

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

Genusperspektiv relevant för många av läkarutbildningens ämnen

Viktigt att betrakta män och kvinnor med helhetssyn

Intresset för könsskillnader i hälsa och andra aspekter av kön och genus i medicinen har ökat på senare år. Det finns medicinska vetenskapliga tidskrifter som fokuserar på genusforskning, och artiklar förekommer även i övrig medicinsk press. Läkartidningen hade 2000–2001 en serie om genus [1]. Men samtidigt som kön/genus blir alltmer självklart inom forskningen har genusperspektiv haft svårt att få fäste i läkarprogrammets utbildningsplaner.

I denna artikel beskrivs vad ett genusperspektiv kan innebära i medicinen och varför det är viktigt i läkarutbildningen. Vilka definitioner av kön och genus är relevanta för medicinare? Inom vilka undervisningsområden är genus viktigt och på vilket sätt? I följande artikel presenteras det arbete som pågår i Umeå för att förbättra läkarutbildningen avseende genus.

Vad är kön och genus?

Till vardags tänker de flesta människor, även läkare, ganska biologiskt om kön. Kvinnor har äggstockar och män har testiklar – dessa och andra biologiska skillnader får konsekvenser, inte bara för sexualitet och reproduktion. Den biologiska klassificeringen är själva grunden till indelningen i män och kvinnor. Ofta funderar man inte så mycket längre.

Med vissa undantag präglas även medicinsk forskning av en oreflekterad hållning till kön. Forskningen har framför allt kritiserats för könsblindhet, till exempel för att inkludera endast män i sina studiepopulationer trots att resultaten generaliserats till hela befolkningar. I den mån könsskillnader undersökts har biologiska förhållanden som regel ansetts vara grunden till skillnaderna, vilket också kritiserats [2-4].

I början av 1990-talet införde FDA (Food and Drug Administration) och NIH (National Institutes of Health) i USA en stark rekommendation att man i alla medicinska studier skall inkludera både kvinnliga och manliga försökspersoner. Dessa rekommendationer i kombination med den debatt som pågått alltsedan 1970-talet har fått spridningseffekter till många länder. Men fortfarande publiceras många studier med enbart män i studiepopulationen – eller studier som helt negligerat att redovisa populationens kön [5, 6].

Biologiskt och socialt kön

Inom genusforskningen har man sedan 1970-talet talat om kön ur två aspekter, biologiskt kön och socialt kön, »sex and



SAMMANFATTAT

Genusperspektiv i medicinen innebär att kön betraktas med helhetssyn, det vill säga män och kvinnor ses som biologiska men samtidigt även som sociala och kulturella varelser.

Vid tolkningen av nya forskningsrön om könsskillnader vid olika sjukdomstillstånd har biologiska förklaringsmodeller hittills dominerat. Ett genusperspektiv innebär en förändring härvidlag. Betydelsen av mäns och kvinnors villkor vad gäller till exempel arbetsliv, ekonomisk situation och etnicitet uppmärksammas parallellt och samtidigt med biologin.

Utbildningsinslag med genusperspektiv är relevant i undervisning om den friska och sjuka kroppen, utredning och behandling, bemötande och konsultation samt arbetsvillkor och karriär.

Lärarnas behov av utbildning om genus är en central fråga för utbildningsansvariga.

Se även artikeln på sidan 4084 i detta nummer.

gender». Indelningen gjordes för att markera att alla skillnader mellan män och kvinnor inte har biologiska orsaker. Detta var viktigt att tydliggöra, eftersom kvinnor förvägrades tillträde till många samhällsliga arenor med argument som att kvinnor helt enkelt inte var skapade för den ena eller andra sysselsättningen. Barnafödande, menstruation, kroppslig bräcklighet och bristande hjärnkapacitet användes ofta som argument mot kvinnoemancipationen. Tudelningen i socialt och biologiskt kön fyllde därför en viktig funktion just i att skydda en spirande samhällsvetenskaplig genusforskning (då kallad kvinnoforskning) mot biologiska argument.

Begreppet *genus* kan härledas till den engelska benämningen *gender* och används ofta som en ny benämning på so-

cialt kön. Med sociala aspekter i fokus kan man till exempel ställa frågor som [7]: Vilka förväntningar och normer finns kring kvinnor och män och hur påverkar det vården? Hur är det att vara kvinnlig och manlig patient? Hur utövas makt och inflytande i relation till kön? Finns ett kvinnligt sätt att leda?

Inom modern genusteori betonas relationen mellan könen på ett individuellt men framför allt strukturellt och normativt plan. I stället för att fokusera hur pojkar och flickor socialiseras till mans- och kvinnoroller talar man om konstruktion av kön (eller på senare tid genus). Genus konstrueras och omskapas hela tiden i sociala handlingar i interaktion med andra [8]. West och Zimmerman myntade uttrycket »doing gender«, vilket är mycket illustrativt för vad konstruktion av genus innebär. Jag betar mig och uppträder olika beroende på vilka jag har omkring mig – och samma beteenden kan tolkas olika av omgivningen beroende på vilken omgivning det är. Den kvinnliga läkaren som inte är särskilt omhändertagande uppfattas annorlunda än den manliga läkaren som betar sig likadant [9, 10]. Om det förr var ovanligt med diskande pappor så höjer numera ingen på ögonbrynen när svenska fäder diskar, städar eller byter blöjor. Att sköta barn och delta i hushållsarbete ingår numera i vad det innebär att vara man i Sverige. Men i många andra länder är genuskonstruktionen en annan – där kan mannens maskulinitet ifrågasättas om han deltar i hemarbete. Samtidigt, när en man i till exempel Brasilien diskar och byter blöjor, kan det på sikt innebära att mansrollen får ett nytt innehåll och att genus omskapas även i ett sydamerikanskt sammanhang.

Om »genus« kan förstås som socialt kön så är det inte lika lätt att acceptera att innebörden i ordet »kön« skulle begränsas till biologiska aspekter. I svenska språket har kön traditionellt haft en bredare innebörd och syftar på helheten av män och kvinnor – inte bara biologi. Därför uppstår lätt förvirring kring distinktionen mellan kön och genus. Ofta behöver man säga biologi eller kontrastera kön med genus för att det av sammanhanget skall framgå vad som avses.

Genusteorier framtagna inom humaniora och samhällsvetenskap och den klassiska uppdelningen i socialt och biologiskt kan innebära svårigheter inom medicinen. I medicin är det ofta ogörligt att skilja biologiskt och socialt [11]. Även när vi läkare utgår från biologin och kroppen vet vi i slutändan sällan hur mycket av patientens ohälsa, till exempel en hjärtinfarkt, ett bensår eller en osteoporos, som beror av sociala villkor respektive arv! Kropp och själ, biologi och kultur, är i praktiken mer eller mindre oskiljaktiga. Att använda termen kön/genus kan ibland vara att föredra och en utväg när man själv inte vet vad man menar eller när man menar helheten biologi och kultur.

Men hur skall då ett genusperspektiv i medicinen definieras för att bli slagkraftigt och verksamt? Eftersom medicinsk genusforskning ofta utgår från biologin, och hur som helst aldrig kan bortse från den, måste genusperspektivet innefatta eller ha en tydlig uppfattning om relation till biologin.

Genus = kön med helhetssyn

En genusdefinition i medicinen kan förhålla sig till biologin genom formuleringen »genus = kön med helhetssyn«. Med begreppet helhetssyn appelleras till en vedertagen medicinsk term för att inkludera biologiska, sociala, psykologiska och kulturella aspekter i undervisning, forskning eller mötet med patienten. Det duger inte att glömma villkoren i samhället, på jobbet och i familjen om vi vill anlägga ett genusperspektiv. Genusperspektivet innebär vidare att biologin ses som föränderlig och beroende av livsvillkor och kultur. Man kan inte säga att det är generna som gör människan, utan de gener vi har uttrycks på olika sätt – eller inte alls – beroende på den miljö vi lever i. Genus i medicinen innefattar således biologi,

Genus i medicinen innefattar således biologi, men biologisk forskning om könsskillnader blir inte automatiskt genusforskning. Biologi och biologiska könsskillnader måste sättas i ett socialt och kulturellt sammanhang när vi skall tala om genus.

men biologisk forskning om könsskillnader blir inte automatiskt genusforskning. Biologi och biologiska könsskillnader måste sättas i ett socialt och kulturellt sammanhang när vi skall tala om genus.

II Genus inom olika undervisningsområden

Med denna pragmatiska genusdefinition, genus = kön med helhetssyn, som utgångspunkt kan man så fundera på hur ett genusperspektiv kan se ut inom läkarutbildningen. För att ge en överblick har jag delat upp undervisningsuppdraget i olika områden, och inom respektive område ges exempel på genusaspekter.

Kroppens uppbyggnad, hälsa och sjukdom

Detta område är stort och grundläggande inom läkarutbildningen, och viktiga frågor att förhålla sig till är till exempel: Finns könsskillnader i kroppens uppbyggnad och basala funktioner? Ser symtom, sjukdomsutveckling och riskfaktorer likadana ut för män och kvinnor? Om inte, hur skiljer det sig och hur kan skillnaden förklaras? Detta undervisningsområde innefattar prekliniska ämnen som medicinsk kemi och fysiologi likaväl som sjukdomslära inom patologi och de kliniska ämnena. Inom detta område har en hel del genusrelevant kunskap producerats under senare år.

Det ökade intresset för könsskillnader av biologisk natur har resulterat i nya kunskaper om könsskillnader vid framför allt hjärt-kärlsjukdom, men även rörande till exempel immunologiska sjukdomar, tarmbesvär, osteoporos och stroke [12]. Läkemedelsföretag studerar oftare kvinnor numera och redovisar sina resultat könsuppdelat så att eventuella könsskillnader åskådliggörs. Läkemedelsbiverkningar kan drabba könen olika, och ökad medvetenhet om könsskillnader kan bidra med viktig kunskap.

Men dessa vetenskapliga landvinningar handlar om biologi i stor utsträckning. Hur sociala villkor relaterat till kön, klass eller etnicitet inverkar i sjukdomsprocesser måste också uppmärksammas i undervisningen. Besvär från rörelseorganen är till exempel överrepresenterade hos kvinnor. Det kan finnas biologiska förklaringar till det. Kvinnor och män har olika stor muskelmassa, och fördelningen av muskelfibrer är inte heller densamma. Men kvinnor och män lever också under olika villkor [13]. Kvinnor är överrepresenterade i tunga och monotona jobb inom industri och vård, de har lägre befattningar, tjänar mindre och har sämre möjligheter att påverka sin arbetsdag. Kvinnor tar ofta ett stort ansvar i hem och familj, och i vissa etniska grupper är hemarbetet ännu mer könsuppdelat än bland infödda svenskar. Allt sådant kan inverka på hälsan och möjligheterna att bli frisk vid sjukdom.

Att bli utsatt för våld, sexuella övergrepp och trakasserier har visats ha ett samband med värk och symtom från muskulaturen [14, 15]. Att vara, eller ha varit, utsatt för våld innebär även högre sjuklighet generellt och fler symtom av huvud-

Besvär från rörelseorganen är överrepresenterade hos kvinnor. Det kan finnas biologiska förklaringar till det. Kvinnor och män har olika stor muskelmassa, och fördelningen av muskelfibrer är inte heller densamma. Men kvinnor och män lever också under olika villkor. Kvinnor är överrepresenterade i tunga och monotona jobb inom industri och vård, de har lägre befattningar, tjänar mindre och har sämre möjligheter att påverka sin arbetsdag.

värk, gynekologiska problem, graviditetskomplikationer, oro och ångest, depression, förkylning, magbesvär och hjärtbesvär [16].

Att psykosociala aspekter av sjukdomar är viktiga är egentligen självklart, men det genomsyrar tyvärr knappast vården som helhet och inte heller läkarutbildningen. Ett genusperspektiv förutsätter att en förändring sker härvidlag.

Utredning och behandling

Genusperspektiv på utredning och behandling aktualiserar frågor om huruvida det finns fog för att utreda och behandla en åkomma olika hos män och kvinnor. Hur bör handläggningen vara av en gravid kvinna med en viss sjukdom? Bör val av farmaka anpassas till patientens kön? Generellt kan man säga att det vetenskapliga underlaget för att särskilja handläggningen av män och kvinnor är svagt, förutom när patienten är en gravid kvinna och vid några åkommor där forskning bedrivits, till exempel hjärt-kärlsjukdom [6]. I USA fanns nyligen under en kort period ett läkemedel mot colon irritabile som var registrerat endast för kvinnor [17]. Detta drogs dock in sedan det orsakat dödsfall [18].

Under senare år har det dock uppmärksammats att läkare och forskare behandlar och betraktar kvinnor och män olika – utan att de tänker på det och utan vetenskapliga skäl. Detta brukar kallas köns- eller genusbias. Vid till exempel krans-kärlsjukdom, njursvikt, knäledsartros och Parkinsons sjukdom undersöks och behandlas män mer intensivt än kvinnor med likartade symtom [19-21]. Läkare är mer benägna att tolka mäns symtom som somatiska och kvinnors som psykosociala, och kvinnor får mer psykofarmaka [22, 23]. Vid en AT-skrivning föreslog AT-läkarna frågor om familjen i långt fler av de kvinnliga än av de manliga fallen trots ordagrant samma sjukhistoria [24]. Anser AT-läkare att familjesituationen är ointressant för manliga patienter?

Det finns också forskning som visar att det lönar sig att bli medveten om genusbias. En studie på Sahlgrenska sjukhuset 1994 visade att kvinnor med akut krans-kärlsjukdom inte blev föremål för lika kraftfulla interventioner som män [25]. Vid en uppföljning 1999 kunde man inte längre se några

könsskillnader [26]. En förklaring till detta är sannolikt den ökande medvetenhet om särbehandling av kvinnor och män som blev resultatet efter den första studien.

Att i undervisningen uppmärksamma genusbias skulle alltså kunna förebygga att bias uppstår – studenterna lär sig att ge akt på genus och fundera över sina egna beslut.

Bemötande och konsultation

Att se på konsultationen med genusglasögon innebär att ställa frågor om huruvida läkarens och patientens kön kan ha betydelse för utfall och process. Är det troligt att patienten gjort likadant om doktorn varit av motsatt kön? Vilka förväntningar är knutna till patientens respektive läkarens kön/genus?

Forskning visar att kvinnliga och manliga läkares konsultationer skiljer sig vad gäller tid, innehåll och kommunikationsmönster [27, 28]. Manliga läkare var mer dominerande än kvinnliga och gav mer råd och instruktioner. Besök hos kvinnliga läkare var längre och innehöll mer tal av både patient och läkare [29]. Kvinnliga läkare ställde fler frågor, bad oftare om patientens åsikt, uttryckte fler positiva kommentarer och log och nickade mer. De fick också mer medicinsk information av sina patienter. Man fann ingen skillnad mellan manliga och kvinnliga läkare vad gäller bruket av medicinska och tekniska facktermer eller i hur mycket information som gavs.

Forskningsresultat av detta slag betonar kön/genusskillnader och kan vara svåra att förhålla sig till, eftersom de gäller på grupp nivå men inte på individnivå. Här måste vi se upp så att studenterna inte får upplevelsen av att genus i konsultationen går ut på att män är så medan kvinnor är så. Men forskningen kan ändå användas för att den visar på olika aspekter i konsultationen som kan ge ett intressant diskussionsunderlag. Att forskning visat att kvinnliga läkare som grupp uttrycker fler positiva kommentarer, ler och nickar mer kan ge uppslag för vad man kan iakttä vid övningar där studenter skall se på egna och andras konsultationer i ett genusperspektiv.

Studier har också visat att läkare »har« och »tar« makt på många olika sätt [30]. Att avbryta, negligera patientens upplevelser och frågor, undanhålla information eller själv defini-

Läkare är mer benägna att tolka mäns symtom som somatiska och kvinnors som psykosociala, och kvinnor får mer psykofarmaka.

Vid en AT-skrivning föreslog AT-läkarna frågor om familjen i långt fler av de kvinnliga än av de manliga fallen trots ordagrant samma sjukhistoria.

Forskning har visat att kvinnliga läkare som grupp uttrycker fler positiva kommentarer, ler och nickar mer – något att tänka på vid övningar där studenter ska se på egna och andras konsultationer.

era problemet utan hänsyn till patienten är vanliga sätt för läkaren att utöva kontroll och styra samtalet [31]. Som helhet förefaller det vara läkarens kön som har störst betydelse för typ av kommunikation och grad av dominans, och konsultationer mellan kvinnliga läkare och kvinnliga patienter var mest jämlika [29]. Delvis motstridig forskning visar att kvinnliga läkarstuderande visserligen är mer lyhörda och patientorienterade i början av utbildningen, men könsskillnaderna utjämnas under utbildningen så att kvinnorna blir mindre intresserade av »the human side of medicine« [32].

Det är väl dokumenterat att läkare anser att det är svårt att fråga kvinnliga patienter om misshandel [33, 34]. Kunskap om våld mot kvinnor bör få mer utrymme i läkarutbildningen, och dit hör även träning i att tala med kvinnliga patienter om våld.

Genus i konsultationen handlar även om patientens uppträdande, symtombeskrivningar och förväntningar. Kvinnor söker oftare än män för besvär där det är svårt att hitta en diagnos, multipla symtom, långvarig värk och psykiska besvär, vilka samtliga av läkare anges som indikatorer för svåra konsultationer [35, 36]. Beror en del av dessa skillnader på att kvinnliga och manliga patienter beskriver samma besvär på olika sätt? Kan en del genusbias vid behandling bero på att kvinnliga och manliga patienter ber om olika åtgärder?

Att reflektera över genus i patient–läkarrelationen kan ge upphov till många intressanta diskussioner där både studenter och lärare får mycket att fundera på. Hur kan vi utforma undervisningsmoment som inte förstärker stereotypa uppfattningar om hur män och kvinnor är? Undervisningen måste ge utrymme för läkares, studenters och patienters variationer, olikhet och individualitet. Och ändå mitt i det individuella ge utrymme för att reflektera över genus.

Studie- och arbetsvillkor

En fjärde aspekt av genus i medicinen handlar om arbetsvillkoren som student och färdig läkare. En central fråga att ställa blir om manliga och kvinnliga studenter ges lika goda studiemöjligheter eller inte.

Vid undersökningar i västvärlden av läkarstudenters vill-

kor rapporterar kvinnliga studenter mer negativ särbehandling på grund av kön [10]. Denna negativa särbehandling kan bestå i att man inte känt sig välkommen på sin praktikplacering, saknat kvinnliga förebilder, inte fått möjlighet att träna sina kliniska färdigheter på samma sätt som männen eller att man tyckt sig sämre behandlad av annan vårdpersonal. En del manliga studenter rapporterar negativ särbehandling från kvinnliga patienter som inte låter dem delta vid gynekologisk undersökning och förlossning [37].

Negativ särbehandling rör också förekomsten av sexuella och könsrelaterade trakasserier. En undersökning av läkarstudenter i Göteborg visade att 33 procent av kvinnorna och 14 procent av männen utsatts för någon form av ovälkommen sexuell handling [38]. Ovälkommen påträngande beröring rapporterades till exempel av 18 procent av kvinnorna och 5 procent av männen. De kvinnliga studenterna angav att det var lärare, läkare eller studiekamrater som utsatt dem, medan de manliga studenterna angav studiekamrater. Hur kan vi motverka könsrelaterad särbehandling under utbildningen?

Färdiga läkares arbetsvillkor bör också diskuteras i genusperspektiv. Undersökningar visar att kvinnliga läkare har sämre karriärutveckling, att kvinnliga forskare har svårare att få forskningsanslag och att alltför få högre akademiska tjänster besätts av kvinnor [10, 39]. I svensk lönestatistik ligger kvinnliga läkares löner lägre än manligas. Under 1999 var kvinnliga överläkares löner 2 300 kronor lägre/månad, och även på AT-nivå fanns en liten skillnad i månadslön till männens fördel [40]. Hur kan dessa skillnader förklaras?

Arbete i team och samarbete över yrkesgränser är ett annat intressant område som ofta diskuteras i ett genusperspektiv. Det påstås till exempel ofta att kvinnliga läkare får sämre service än män från annan personal. Karen Davies har i deltagande observationer studerat samarbetet mellan sköterskor och läkare på svenska sjukhus [41]. Hon fann att även om sköterskorna inte avsåg att göra könsskillnader så var det mycket tydligt att sådana uppstod, och de manliga läkarna fick hjälp i större utsträckning. Detta berodde inte bara på sköterskorna – nej, de kvinnliga läkarna bad inte heller om hjälp lika ofta. När man diskuterar frågor som dessa är det nödvändigt att

vara försiktig. Det handlar inte om att någon gör fel eller rätt. Men det för framåt att reflektera över vad som görs! Könskillnaderna uppstår i interaktion mellan parter, här sköterskor och läkare, och dessa interaktioner kan påverkas om man lär sig se vad som händer. Därför måste vi ge våra studenter chansen.

II Kunskapstyper

Undervisningen om genus berör många områden i läkarutbildningen och innefattar därmed olika kunskapsstyper som kräver olika undervisningsmetoder. Med genusperspektiv förmedlas faktakunskaper och medvetenhet om könskillnader i biologiska funktioner och om hur människans biologi och kropp reagerar, förändras och drabbas av ohälsa i relation till livsvillkor för kvinnor och män. Genusperspektiv har därför relevans för de flesta basämnen som fysiologi, medicinsk kemi, farmakologi, immunologi, patologi, internmedicin, kirurgi, ortopedi och samhällsmedicin. Detta innebär att undervisningen i många fall måste utvecklas; förutom kön måste den aktuella patientens sociala situation, till exempel yrke, familj, ekonomi och fritidsintressen, inarbetas och levandegöras i PBL (problembaserat lärande)-fall, fallbeskrivningar i case-undervisning och föreläsningar.

Här måste man samtidigt se upp. Det kan upplevas tjatigt och meningslöst om fallbeskrivningar tillförs socialt innehåll utan att detta får betydelse i arbete och diskussioner om fallet. Det finns också en risk för att fallbeskrivningarna blir stereotypa, till exempel att kvinnor huvudsakligen beskrivs som deltidsarbetande med barn och med totalt ansvar för hemmet. För att undvika dessa risker bör lärargruppen diskutera vilka fall som skall diskuteras i genusperspektiv, och dessa fall bör skrivas utifrån verkliga patienter eller människor – med de avvikelser och säregenheter som alltid karakteriserar den enskilda individen.

Genusperspektivet på konsultation, utredning och behandling, ledarskap och arbetsvillkor kräver också en annan typ av kunskap. En kunskap, eller medvetenhet, som växer fram ur färdighetsträning, reflektion över eget och andras handlande samt diskussioner. Här finns det inte en sanning med stort S, men studenterna lär sig förstå, reflektera och ta intryck av andra synsätt. Lämpliga benämningar på denna medvetenhet, där begreppen delvis överlappar varandra, kan vara förtrogenhetskunskap, reflekterad kunskap och självkänedom. Det handlar om hur könskulturella normer och förväntningar påverkar min profession och mitt praktiska arbete, och det handlar om att lära känna sig själv och förstå hur andra kan se på mig.

II Lärarna en nyckelgrupp

Lärarna är naturligtvis en nyckelgrupp när det gäller att införa ett genusperspektiv. Det är viktigt att studenter får kontakt med många olika förebilder av båda könen, och det är viktigt att de lärare studenterna träffar har kunskaper om kön/genus [10]. Här står vi inför stora utmaningar. En enkätundersökning till läkare som deltar i handledning och undervisning av läkarstudenter i Umeå visade att en långt större andel kvinnor än män ansåg att genusaspekter var av intresse och betydelse [42]. Samtidigt kräver införandet av ett genusperspektiv att både manliga och kvinnliga lärare deltar eller ger sitt stöd till undervisningen. Utbildning som ökar lärarnas intresse för och kunskap om genus betonas ofta vid diskussioner om genus i utbildning, men det saknas i stort sett beskrivningar och utvärderingar av genomförda utbildningsinsatser [10, 43]. Det finns dock en utbredd uppfattning om att det skulle vara svårt att få lärare att delta i sådana kurser. En utbildning om könsrelaterade trakasserier och särbehandling för lärarna vid Stanford University School of Medicine ledde till signifikanta för-

bättringar vid utvärdering av studieklimat, attityder till män och kvinnor, diskriminering och sexuella trakasserier [44]. Där betonades att det blev bra resultat för att utbildningen sågs som obligatorisk och därför att fakultetsledningen gick i spetsen genom att själv aktivt delta i kursen.

Rollmodeller och personliga förebilder har betydelse inte bara för studenter utan även för lärare. För att genusperspektiv i läkarutbildningen skall bli en angelägenhet för båda könen har därför män med kunskap och intresse för genus en viktig funktion att fylla. De behövs vid planering och genomförande av utbildning av lärare likaväl som i studentundervisning.

Vid medicinska fakulteten i Ontario, Kanada, pågår sedan knappt tio år ett arbete kring implementeringen av genus [43]. Där har en genuskommitté utarbetat en överskådlig manual som kan ge ett bra stöd för lärare som är i färd med att planera nya undervisningsmoment om kön/genus [45]. I Umeå finns sedan två år en genuskommitté med uppdrag att bland annat »kvalitetssäkra« samtliga utbildningar inom medicinsk fakultet avseende genusperspektiv. På läkarprogrammet har en inventering av befintliga genuseducationsmoment genomförts, och ett förslag har utarbetats om hur genusperspektivet bör utvecklas och vilka nya moment som bör införas. I en annan artikel i detta nummer beskrivs arbetet i Umeå lite närmare.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Johansson EE. Genusperspektiv i medicinen. *Läkartidningen* 2000; 97(45):5146.
4. Hammarström A. Medicinen har mycket att lära av genusvetenskapen. *Läkartidningen* 2001;98(11):1222-7.
6. 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.
8. West C, Zimmerman D. Doing gender. *Gend Soc* 1987;1(2):125-51.
10. Bickel J. Gender equity in undergraduate medical education: a status report. *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10(3):261-70.
12. Institute of Medicine (US). Committee on understanding the biology of sex and gender differences. Wizemann TM, Pardue ML, editors. Exploring the contributions to human health. Does sex matter? Washington DC: National Academy Press; 2001.
16. Plichta S. The effects of woman abuse on health care utilization and health status: A literature review. *Womens Health Issues* 1992;2(3): 154-63.
17. Heather JC, Camilleri M. Gender differences in irritable bowel syndrome. *Journal of Gender-Specific Medicine* 2002;5(3):37-45.
19. Hariz G, Hariz M. Gender distribution in surgery for Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2000;6:155-7.
24. 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.
26. Johanson P, Abrahamsson P, Rosengren A, Dellborg M. Time-trends in thrombolytics: women are catching up. *Scand Cardiovasc J* 1999;33(1):39-43.
28. Roter D, Hall J, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002;288(6):756-64.
30. Hamberg K. Makten i patient-läkarrelationen. *Månedsskrift för praktisk laegegerning. Tidsskrift för praktiserande laegers efteruddannelse* 2001;79:691-8.
32. West C. Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Soc Sci Med* 1993;36(1):57-66.
34. Risberg G. Varför går du inte? Fel fråga till offer. Sexualiserat våld i sociokulturellt perspektiv. *Läkartidningen* 1994;91(50):4772-4.
36. Malterud K, Hunskaar S, editors. Chronic myofascial pain. A patient-centered approach. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press; 2002.
38. Hensing G, Larsson C. Studiemiljö och kön. En kartläggning av förekomsten av sexuella och könsrelaterade trakasserier bland studen-

ter och doktorander vid Göteborgs universitet. Göteborg: Jämställ-
hetskommittén, Göteborgs universitet; 2000.

41. Davies K. Disturbing gender. On the doctor–nurse relationship. Lund: Dept of Sociology, Lund University; 2001.
44. 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.
45. Phillips SP. Evaluating women's health and gender. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(3 Suppl):22-4.

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



= artikeln är referentgranskad

SUMMARY

Gender perspective relevant in many medical school subjects. Essential to perceive men and women holistically

Katarina Hamberg

Läkartidningen 2003;100:4078-83

Gender perspective in medicine implies that people are seen as biological as well as social and cultural creatures and the concept of wholeness is important. Still, it is common that biological explanations dominate when gender differences in various symptoms and disorders are discussed in medicine and medical training. Applying a gender perspective implies a change in that attention is then also paid to social conditions for men and women in various contexts, for example in education, on the labour market, and in different ethnic groups, parallel and simultaneously to biological causes.

In this article it is shown that a gender perspective is relevant in many fields of medical training. A gender perspective can bring new insights in education about the healthy and diseased body, investigation and treatment of disease, communication and the patient–doctor–relationship, as well as career and speciality choices. The need for education of teachers on gender issues is a crucial issue for those responsible for the academic syllabus.

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