera hur könsperspektivet kan integreras i undervisningen på läkarlinjen.

Undervisningsmål

Som vi ser det är målet att belysa de könsskillnader som kan vara relevanta för den blivande läkaren. Ambitionen är således inte att undervisa i genusforskning, vilket kräver särskild kompetens hos lärarna, inte heller att ge en minikurs i sociologi, antropologi eller feministisk epistemologi, ämnen som dock rymmer en hel del intressant litteratur (t ex [3]).

Vår åsikt är att undervisningen inled-

Författare

ÅSA NILSSONNE

med dr, leg psykoterapeut, högskolelektor, psykologisektionen, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet
asa.nilssonne@knv.ki.se

FARIDA FAHMY

då artikeln skrevs avdelningsläkare, kirurgiska kliniken, Södersjukhuset, för närvarande på Täby närsjukhus

SARI PONZER

med dr, tf universitetslektor i ortopedi, institutionen Södersjukhuset, Karolinska institutet; samtliga Stockholm.

ningsvis bör beröra kommunikation och ledarskap utifrån ett könsperspektiv [4, 5]. Därefter bör man följa upp med en mer specifik del omfattande två huvudkomponenter: dels vad det betyder för patienten att läkaren är man eller kvinna, dels hur läkarens kön påverkar lön, karriär, sjuklighet och tillfredsställelse i arbetet.

Två ytterligare aspekter av könsskillnader berör vi inte. För det första de sjukdomstillstånd som presenterar sig med olika symtomatologi hos manliga och kvinnliga patienter. Dessa bör diskuteras som en självklar del i den ordinarie undervisningen på respektive kurs. För det andra kvinnliga och manliga läkares möjlighet att forska, vilket är viktigt i sammanhanget, men som faller utanför ramen för den här översikten.

Vad undrar studenterna?

Det kan vara bra att veta vad studenterna undrar när man planerar undervisningen. Vår erfarenhet är att det är stor skillnad mellan de enskilda studenterna – en del säger termin fem eller åtta att de aldrig har reflekterat över att det skulle ha någon betydelse att de är män eller kvinnor, medan andra har funderat en hel del och ofta oroat sig. Åldern verkar vara av betydelse, många yngre studenter känner glädjande nog inte igen sig i skildringar av särbehandling på grund av könstillhörighet medan de äldre som har annan yrkeserfarenhet bakom sig kan ha upplevt skillnader mellan mäns och kvinnors villkor i arbetslivet.

Exempel på sådant de kvinnliga studenterna tar upp är att de har hört att kvinnliga läkare inte får lika mycket hjälp av sjuksköterskor som de manliga kollegerna, att kvinnliga läkare har lägre lön, att självmordsstatistiken är oroande. De frågar sig när de ska hinna skaffa barn, om arbetsgivaren kommer att vilja anställa dem om de har små barn och hur det ska gå att balansera yrkesliv och familj. De undrar om de kan ge sig in i de traditionellt manliga specialiteterna, om de kommer att få svårigheter i kontakten med manliga kolleger.

De tar också upp situationer där de tänker sig att det kan vara positivt att vara kvinna, som till exempel i mötet med patienter och anhöriga. Många tror att de kommer att få lätt att tala med patienterna, och att de också kan ha fördel av sitt kön i umgänget med personalen.

Sammanfattat

- Hur ska vi undervisa blivande läkare om könsskillnader? Fältet är omfattande och politiskt komplicerat.
- Det är viktigt att fokusera dels hur såväl läkarens som patientens kön påverkar patientkonsultationen, dels hur läkarens kön påverkar hennes/hans arbetssituation och professionella utveckling.
- Till hjälp i läkarutbildningen kommer nu allt fler studier som går att använda i undervisningen. Undervisningen bör ha en övergripande målsättning som utformas centralt, men som sedan huvudsakligen bäst förmedlas av de verksamma kliniska lärarna.

Manliga studenter kan uttrycka oro över att yrket är på väg att bli ett kvinnoyrke, att de kanske kommer att över-skugga sina kvinnliga kurskamrater på kliniken eller att de kan uppfattas som mer kompetenta än de faktiskt är på grund av att de är män och därmed få alldeles för höga krav och förväntningar på sig. Några manliga studenter har berättat att de tycker det är skönt att veta att de inte kommer att få frågan om de är gravida när de är på anställningsintervju (!).

Studenternas funderingar rör således huvudsakligen relationen till patienten och förutsättningarna för yrkeslivet.

Kommunikation och ledarskap sett i ett könsperspektiv

Mycket talar för att kvinnor och män kommunicerar på olika sätt, vilket kan leda till missförstånd och ineffektivitet på arbetsplatsen [4]. Ett exempel är att kvinnor ofta hjälper varandra oombedda och uppskattar hjälpen, medan en man som får hjälp utan att ha bitt om den kan känna sig kritiserad och kränkt. Att hjälpa någon kan bli en maktfråga för män och en empatifråga för kvinnor vilket kan leda till oavsedda och för in-

dividerna svårbegripliga konflikter. Den bakomliggande forskningen om skillnader i manlig/kvinnlig kommunikation har visserligen kritiserats, men beskrivningarna stämmer väl med våra egna erfarenheter från sjukvården.

Könets betydelse för ledarskap har belysts bl a av Barbro Dahlbom-Hall [5]. Hennes tes är att kvinnors ledarskap sker på andra premiser än mäns, och därmed kräver andra strategier, samt att båda könen behöver bättre förståelse för varandras sätt att förhålla sig. Det medicinska etablissemanget med sin traditionellt manliga uppbyggnad utgör en hierarkisk struktur som kan vara ovan och därmed svårhanterlig för kvinnor.

Det finns också en uttalad manlig dominans, framför allt på högre nivåer, vilket medför att t ex betydelsefulla nämnder som medverkar vid tillsättande av akademiska tjänster oftast nästan uteslutande utgörs av män [6]. De flesta chefer på andra nivåer är också män, och det gör att kvinnor oftast möter män när de t ex ska söka tjänster. Här kan kunskap om olika kommunikativa stilar vara till nytta för båda parterna.

Vad betyder läkarens kön för patienten?

Ett flertal studier har visat att läkarens kön har betydelse i patientarbetet. Vi illustrerar här med några exempel:

I en översikt fann man att kvinnliga läkare ägnade mer tid åt sina patienter, att de talade mer med patienterna och att även patienterna talade mer med kvinnliga läkare, samt att kvinnliga läkare oftare refererade till böcker eller andra kunskapskällor. Kvinnliga läkare talade också mer om psykosociala faktorer och hade större fokus på känslor [7].

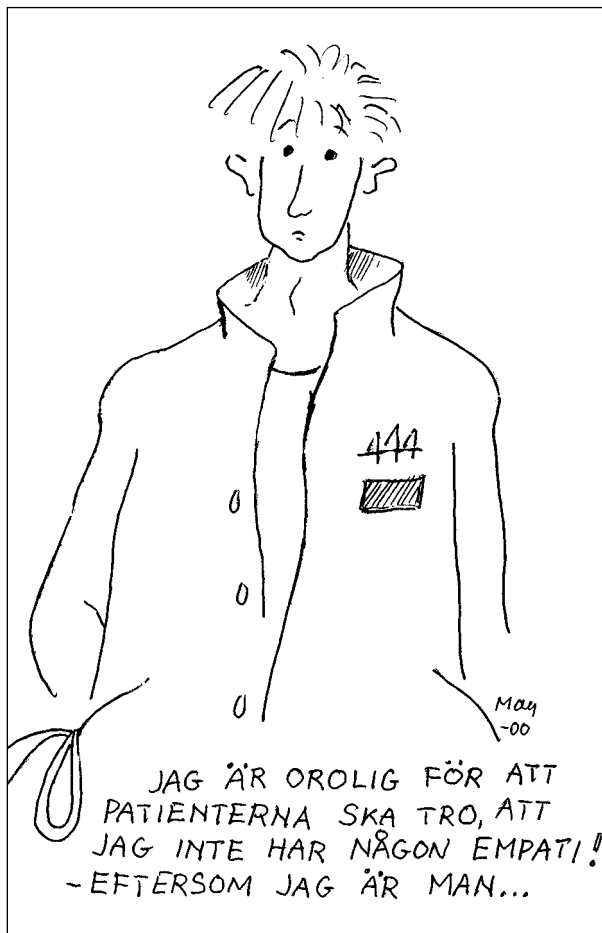
I en studie av 212 videoinspelade pediatrika konsultationer visade det sig att de kvinnliga läkarnas konsultationer var 29 procent längre än de manliga kollegernas, att de innehöll mer uppmuntran och mer kommunikation under statusagande. Barnen var nöjdast med läkare av samma kön som de själva, medan föräldrarna var nöjdast med kvinnliga läkare [8].

En undersökning av 852 amerikanska kvinnor visade att de som hade en kvinnlig primärvårdsläkare remitterades dubbelt så ofta till mammografi [9].

I en annan studie undersöktes 389 husläkare och invärtesmedicinare i USA, kvinnliga läkare uppgav att de kände sig kompetentare när det gällde

att undersöka bröst, ta cellprov från livmodertappen och att ta sexualanamnes från kvinnliga patienter. Manliga läkare kände sig kompetentare när det gällde att genomföra prostataundersökningar och att ta sexualanamnes från manliga patienter [10].

Vi avslutar detta axplock med en ro-



lig studie om halsont: det visade sig att kvinnliga läkare skrev ut mer antibiotika till män än till kvinnor, medan trenden (läs: skillnaden som inte var statistiskt signifikant) för manliga läkare var att skriva ut mer antibiotika till kvinnliga patienter [11]. Frågan om hur detta ska förstås är som gjord för ett seminarium!

Vad betyder könstillhörighet för läkarens yrkesliv/liv?

År 1987 publicerades den nu kända svenska studien som påvisade en högre suicidfrekvens bland kvinnliga än bland manliga läkare [12]. Senare studier upprepade fynden av hög förekomst av depression och suicid hos kvinnliga läkare jämfört med dels befolkningen i stort, dels manliga kolleger [13]. När 9 266 norska läkare fick ange hur de uppfattade sitt hälsotillstånd rapporterade de kvinnliga läkarna fler fysiska symtom än de manliga [14].

Inte bara hälsan, utan även löne- och

karriärutvecklingen är sämre för kvinnliga läkare som grupp [15]. Karriären påverkas bland annat av hur den unga läkaren uppfattas på sin arbetsplats, och här finns en del intressanta data. I en något skakande studie om hur unga amerikanska läkare bedöms av överordnade undersöktes vitsord som 255 överläkare (203 män och 52 kvinnor) hade givit 132 läkare under specialistutbildning. Manliga överläkare gav bättre vitsord till manliga underläkare på sex av nio dimensioner, intressant nog inte avseende medicinska kunskaper. Kvinnliga överläkare gav däremot likvärdiga vitsord till underläkare oavsett kön [16].

Kan det vara liknande upplevelser som ligger bakom resultatet av en studie där 530 manliga och 137 kvinnliga unga läkare fick utvärdera utbildning och arbete? Det visade sig nämligen att männen var nöjdare med sitt yrkesval än kvinnorna [17].

En annan infallsvinkel är att kartlägga arbetsrelaterad stress. I en analys av sex studier som mätte stress hos läkare fann man att stressmätningssinstrument som var utformade för män inte täckte kvinnliga läkares huvudsakliga stresskällor som visade sig vara konflikter mellan arbetsliv och privatliv, sexuella trakasserier och bristande respekt från patienter och sköterskor [18].

Ytterligare en liten, men intressant studie omfattade 20 kvinnliga och 28 manliga studenter i slutfasen av läkarutbild-

ningen; 44 procent av kvinnorna tyckte att de hade uppmuntrats till val av specialitet utifrån könstillhörighet jämfört med 15 procent av männen, och 92 procent av kvinnorna hade vid något tillfälle uppfattats som sjuksköterskor eller annan personalkategori än läkare jämfört med 3 procent av männen [19].

Kvinnors dubbelarbete, på arbetsplatsen och i hemmet, skapar också olika förutsättningar för yrkesliv, karriär och forskning. Den arbetsamma tiden med barnafödande och ansvar för små barn infaller ofta under de första tunga kliniska tjänsteåren eller under avhandlingsarbetet.

Dessa ovanstående undersökningar och många fler understryker skillnaderna i mäns och kvinnors livssituation. I den unga läkarens professionella utveckling ligger att lära sig hantera de utmaningar hon eller han möter, och i den mån som dessa är könsrelaterade kan kunskap underlätta ett ändamålsenligt

agerande. Här har lärarna en väsentlig uppgift.

Hur kan vi undervisa?

Vi har diskuterat vad vi tycker bör undervisas, nästa fråga blir hur det ska göras. Vår åsikt är att könsperspektivet bör ingå i läkarutbildningen redan från de första terminerna och att undervisningen sedan ska koordineras med studenternas fortsatta utbildning.

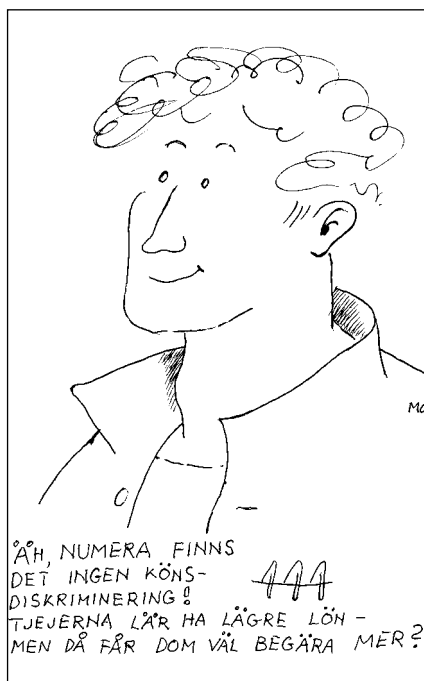
Vi har erfarenhet av såväl föreläsningar i stor grupp som korta föredrag med påföljande diskussion. Vi har hållit seminarier och gruppdiskussioner, och vi har också tagit upp könsperspektivet i vår kliniska handledning. Undervisningsformerna kompletterar varandra – faktakunskaper kan med fördel undervisas i stora grupper, gärna på de prekliniska kurserna, medan ett mindre format krävs när studenten ska antingen diskutera sina tankar och farhågor eller integrera och tillämpa nyvunna kunskaper och färdigheter. Ibland har vi samlat endast de kvinnliga studenterna till ett uppföljande seminarium, vilket varit mycket uppskattat. Detta har fallit sig naturligt för oss, eftersom våra erfarenheter som kvinnliga läkare har varit relevanta. Kanske kunde någon manlig kollega göra detsamma för de manliga kandidaterna?

För AT- och ST-läkare som »står lågt i rang» kan könsskillnaderna bli särskilt kännbara och därför kan fortsatt fokus på den här frågeställningen ha stort värde för dem. Under de kliniska tjänstgöringsåren har vi funnit att seminarier och handledning är till störst nytta, i bästa fall som komplement till en engagerad mentor. En i sammanhanget mycket användbar bok har sammanställts av Nätverket för kvinnliga universitetslektorer vid medicinska fakulteter i Sverige [20]. Den belyser och diskuterar de kvinnliga läkarnas situation och innehåller en uppsjö av intressant material och omfattande referenser.

Vem ska undervisa?

Först av allt tror vi att det krävs en central planering och en klart formulerad målsättning som bör utgå ifrån både manliga och kvinnliga läkares situation. Sedan kan ansvaret för undervisningen ligga hos de kursansvariga på respektive kurs under såväl de prekliniska som de kliniska kurserna.

Den del av undervisningen som omfattar fakta som tar tid att sammanställa kanske enklast föreläses under de prekliniska kurserna av intresserade lärare, medan klinisk undervisning i form av handledning eller seminarier lämpligen sker under de kliniska kurserna. Undervisningen bör helst vävas in i den ordinarie undervisningen, vi tror att det är angeläget att använda verkliga situationer som underlag. Vi anser att det är



viktigt att det är de ordinarie lärarna som undervisar, eftersom det handlar om våra dagliga interaktioner och det är på den nivån undervisningen måste ske.

Det kan förstås diskuteras om det finns behov av att lägga till något undervisningsmoment av en »expert» inom området, men detta får bedömas av den kursansvariga, gärna i samråd med någon som har överblick över den centrala planeringen så att man undviker dubblering av enskilda moment. När undervisningen sker enligt Problem Baserat Lärande (PBL) kan de fall som redan används utgöra underlag för en analys av könsskillnader.

Helst bör alla kliniska lärare ha tillräckligt med kunskap för att känna sig trygga i att ta upp de här frågorna med studenterna, och detta ordnas antagligen enklast genom att ämnet ingår i handledarutbildningen och att lärarna ges tillfälle att utbildas sig.

Den första frågan som den kursansvariga ställer är antagligen: Vem ska ta hand om detta? Vi är övertygade om att det på varje klinik/enhet finns personer som är villiga att lägga ned litet tid på detta. För den lärare som inte haft tillfälle att fördjupa sig särskilt i ämnet behöver det inte vara ambitiösare än att man delar med sig av sina erfarenheter, öppnar för en diskussion.

Vi vet att många kliniska lärare tar upp könsskillnader som en självklar del av sin undervisning och att många studenter får rikliga tillfällen att tillägna sig erforderliga färdigheter och kunskaper. Men vi vet också att andra studenter inte får någon särskild vägledning och därmed måste »återuppfinna hjulet» i onödan.

På sikt tycker vi att ämnet har sin

självklara plats på utbildningarna för läkare/lärare, och att det är ett viktigt mål att så många lärare som möjligt får pedagogisk utbildning. Däremot tror vi inte att en centralt styrd undervisning, där utvalda personer kommer till kurserna och tar tid från annan undervisning, är särskilt ändamålsenlig. Det skapar lätt irritation och missnöje hos både lärare och studenter, och det kan uppfattas som en lösryckt timme utan förankring i verkligheten. Vi vill betona att undervisningen i könsfrågor under läkarutbildningen måste betraktas som ett permanent och angeläget inslag som inte bara kan bygga på »enskilda projekt», även om en hel del pedagogiskt utvecklingsarbete kvarstår att göra.

Fällor i undervisningen

Manligt/kvinnligt får lätt en ideologisk slagsida och kan komma att fokusera de specifika svårigheter som just kvinnliga läkare möter. I värsta fall söker man förklaringen hos de manliga läkarna, och många unga män har dåliga erfarenheter av den här sortens diskussioner. De kan uppleva dels att de förväntas ta på sig någon form av kollektiv skuld för saker de inte själva deltagit i, dels att deras situation inte uppmärksammas som om det faktum att de är män skulle göra att deras egna svårigheter och utmaningar inte var intressanta. Männerna kan då reagera antingen med att utebli fortsättningsvis eller med ilska och frustration, vilket är kontraproduktivt. Vi tror inte att en polarisering av det slaget har särskilt stort pedagogiskt värde. Undervisningen ska gagna alla studenter, och det åligger föreläsaren/seminarieledaren att hitta en balans så att innehållet upplevs som relevant för både männen och kvinnorna.

Redan rubriken på undervisningsmomentet är viktigt, den måste vara informativ och motivera studenterna till aktivt deltagande. Det gäller också att förhålla sig saklig, utan att för den skull undanhålla provokativa fakta.

Sammanfattning

Undervisningen om könsskillnader för blivande läkare har två syften: dels att befrämja den professionella utvecklingen eftersom läkares köns-tillhörighet påverkar konsultationen och därmed behöver förstås och hantearas, dels att förbereda den unga läkaren på köns-specifika utmaningar i yrkeslivet.

Vi tror att det krävs en central planering och en klart formulerad målsättning som bör utgå ifrån både manliga och kvinnliga läkares situation. Den centrala planeringen kan företrädesvis ligga på kursövergripande nivå så att

olika moment koordineras, men vi tror att ansvaret för genomförandet av undervisning måste ligga lokalt hos de kursansvariga på respektive kurs. Undervisningen bör bedrivas huvudsakligen av befintliga lärare och integreras i det ordinarie kursinnehållet.

Vi är övertygade om att kapacitet finns inom respektive enhet – det gäller dock att väcka intresset och att hitta de rätta personerna. Det krävs också att personer som tar ansvar för undervisningen respekteras och stöds av kursledningen som också betonar ämnets relevans. Tillgång till lämpligt material och pedagogisk handledning är givetvis en fördel. Ämnet har också sin givna plats på handledarutbildningar för läkare/lärare.

Vi ser fram emot allt fler relevanta studier och ytterligare användbar kurslitteratur i ämnet och hoppas få fler inlägg i frågan!

Bilderna bygger på repliker som faktiskt har yttrots av medicine studerande.

Referenser

1. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. Konsultationen – kommunikation mellan läkare och patient. Stockholm: Studentlitteratur, 1994.
2. Lent B, Bishop JE. Sense and sensitivity: developing a gender issues perspective in medical education. *J Womens Health* 1998;7:339-42.
3. West C. Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Soc Sci Med* 1993;36:57-66.
4. Wennberg L. Förstå mig rätt! Om kvinnospråk och mansspråk i arbetslivet. Stockholm: Wahlström och Widstrand, 1993.
5. Dahlbom-Hall B. Lära kvinnor chefa män. Falun: Natur och Kultur, 1996.
6. Witt-Brattström E. Viljan att veta och viljan att förstå. *SOU* 1995:110.
7. Roter DL, Hall JA. Why physician gender matters in shaping the physician-patient relationship. *J Womens Health* 1998;7:1093-7.
8. Bernzweig J, Takayama JI, Phibbs C, Lewis C, Pantell RH. Gender differences in physician-patient communication. Evidence from pediatric visits. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:586-91.
9. Andersen MR, Urban N. Physician gender and screening: do patient differences account for differences in mammography use? *Women Health* 1997;26:29-39.
10. Lurie N, Margolis K, McGovern PG, Mink P. Physician self-report of comfort and skill in providing preventive care to patients of the opposite sex. *Arch Fam Med* 1998;7:134-7.
11. Poses RM, Smith WR, Schmitt BP, Alexander-Forti D, Cebull RD, Wigton RS. Do women and men receive different care for sore throats? *Motivation and Emotion* 1995;19:193-203.
12. Arnetz BB, Hörte LG, Hedberg A. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population: results from a national long-term prospective study and a retrospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:139-43.
13. North CS, Ryall J-EM. Psychiatric illness in female physicians. Are high rates of depres-

sion an occupational hazard? *Postgrad Med* 1997;101:233-42.

14. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. *Soc Sci Med* 1997;45:1615-29.
15. 1998 års lönestatistik. Stockholm: Läkarförbundet; 1999. Nytt från förhandlingsavdelningen nr 7/99.
16. Rand VE, Hudes ES, Browner WS, Wachter RM, Avins AL. Effect of evaluator and resident gender on the American board of internal medicine evaluation scores. *J Gen Intern Med* 1998;13:670-4.
17. Hojat M, Gonnella JS, Xu G. Gender comparisons of young physicians perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College graduates. *Acad Med* 1995;70:305-12.
18. Gross EB. Gender differences in physician stress: Why the discrepant findings. *Women Health* 1998;26:1-14.
19. Bright CM, Duefield CA, Stone VE. Perceived barriers and biases in the medical education experience by gender and race. *J Nat Med Assoc* 1998;90:681-8.
20. Hultcrantz E, editor. *Läkare, doktor, kvinna*. Lund: Studentlitteratur, 1998.

Särtryck

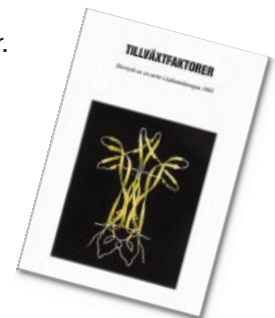
LÄKARTIDNINGEN

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i *Läkartidningen* 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprovning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor.



Tillväxtfaktorer

Beställer härmed.....ex av "Tillväxtfaktorer"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

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

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker