

Maria Norstedt, fil mag, amanuens, institutionen för medicin samt sociologiska institutionen (*marianorstedt@hotmail.com*)

Karen Davies, docent, universitetslektor, sociologiska institutionen; båda vid Lunds universitet

Läkarutbildningen tycks »immun« mot köns- och genusediskussioner

Könsperspektivet i undervisningen är begränsat, visar studie

II Det mest basala i vår självbild är vår könstillhörighet. Den genomsyrar alla mänskliga relationer. Ibland tar vi den så för given att vi glömmer bort vilken roll den spelar, vi blir könsblinda eller könsneutrala.

I forskning kring könsfrågor utpekade detta ofta som ett återkommande problem inom den medicinska vetenskapen [1]. Den präglas av »en tro och ett ideal om att den är könsneutral« [2].

Delese Wear [3] för ett resonemang om hur och varför den medicinska utbildningen kunnat förbli »immun« mot köns- och genusediskussionen inom den akademiska världen och resten av samhället. Hon menar att orsaken till detta delvis har att göra med den hierarki som omger den medicinska vetenskapen; något som reflekterar hur vi ser på och praktiserar medicinsk utbildning. Men hon ser också den positivistiska vetenskapstraditionen som en orsak.

Könsperspektiv i läkarutbildningen – samspelade fenomen

Vad betyder då ett könsperspektiv inom den medicinska vetenskapen? Ofta används begreppet »genus« för att beskriva vår könstillhörighet som socialt/kulturellt konstruerad i motsats till begreppet »kön« som betecknar en biologiskt och kroppsligt given könstillhörighet.

»Genus ... betecknar ett betydelsesystem som består av två varandra motsatta och uteslutande kategorier vari alla människor placeras. Genus baseras på en kulturell tolkning av de biologiska skillnaderna mellan män och kvinnor. Det är viktigt att framhålla att det inte är de biologiska skillnaderna i sig som utgör genus, utan det är tolkningen av dessa« [4].

Yvonne Hirdman beskriver detta genussystem som en maktordning vilken är »... förutsättningen för andra sociala ordningar. Ordningen av människor i genus har blivit basen för de sociala, ekonomiska och politiska ordningarna« [5]. Även inom respektive kön förekommer denna maktordning beroende på klassstillhörighet, etnicitet, sexualitet m m [6].

Att åtskilja kön och genus från varandra innebär dock en risk, eftersom det biologiska könet kan komma att osynliggöras. Detsamma gäller kroppen: »Bodies, in their own right as bodies, do matter. They age, get sick, enjoy, engender, give birth. There is an irreducible bodily dimension in experience and practice« [6].

SAMMANFATTAT

Graden av medvetenhet om och tillämpning av ett könsperspektiv i den medicinska undervisningen på Lunds universitet är eftersatt.

Könsperspektivet i undervisningen är begränsat och fokuserar på den biologiska kroppen. En medvetenhet om olika villkor på arbetsmarknaden för läkare finns också. Om andra aspekter tas upp beror på föreläsarnas intresseområden. Kunskap om genussystemet och dess maktstrukturer saknas och tas därför inte hänsyn till i undervisningen om patient-läkarrelation och hälso- och sjukdomstillstånd.

Under utbildningstiden socialiseras läkarstudenter i en läkarroll och en kunskapsyn som medför vissa attityder och inställningar till hur kön och medicin hör ihop.

Svårigheterna med att få in ett könsperspektiv i undervisningen grundar sig på att det inte ingår i den medicinska vetenskapens »core curriculum« (den gemensamma kunskapsbasen). Läkarnas kunskapsyn och inställning återskapas hos studenterna. Alltså väcks inget intresse hos dem, och de koncentrerar sig främst på vad som kommer på examinationen.

Dock är det »biologiska könet« och den materiella kroppen – likaväl som genus – sociala och historiskt föränderliga konstruktioner [4].

Genusförståelsen innebär således att man förstår »genus« och »kön« inte som faktiskt existerande var för sig utan som oskiljaktiga från varandra [7]. »Det biologiska och det sociala könet måste analyseras samtidigt; det som är biologiskt är också socialt bestämt – och omvänt« [8].

I denna artikel används begreppet könsperspektiv för att inte osynliggöra kroppsliga erfarenheter och vårt vardagliga

handlande som nämnts här ovan. Med könsperspektiv avser vi en förståelse av genusystemet, alltså ett hänsynstagande till de samspelande fenomenen:

- biologi, kultur och hierarki i reflektioner kring patientrelationer (t ex [9]),
- arbetssituation (t ex [10]),
- könsrelaterade hälso-/sjukdomstillstånd (t ex [11]).

En medvetenhet om dessa interagerande fenomen är basal. Insikten om hur våra kroppar påverkas av såväl sociala erfarenheter som normer och värderingar är av högsta relevans i samtliga dessa tre fenomen. Exempelvis kan patientrelationen ses som ett möte mellan patientens självbild och den medicinska världens bild av patienten. Därför är det viktigt att i ett sådant möte komma ihåg att »medicine is full of ambiguity, subjectivity, and risks as it traffics back and forth between the clinic and the world where the people it serves actually live« [3].

Enligt Sue V Rosser kan en feministisk vetenskapskritik göra unga läkarstudenter uppmärksamma på bristfälligheter, saknad av objektivitet och den blindhet för genus som faktiskt existerar i traditionell vetenskap [12].

Lärarna har central roll för studentens självbild och attityder

Läkarnas syn på kunskap och könsperspektiv kan återskapa en särskild självbild, en yrkesroll, hos läkarstudenterna. Enligt George H Meads [13] teori utvecklar individer sin självbild i relation till hur de upplever omgivningens attityder gentemot sig själva. Självbilden formas även av omgivningens attityder gentemot gemensamma aktiviteter och åtaganden. Individen antar en uppsättning roller och attityder som överensstämmer med de roller och attityder som andra har i den sociala grupp hon/han tillhör.

Därför är det så elementärt att läkarna ser vilken roll de har som förebilder och använder den för att medvetandegöra studenterna.

Att inte se genusystemets betydelse är att vara könsblind eller könsneutral, en kunskapsyn som inte stämmer överens med den självbild och de visioner läkarstudenterna har i studien som presenteras i denna artikel: att de lär sig bli någon som »kan ta patienter rätt«, att bli »omhändertagande« och »kunna få ut rätt information«.

Artikeln är en sammanfattning av en magisteruppsats i sociologi [14] och har tillkommit bl a på uppmaning av vissa genusforskare på läkarutbildningen vid Umeå universitet, eftersom de tyckte att uppsatsen hade stort värde i deras arbete med att undervisa om och föra in könsaspekter i läkarutbildningen. Artikelns syfte är att visa på graden av medvetenhet om och tillämpning av könsperspektiv i den medicinska undervisningen på Lunds universitet. Ett syfte är också att försöka förstå varför denna medvetenhet/tillämpning är så eftersatt inom just den medicinska utbildningen.

II Metod

I den undersökning som här refereras användes kvalitativa forskningsmetoder som har sin utgångspunkt i den hermeneutiska vetenskapstraditionen [15, 16]. Intervjuerna utfördes vårterminen 2000 med personer anknutna till läkarutbildningen i Lund samt med andra läkare insatta i området könsperspektiv inom medicinen. Tre typer av intervjuer genomfördes:

1. Först gjordes en sk informantintervju med en nyckelperson som är undervisande docent i allmänmedicin. Hon kunde informera om hur läkarutbildningen är organiserad och förmedla kontakt med kanslichefen.

Hur ska läkarstudenterna kunna intressera sig för något som inte presenteras som värdefull kunskap eller betraktas som en viktig del av läkarrollen? När en läkare uttalar sig om sitt yrke som »professionell kunskap kring biologi« och om ett könsperspektiv som något »psykologiskt« ger det antagligen ganska starka signaler till studenterna om vad som är av relevans för läkaryrket.

2. Sedan genomfördes individuella expertintervjuer med två allmänläkare knutna till samhällsmedicinska institutionen. Båda har erfarenhet av undervisning på läkarutbildningen och har publicerat ett flertal artiklar om feministiska perspektiv och könsperspektiv inom medicinen. Båda är kvinnor i övre medelåldern. Vidare gjordes individuella intervjuer med undervisande läkare, två män och en kvinna, samtliga i medelåldern, från olika terminer på utbildningen. Dessa personer valdes i samråd med nyckelpersonen och kanslichefen utifrån sina samordnade positioner på utbildningens olika terminer.
3. Slutligen anordnades en diskussion i en fokusgrupp med sammanlagt sju läkarstudenter från termin 4, fem kvinnor och två män i åldern 20–30 år. Dessa studenter ingick i en redan existerande PBL-grupp (»problem based learning«) och var de första av flera tillfrågade att säga ja till att delta i en sådan diskussion.

Vi försökte också få studenter från termin 11 att delta i diskussion i fokusgrupp. Samtliga tackade dock nej på grund av tidsbrist, eftersom undersökningen utfördes i slutet av vårterminen vid tidpunkten för sluttentamen. Valet att intervju studenter från termin 4 – trots att de i undervisningen främst fokuserat på molekylär biologi, anatomi, fysiologi etc – baseras på att de tidigt i utbildningen ändå har inslag av patientkontakt och etiska frågor. Vårt antagande var att de borde ha hunnit reflektera över och anpassa sig till rollen som blivande läkare, vilket också visade sig stämma i intervjuerna.

Beslutet att intervju PBL-gruppen från termin 4 visar även på vår ståndpunkt: Om läkarstudenterna ska lära sig tillämpa ett könsperspektiv i patientmöten görs detta bäst om denna kunskap presenteras som relevant i början av utbildningen. Alla intervjuer, som varade från 20 till 90 minuter, bandades.

Analysmetoden är inspirerad av en »grundad teori« och dess kodningsprocedurer [17]. Först transkriberades de bandade intervjuerna ordagrant. En genomläsning av intervjuaterialet vaskade fram återkommande teman och mönster som sammanfattades i olika begrepp och kategorier, »öppen kodning«. Sedan identifierades sambanden mellan de olika kate-

När intervjuaren vid ett tillfälle föreslog att ett könsperspektiv inom läkarutbildningen även kan fokusera på kvinnors och mäns sociala ställning i samhället svarade intervjupersonen att det i undervisningen »handlar uteslutande om sjukdomar«.

gorierna i det andra steget, »axial kodning«. Slutligen vävdes teman och kategorier samman till en analytisk helhet där det centrala fenomenet lyftes fram, »selektiv kodning«. Detta förankrades sedan i en teoretisk förståelse, som utgår från ett sociologiskt och genusteoretiskt perspektiv.

Endast en del av resultaten presenteras nedan. En fullständig presentation finns i den tidigare nämnda magisteruppsatsen [14].

II Resultat

Då de läkare som deltog i studien fick frågan hur de definierar ett könsperspektiv på läkarutbildningen svarade samtliga att det kan innefatta flera olika aspekter. Samtliga tog upp situationen på arbetsmarknaden för läkare. De hänvisade också till att könsfördelningen vid utbildningen idag är ungefär 50–50, och de tog även upp könsskillnader i sjukdomsmönster och hälsotillstånd. Det var alltså det biologiska könet som stod i fokus. Endast de båda läkarna i expertintervjuerna tog upp det sociala könet och dess betydelse i undervisningen.

När intervjuaren vid ett tillfälle föreslog att ett könsperspektiv inom läkarutbildningen även kan fokusera på kvinnors och mäns sociala ställning i samhället svarade intervjupersonen att det i undervisningen »handlar uteslutande om sjukdomar«. Intervjupersonen nämnde dock att gynekologer möter många patienter vars somatiska bild, t ex könssjukdomar och oönskade graviditeter, hör samman med deras sociala problem.

I särskilt en av intervjuerna märktes genomgående svårigheter att diskutera vikten och graden av ett könsperspektiv på läkarlinjen:

»Om du ser det professionellt, vilket det ju ändå är så vi ska göra /.../ det är helt naturligt att man tar upp skillnaden mellan manligt och kvinnligt där, men i vad mån detta tas upp på ett mer, vad ska vi säga, psykologiskt plan, det har väl jag ingen ... men på ett biologiskt plan kommer det ju in i olika sammanhang.«

Intervjupersonen upplevde det som om »man för fram detta [alltså könsperspektivet, vår anmärkning] som något oerhört problematiskt« och att man »framhåller brister i medvetenheten, framför allt hos den manliga populationen«. På detta vis skapas förväntningar på någonting som egentligen inte är så »hemskt problematiskt«.

Förutom läkarna i expertintervjuerna fanns en medvetenhet hos en av de tre undervisande läkarna om att det i utbildningen »varit rätt så eftersatt« att se till betydelsen av patientens, personalens och ens egen könstillhörighet. Den intervjupersonen menade att det nu finns en större medvetenhet,

men: »Det är liksom inget egentligt systematiskt i utbildningen /.../ Våldigt lite i alla fall.«

En annan av de undervisande läkarna menade att utbildningens målsättningar finns formulerade men att man inte tar reda på vad som sker »inom slutna väggar«. I en av expertintervjuerna påpekar intervjupersonen att det är viktigt med goda förebilder också ute på klinikerna.

Det är dessa läkare studenterna tar efter i sin strävan att själva bli läkare.

Inte så mycket motvind, trodde några studenter

Det var främst sina egna arbetssituationer som studenterna associerade till när de blev ombedda att definiera vad ett könsperspektiv på läkarutbildningen skulle kunna innebära:

Intervjuperson 2 [14]: »Jag tänker på det här hur det är att vara ung kvinna och komma ut som läkare och vilka problem det kan innebära med vresiga sjuksystrar som hellre hjälper manliga läkare, som man har hört, som man inte riktigt vet, vi har inte varit ute så mycket. /.../ Men man kan ju plocka upp sådana vibbar att det är lättare att komma in i den hierarkin som en karl [skratt].«

I samband med definitionen av ett könsperspektiv diskuterades också hur föreläsarna behandlar studenterna. Precis som flera av de intervjuade läkarna hänvisade studenterna till att hälften av kursdeltagarna numera är kvinnor. Några av de kvinnliga studenterna trodde därför inte att de »jobbar så mycket i motvind« och att det kommer att vara lättare att som kvinnlig läkare komma ut på klinikerna än det hittills varit.

Vid försök att leda in tankegångarna på nya spår blev det tyst.

Intervjuaren: »Har ni funderat någonting mer på hur kön och de olika könets roll i samhället påverkar hälsotillstånd och sjukstillstånd? Är det någonting ni tar upp?« (Tystnad) »Förstår ni vad jag menar om jag säger så?«

Intervjuperson 1: »Att vi kanske läser mest om manliga sjukdomar eller?«

Intervjuaren: »Nej, utan att en persons ställning i samhället kanske påverkar hur personen mår.«

Intervjuperson 1: »Vi har väl nämnt det men det är ingenting vi talat speciellt om.«

Ganska snart tog någon dock upp ett annat exempel. Under en föreläsning hade fibromyalgi nämnts som ett symptom hos »lite hysteriska kvinnor«. Huruvida det var studenten som benämnde kvinnorna som »hysteriska« eller om hon använde föreläsarens uttryck framgick inte. Dock var det uppenbart att föreläsningen inte mottagits med särskilt stort intresse. Den var »flummig« och »tråkig«.

Då en annan student började associera till hur en föreläsare nämnt att en viss medicin som är billigare än en likvärdig oftare skrivs ut till kvinnor än män frågade intervjuaren om studenterna någonsin fortsätter diskussionen efteråt och funderar på vad företeelser som denna kan bero på och vad det kan få för konsekvenser:

Intervjuperson 1: »Det är inget vi brukar spinna vidare på, tycker jag. Och jag tror att kursen [avser kursdeltagarna, vår anmärkning] också skulle tycka om man spann vidare på det att 'gå tillbaka till stencilerna' ...«

Intervjuperson 2: »... så vi kan göra tentan.«

Fokus på att klara tentorna

Den pressade tiden och prioritering av den kunskap som behövs för att klara tentorna var återkommande teman i intervjun med studenterna som förklaring till varför det är så svårt att få gehör för ett könsperspektiv. Men även att det inte är »rätt personer« som talar om detta.

Intervjuperson 1: »Det stora problemet med det här tycker jag är att de som ska handla en i det, det är bara de som är

intresserade av det här. Egentligen skulle man behöva prata med den manlige doktorn som kommer med en snus under läppen ... Man skulle behöva prata med de tuffa typerna och inte bara ...»

Intervjuperson 2: »Det får en lite fänig stämpel.«

Intervjuperson 3: »Men det är kanske bättre att angripa problemen när de dyker upp.«

Intervjuperson 4: »Man får ju inte överdriva det där heller för då blir det bara att folk får någon anti-reaktion, att man tänker 'å nej, ska de där rödstrumporna komma nu igen med en massa tjat om kvinnoförtryck hit och dit'. Det är bättre att det kommer som du säger, när det dyker upp.«

Den gemensamma attityden hos studenterna var att ett könsperspektiv inte integreras särskilt väl i undervisningen men att det heller inte känns helt aktuellt under de prekliniska terminerna: »Jag tror man kommer tycka det är mer och mer relevant från och med termin 6 när man börjar gå ute på kliniker mer. /.../ Nu är det kanske mer att man koncentrerar sig på att ta tentor.«

När studenterna talade om vad det är som känns relevant att lära sig handlade det om vad som kommer på examinationen. Frågorna där formuleras utifrån »the core curriculum« (den medicinska vetenskapens gemensamma kunskapsbas), vari ett könsperspektiv inte återfinns.

I fokusgruppen med studenterna uppstod en diskussion om kvinnliga föreläsare. En student tog upp att de kvinnliga föreläsare de haft faktiskt varit ganska dåliga. Hela gruppen verkade hålla med men stämde slutligen in i att det funnits en tendens hos studenterna att pressa föreläsarna på ett annat sätt när dessa varit kvinnor. Detta kan ha resulterat i en osäkerhets-känsla hos de kvinnliga föreläsarna.

Ett agerande som detta åskådliggör hur införlivade dessa studenter är i den patriarkala tradition som kännetecknar den medicinska vetenskapen. Men det visar också att studenterna är medvetna om tendenser som dessa och reflekterar självkritiskt över dem. I efterhand slog det intervjuaren att hon hade velat fråga dem varför det är »tillåtet« att ifrågasätta en kvinnlig föreläsares kunskap i större utsträckning än en manlig föreläsares.

Trots att studenterna menade att det är bättre att angripa problemen när de dyker upp svarade de att de tycker att det är relevant med ett könsperspektiv och att det görs försök att ta upp det i den tidiga patientkontakten. En manlig student (intervjuperson 1) berättade om sina goda erfarenheter från den tidiga patientkontakten: »Men i den gruppen jag var i under den tidiga patientkontakten, där diskuterade vi det här ofta. Vi hade en kvinnlig 'chef' eller vad man ska säga, och hon gillade att diskutera det.«

Intervjuaren: »Kändes det relevant då eller var det ...«

Intervjuperson 1: »Ja, och hon var väldigt bra så det kändes relevant.«

Studenterna sade precis som de undervisande läkarna: Det beror på lärarna om ett könsperspektiv integreras eller inte.

II Diskussion

Det har framgått att svårigheterna att få in ett könsperspektiv i undervisningen handlar om bristande intresse dels från studenternas håll, dels från de undervisande läkarna. Det är upp till varje föreläsare att försöka integrera ett könsperspektiv i sin undervisning. Här ligger det stora problemet. Hur ska läkarstudenterna kunna intressera sig för något som inte presenteras som värdefull kunskap eller betraktas som en viktig del av läkarrollen? När en läkare uttalar sig om sitt yrke som »professionell kunskap kring biologi« och om ett könsperspektiv som något »psykologiskt« ger det antagligen ganska starka signaler till studenterna om vad som är av relevans för läkar-yrket.

Intervjuperson 4: »Man får ju inte överdriva det där heller för då blir det bara att folk får någon anti-reaktion, att man tänker 'å nej, ska de där rödstrumporna komma nu igen med en massa tjat om kvinnoförtryck hit och dit'. Det är bättre att det kommer som du säger, när det dyker upp.«

I stället för att tillföra ny kunskap till det medicinska fältet vidmakthålls alltså en traditionell vetenskapssyn. När försök görs blir det ändå »fel«. Studenterna menar att det inte känns relevant att diskutera könsperspektiv under de prekliniska terminerna. Risken med att »ta tag i det när problemet uppstår« som några studenter förespråkar är att studenterna då saknar verktyg för att förstå betydelsen av patientens kön. Ett integrerat könsperspektiv är därför viktigt redan från de första terminerna och sedan fortlöpande under utbildningen. Studenterna menar också att det är fel personer som talar om dessa saker. Kanske ryggar studenterna för den politiska karaktär som ett seende av könshierarkin innebär. De efterlyser att någon annan än »rödstrumporna« för in könsperspektivet i undervisningen.

En annan förklaring kan vara motviljan hos kvinnor att anamma en bild av sig själva som offer. Delese Wear hänvisar till Naomi Wolf som för detta resonemang: »Wolf, [vår anmärkning] claims that the feminist emphasis on victimization estranges women, that women are fed up with hearing about oppression and are far more attracted by appeals to their strength, resourcefulness, and sense of responsibility« [3].

På motsvarande vis kan motviljan mot att erkänna feministisk teori hos vissa män ligga i att inte vilja påta sig en skuld man inte personligen har ansvar för. Den »motreaktion« en av

En annan förklaring kan vara motviljan hos kvinnor att anamma en bild av sig själva som offer. ... På motsvarande vis kan motviljan mot att erkänna feministisk teori hos vissa män ligga i att inte vilja påta sig en skuld man inte personligen har ansvar för.

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

de kvinnliga studenterna på termin 4 talar om, den som uppstår då »rödstrumporna« än en gång påpekar könshierarkin i samhället, är kanske typisk för den generation hon tillhör. Personer födda på 1960- och 1970-talen har växt upp med diskussionen om ökad jämställdhet och har hört den andra vågens feminister så många gånger att de kanske tar jämställdhet mellan könen för given.

Risken är att kvinnor som har lyckats på traditionellt manligt dominerade arenor ses som »bevis« på att ojämlikhet mellan könen är överdriven.

Det är inga svårigheter att tala med studenterna om de olika villkor som väntar dem ute på klinikerna. Det svåra är att tala om orsakerna bakom detta: könshierarkin, att det sociala könets betydelse påverkar våra liv på individnivå.

Bristande kunskap en stötesten

Howard S Becker [18], en sociolog som i en klassisk studie har undersökt studentkulturen på en läkarutbildning i Kansas under 1960-talet, anser att man bäst förändrar och utvecklar undervisningen genom att ta hänsyn till studenternas medbestämmande/inflytande. Detta borde vara det ideala.

Men uppenbarligen fokuserar studenterna på termin 4 på sådant som kommer på tentan, alltså det som fakulteten definierar som »the core curriculum«. Genomgående tar de undervisande läkarna och studenterna upp problematiken med tidspressen. För att få in något nytt i undervisningen måste något annat tas bort, menar de.

Men en integrering av ett könsperspektiv innebär inte att något läggs till, utan att kön tas med som en faktor att analysera hälsa, sjukdom och livssituation utifrån. En av läkarna i expertintervjuerna slår fast att det först krävs en kurs för undervisande läkare om integrering av ett könsperspektiv ska kunna bli möjlig. I nuläget är det »ytterligt få som har kunskap«, något som samtliga läkare var medvetna om.

Den genomgående problematiken i varför det är så svårt att integrera ett könsperspektiv i läkarutbildningen kan beskrivas med Faye Crosbys rubrik [3]: »Sex discrimination: How can we correct it if we can't see it? And how can we see it if we're not prepared to correct it?«

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Hulterantz E. Läkare, doktor, kvinna. Lund: Studentlitteratur; 1998.
2. Carlstedt G, Forssén A. Mellan ansvar och makt. En diskussion om arbete, hälsa och ohälsa utifrån tjugo kvinnors livsberättelser [avhandling]. Luleå: Luleå tekniska universitet; 1999.
3. Wear D. Privilege in the medical academy – A feminist examines gender, race and power. New York: Teachers College Press; 1997.
4. Landstingsförbundet/Stockholms läns landsting. Har kön någon betydelse? Kvalitetsarbete och genusperspektiv. Stockholm: Landstingsförbundet/Stockholms läns landsting; 2001.
5. Hirdman Y. Genussystemet – reflexioner kring kvinnors sociala underordning. Kvinnovetenskaplig tidskrift 1988;9(3):5-12.
6. Connell RW. Masculinities. Cambridge: Polity Press; 1996.
7. Hirdman Y. Genussystemet i Demokrati och makt i Sverige: Maktutredningens huvudrapport. SOU 1990:44. p. 76.
8. Hovelius B. Kvinnors underordning inom hälso- och sjukvården. Socialmedicinsk tidskrift 1998;75(1-2):8.
9. Wijma B, Siwe K. Empowerment i gynstolen. Teori, empiri och möjligheter. Kvinnovetenskaplig tidskrift 2002;23(2-3):61-75.
10. Davies K. Disturbing gender. On the doctor–nurse relationship. Lund: Lunds universitet; 2001.
11. Hamberg K. Begränsade möjligheter – anpassade strategier. En studie i primärvården av kvinnor med värk [avhandling]. Umeå: Umeå universitet; 1998.
12. Rosser SV. Teaching science and health from a feminist perspective – a practical guide. Oxford: Pergamon Press; 1986.
13. Mead H. On social psychology. Chicago: University of Chicago Press; 1934.
14. Norstedt M. Könsperspektiv i undervisningen på läkarutbildningen vid Lunds universitet – en fråga om kunskapsproduktion och självbild [magisteruppsats]. Lund: Lunds universitet; 2000.
15. Davies K, Esseveld J. Kvalitativ kvinnoforskning. Stockholm: Arbetslivscentrum; 1989.
16. Alvesson M. Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Lund: Studentlitteratur; 1994.
17. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. London: SAGE Publications; 1990.
18. Becker HS, Geer B, Hughes EC, Strauss AL. Boys in white – student culture in medical school. Chicago: University of Chicago Press; 1961.

SUMMARY

Medical education seemingly immune to discussions of gender. Study indicates gender perspective in teaching is lacking

Maria Norstedt, Karen Davies

Läkartidningen 2003;100;2056-62

This article builds upon qualitative interviews with teachers and students in the medical education at Lund university. The results found that a gender perspective is understood primarily in terms of the biological body. Awareness about the different conditions for male and female doctors in the labour market is also apparent. But knowledge about the gender system and its structures of power is not sufficiently problematised when concerning the patient – doctor relation or in teaching about health and sickness. Difficulties with integrating a gender perspective are importantly connected to what is designated as the core curriculum of the medical education. The doctors' attitudes towards a gender perspective and what is seen as »proper medical knowledge« become reproduced in the students.

Correspondence: Maria Norstedt, Dept of Sociology, Lunds universitet, Box 114, SE-221 00 Lund, Sweden (marianorstedt@hotmail.com)