

Gunilla Risberg, med dr, distriktsläkare, Tegs vårdcentral, Umeå gunilla.risberg@vll.se

»Jag är bara tjänsteman – neutral och könlös«

Om motståndet mot genusperspektiv och risken för genusbias i medicinen

II Genusbegreppet kom till för att betona att kön har en social dimension – det är inte bara biologi, som vi inom medicinen ofta föreställer oss. Det understryker att vi alla »gör kön« [1, 2] i relationer och samspel med andra utifrån maktskillnader mellan könen [3, 4] och rådande normer och föreställningar om kvinnor och män [1-4]. Läkare »gör« också kön i sin vardagliga praxis. När läkare t ex frågar kvinnor mer än män om förhållandena i hemmet [5] påverkas de av och bidrar till att upprätthålla föreställningen om att hemarbete och relationer huvudsakligen är kvinnors ansvar. Att genus skapas betyder att det är föränderligt, influerat av t ex tid, plats och kultur, och att det kan variera beroende på bl a klass, etnicitet och ålder [6].

I forskning och praxis som handlar om sjukdom och (o-)hälsa kan det vara svårt att säkert avgöra om ett tillstånd eller fenomen har biologiskt eller socialt ursprung. Oftast är både biologi och kultur inblandade. I medicinen skulle genusperspektiv därför kunna översättas med »kön med helhetssyn«, där biologi men också sociala och kulturella förutsättningar för kvinnor och män beaktas [7]. Med den pragmatiska definitionen blir forskning som fokuserar enbart biologiska könsskillnader inte automatiskt genusforskning. För detta behövs att skillnaderna sätts in i ett socialt och kulturellt sammanhang.

Inom medicinen anser vi oss ofta vara »objektiva« och »neutrala«. Under de senaste årtiondena har det dock publicerats forskningsresultat som pekar på oerättigade skillnader i dels utredningen och behandlingen av kvinnliga och manliga patienter [5, 8, 9], dels arbetsvillkoren för kvinnliga och manliga läkare [10] och medicine studerande [11]. Resultaten tyder på att det förekommer förutfattade meningar om kvinnor och män bland läkare [12], ett fenomen som kan betecknas som genusbias.

Rubriken till denna artikel är ett citat från en enkät till läkare om genusfrågor. Enkäten ingår som en del i min avhandling, där jag utifrån ett genusperspektiv har försökt belysa hur svenska läkare reflekterar och resonerar i olika professionella sammanhang [13]. Jag har även försökt förstå det motstånd som genusintresserade lärare mött – inte minst från andra lärare – när vi försökt introducera genusperspektiv i läkarutbildningen. I den här artikeln sammanfattar jag kort avhandlingens resultat och presenterar en modell för analys av motstånd och genusbias.

Genusbias i klinisk praxis

Den första av avhandlingens tre delstudier är ett exempel som berör klinisk praxis [14]. Trots att det inte finns några evidensbaserade rekommendationer om att funktionella tarmbe-

Sammanfattat



Inom medicinen kan genusperspektiv översättas med »kön med helhetssyn«, där biologi men också sociala och kulturella förutsättningar för kvinnor och män beaktas.

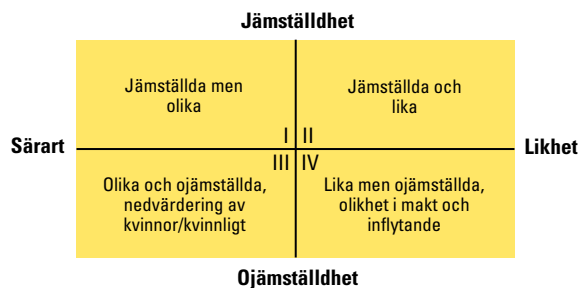
Omedvetenhet om eller förnekande av könskulturella normer och maktasymmetri mellan könen kan leda till motstånd mot genusfrågor och risk för genusbias inom såväl medicinsk forskning som undervisning och klinisk praxis.

Motståndet och biasrisken kan analyseras i en teoretisk modell som utgår från olika uppfattningar om likhet och jämställdhet mellan kvinnor och män. En sådan analys kan underlätta arbetet med genusperspektiv i miljöer och situationer där man möter motstånd.

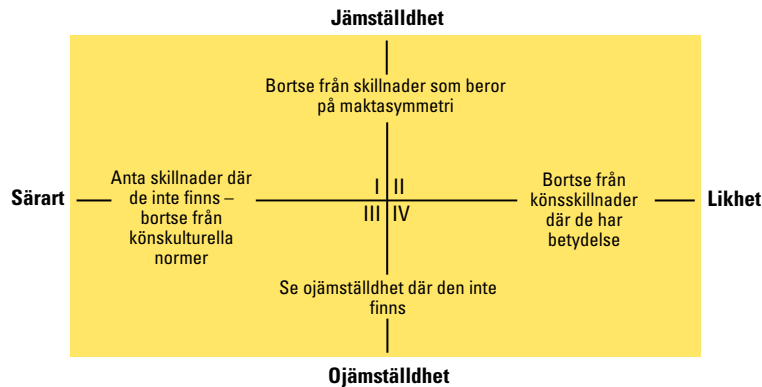
Se även artikeln på sidan 2846 i detta nummer.

svär hos kvinnor och män ska handläggas olika visade en fråga om magbesvär i en AT-skrivning att det blev olika förslag till utredning och behandling om patienten uppgavs vara man respektive kvinna. Till exempel förordades remiss till röntgen av tjocktarmen oftare till män och lugnande medel oftare till kvinnor. Både kvinnliga och manliga läkare gjorde skillnader, fast på olika sätt. Bland annat gav manliga läkare oftare livsstilsråd till kvinnor än till män, medan kvinnliga läkare föreslog diagnosen ämnesomsättningssjukdom i större utsträckning för kvinnor.

Både kvinnliga och manliga läkare föreslog oftare leverprov och andra alkoholmarkörer för män och tyreoidesprov för kvinnor. Detta kan tyckas riktigt, eftersom alkoholrelaterade åkommor är vanligare hos män och ämnesomsättningssjukdomar vanligare hos kvinnor. Men den enskilde patienten måste ses som unik och inte som representant för en grupp. Skillnaderna inom gruppen män och inom gruppen kvinnor är oftast större än skillnaderna mellan könen. När statistiska skillnader mellan kvinnor och män på gruppnivå tolkas som att de gäller för varje enskild kvinna och man finns



Figur 1. (Ovan) Föreställningar om kvinnor och män i förhållande till uppfattningar om likhet och jämställdhet (ovan).



Figur 2. (Till höger) Risk för bias i förhållande till uppfattningar om likhet och jämställdhet.

det risk för det som skulle kunna rubriceras som »kunskapsmedierad genusbias« i det enskilda patientmötet.

Könsmärka forskningsmetoder

Genusbias i forskarsamhället brukar associeras med diskriminering av kvinnor [15]. I den andra av mina delstudier visade det sig dock att läkare, särskilt kvinnliga läkare, vid bedömning av en fiktiv kvalitativ forskningssammanfattning hade en tendens att uppvärdera vetenskapligheten om forskaren angavs vara kvinna [16]. Någon sådan skillnad i värderingen av manliga och kvinnliga forskare fanns inte vid bedömning av ett kvantitativt abstrakt. Kvalitativ forskning kanske uppfattas som »mjuk« och passar in i stereotyper kring »kvinnlighet« och därför lämpad för kvinnor.

Är forskningsmetoder könsmärka? Är det så att osäkerheten inför de relativt nya kvalitativa metoderna i medicinen ger spelrum inte bara för kreativt nytänkande utan också för fördomar och segregation?

Genusmedvetna kirurger

I den tredje delstudien ombads lärare och kliniska handledare på läkarutbildningen att skatta betydelsen av könstillhörighet i konsultationer, vid handledning av studenter, i forskning och i kontakt med kolleger och personal samt att ge exempel och kommentarer i öppna svar. Gruppen kvinnor skattade könstillhörighet som mer betydelsefull i alla dessa professionella sammanhang än vad gruppen män gjorde [17]. Bland manliga läkare fanns skillnader mellan specialiteterna; graden av genusmedvetenhet var lägst i kirurgiska specialiteter och högst bland allmänläkare [18].

Att genusfrågor ses som kvinnofrågor är inte överraskande; det speglar samhället i stort där mannen har setts som norm och därmed som könlös, medan kvinnan har »könats« och setts som avvika [19]. Det får dock betydelse vid försök att implementera genusperspektiv i medicinarutbildningen. Kan man få de genusintresserade manliga läkarna att delta i denna strävan? Det kan vara lättare för dem att övertyga ointresserade och till och med negativa kolleger.

Modell för att förstå motståndet

Med utgångspunkt i de föreställningar om kvinnor och män som läkarna gav uttryck för i enkätens öppna svar har jag utformat en teoretisk modell (Figur 1). Längs x-axeln varierar föreställningen om kvinnor och män: från totalt olika (särart) till i huvudsak lika. Längs y-axeln varierar synen på jämställdhet mellan könen: från helt genomförd till att mycket återstår att göra. I modellen uppstår fyra fält (I–IV), där olika uppfattningar om kvinnor och män faller ut. Jag illustrerar de olika uppfattningarna med citat från enkätens öppna svar.

- Kvinnor och män är jämställda men olika (I). »Det är lättare att tala med manliga kolleger för vi delar synen på hur man ska utreda och behandla patienter i de flesta fall. Det är mindre irrationella element än i kontakten med kvinnliga kolleger.«
- Kvinnor och män är jämställda och lika (II). »Jag vill tro att vi alla är människor och kan förstå varandra.«
- Kvinnor och män är olika och ojämställda (III). Ojämställdheten ses som orsakad av nedvärdering av kvinnor och av det som anses som kvinnliga sysslor och kvinnliga värden. »Det är upprörande att kvinnliga smärtpatienter, särskilt där det inte finns objektiva tecken, negligeras, ja, till och med förödmjukas.«
- Kvinnor och män är lika men ojämställda (IV). Bristen på jämställdhet uppfattas som grundad i kvinnors och mäns olika tillgång till makt och inflytande. »Jag tror att jag skulle ifrågasättas mer av patienter om jag vore kvinna. Dom gissar aldrig fel på mitt yrke.«

Risken för genusbias

Jag har använt modellen för att analysera och förstå motståndet mot genusfrågor och den till motståndet kopplade risken för genusbias. Motståndet ser olika ut – och kan leda till skilda former av bias – beroende på hur vi ser på likhet och jämställdhet mellan kvinnor och män. Analysen är sammanställd i Figur 2, som sammanfattar den förståelse av genusbias jag fått via avhandlingens olika delarbeten.

Att se skillnader där de inte finns

Om män och kvinnor uppfattas som fundamentalt olika (I och III) är motståndet grundat i omedvetenhet om hur normer och könsskapande processer spelar in. Risken för bias består i att vi förstorar små och betydelselösa skillnader eller ser skillnader där de inte finns. I detta finns en risk för såväl biologisk som social essentialism (dvs att skillnaderna tas för givna, ses som oföränderliga). AT-läkarna som föreslog olika utredning och behandling av manliga och kvinnliga patienter uppvisade denna form av genusbias.

Om ojämställdhet ses som ett i högsta grad fortfarande existerande fenomen (III och IV) finns en risk för att man ser ojämställdhet där den inte finns. De kvinnliga bedömarna som uppvärderade kvinnliga forskare gav exempel på denna variant av bias.

Att bortse från skillnader där de finns

När kvinnor och män anses som mer lika än olika (II och IV) är risken stor för att vi negligerar skillnader som har med sjuk-

domsförekomst och biologi att göra, t ex skillnader i normalvärden och reaktioner på läkemedel. Den sortens bias kan bidra till androcentrism, dvs manscentrering, eftersom »lika« i allmänhet utgår från mannen som norm, och forskning som är gjord på män tillämpas okritiskt även på kvinnor.

Många läkare uttryckte i enkäten åsikten att jämställdhet råder (I och II). Genusfrågor anses då ointressanta och överspelade. Bias kan då uppstå genom att man bortser från att skillnader i makt och inflytande mellan kvinnor och män leder till olika livsvillkor och livserfarenhet och därmed till skillnader i (o-)hälsa och arbetsvillkor. Man tror sig vara könsneutral men är i själva verket könsblind.

Nuläget

En stor del av forskningen om kvinnor och män inom medicinen idag bedrivs inom medicinsk mainstream-forskning. Den handlar om könsskillnader [20] som kan ha med biologi att göra, t ex vad gäller sjukdomsförekomst, hur sjukdom yttar sig och hur farmaka verkar. Resultat av sådan forskning är numera i stor utsträckning införlivade i undervisningen av blivande läkare. Biasrisken, som kommer av att man bortser från biologiska skillnader, har därmed minskat. Däremot finns en risk för att könsskillnadskunskapen, om den oreflekterat antas gälla för alla kvinnor och män, leder till genusbias i mötet med den enskilde patienten.

Medicinsk genusforskning som jämsides med biologi betonar inflytandet av könskulturella normer och könsskapande processer och som problematiserar makt [20] är inte lika vanligt förekommande och heller inte lika accepterad eller beaktad i medicinarutbildningen. Risker för de former av genusbias som följer av detta – att se skillnader där de inte finns eller att bortse från betydelsen av skillnader i livsvillkor – behöver uppmärksammas.

Slutsatser

Motståndet mot genusfrågor kan ses som relaterat till tänkan- det kring likhet/särart och jämställdhet/ojämställdhet. Motståndet baseras på omedvetenhet om eller förnekande av förekomsten och betydelsen av genusrelaterade normer och könskapande processer och/eller skillnader mellan kvinnor och män när det gäller makt, inflytande, livsvillkor, livserfarenheter och biologi.

En analys av motståndet mot genusfrågor kan underlätta arbete med genusperspektiv i miljöer och situationer där man upplever svårigheter. Studierna i min avhandling visar på behovet av fortbildningsprogram för läkare som uppmuntrar till både manligt och kvinnligt deltagande och till reflektion kring den betydelse normer och hierarkier med anknytning till genus har för läkares professionella vardag.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- West C, Zimmerman DH. Doing gender. *Gender Soc* 1987;1:125-51.
- Elvin-Nowak Y, Thomsson H. Att göra kön. Om vårt våldsamma behov av att vara kvinnor och män. Stockholm: Albert Bonniers Förlag; 2003.
- Connell RW. Masculinities. Cambridge: Polity Press; 1995.
- Lundgren E. Feminist theory and violent empiricism. Aldershot: Avebury; 1995.
- 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):653-66.
- Harding S. The science question in feminism. London: Cornell University Press; 1996.
- Hamberg K. Genusperspektiv relevant för många av läkarutbildningens ämnen. Viktigt att betrakta män och kvinnor med helhetssyn. *Läkartidningen* 2003;100:4078-83.
- Sayer GP, Britt H. Sex differences in prescribed medications: another case of discrimination in general practice. *Soc Sci Med* 1997;45(10):1581-7.
- Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Commun Health* 1997;51:106-9.

- Kvaerner KJ, Aasland OG, Botten GS. Female medical leadership: cross sectional study. *BMJ* 1999;318:91-4.
- Bickel J. Gender stereotypes and misconceptions: Unresolved issues in physicians' professional development. *JAMA* 1997;277:1405-7.
- Council on Ethical and Judicial Affairs, AMA. Gender disparities in clinical decision making. *JAMA* 1991;266:559-62.
- Risberg G. »I am solely a professional – neutral and genderless« – on gender bias and gender awareness in the medical profession [dissertation]. Umeå: Umeå universitet, sektionen för allmänmedicin; 2004.
- 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 Publ Health* 2004;32(2):144-52.
- Wennerås C, Wold A. Nepotism and sexism in peer-review. *Nature* 1997;387:341-3.
- Johansson E, Risberg G, Hamberg K, Westman G. Gender bias in female physician assessments. Women considered better suited for qualitative research. *Scand J Prim Health Care* 2002;20:79-84.
- Risberg G, Johansson EE, Westman G, Hamberg K. Gender in medicine – an issue for women only? A survey of physician teachers' gender attitudes. *BMC International Journal for Equity in Health* [serial on the Internet]. 2003;2(10):[about 8 p.]. <http://www.equityhealthj.com/content/2/1/10>
- Risberg G, Hamberg K, Johansson EE. Gender awareness among physicians – the effect of specialty and gender. A study of teachers at a Swedish medical school. *BMC Medical Education* [serial on the Internet]. 2003;3(8):[about 9 p.]. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/3/8>
- Lagro-Janssen T. State of the art: developments in the field of women's studies medicine. *The European Journal of Women's Studies* 1999;6:487-500.
- Hammarström A. Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik. Stockholm: Högskolverket; 2004.



=artikeln är referentgranskad

SUMMARY

In medicine a gender perspective includes taking into consideration not only biology but also the cultural and psychosocial aspects of being a woman or a man. Unawareness or denial of gendered norms in society and/or of the power asymmetry between women and men can lead to resistance to gender issues and to the risk of gender bias in clinical medicine as well as in medical research and education. In a theoretical model presented in this paper the resistance and the bias risk are analysed in relation to assumptions about sameness/difference and equity/in-equity between women and men. Such an analysis could facilitate the implementation of a gender perspective in settings and situations where resistance to gender issues is met.

Gunilla Risberg

Correspondence: Gunilla Risberg, Tegs vårdcentral, Tegsplan 2, SE 904 20 Umeå, Sweden gunilla.risberg@vll.se