

Genusgörande och läkarblivande

Attityder, föreställningar och förväntningar
bland läkarstudenter i Sverige

Jenny Andersson



Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin
Umeå centrum för genusstudier, Genusforskarskolan
Umeå 2012

Umeå University Medical Dissertations
New Series No 1525, ISSN 0346-6612, ISBN 978-91-7459-488-1

Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin
Umeå centrum för genusstudier, Genusforskarskolan
Umeå universitet, 901 87 Umeå

Genusgörande och läkarblivande

Attityder, föreställningar och förväntningar
bland läkarstudenter i Sverige

Jenny Andersson

Umeå 2012



Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin
Umeå centrum för genusstudier, Genusforskarskolan
Umeå universitet, 901 87 Umeå
www.umu.se

Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin
Umeå centrum för genusstudier, Genusforskarskolan
Umeå universitet, 901 87 Umeå

© **Jenny Andersson 2012**
Omslagsbild: Joar och Einar Jönsson

Printed by Print & Media, Umeå University, Umeå, Sweden 2012: 02391

Abstract

The inclusion of a gender perspective in medicine has shown that gender is an essential factor in health and disease, in medical encounters and also in medical students' educational environment. The aim of this study was to explore attitudes, preconceptions and norms regarding gender within medical education and processes of gender bias. First, we explored medical students' gendered beliefs about patients. Second, we examined the medical students' ideas about their future careers. Third, we compared awareness on gender issues among medical students in Sweden and the Netherlands.

Method and material

The analyses were based on data from two different sources: one experimental study based on authentic patient narratives about being diagnosed with cancer and one extensive questionnaire exploring different aspects of gender issues in medical education. Both studies had a design which enabled both qualitative and quantitative research and mixed methods was used.

Study I (Paper I and II): Eighty-one anonymous letters from patients were read by 130 students of medicine and psychology. For each letter the students were asked to state the patient's sex and explain their choice. In paper I the students' success rates were analysed statistically and the explanations to four letters were used to illustrate the students' reasoning. Paper II examined the 87 medical students' explanations closer to examine gender beliefs about patients.

Study II (Paper III and IV): The questionnaire started with an open question where medical students were asked to describe their ideal future, it also included a validated scale designed to estimate gender awareness. Paper III examined 507 Swedish medical students' descriptions about their ideal future and compared answers from male and female students in the beginning and at the end of medical school. Paper IV compared gender awareness among 1096 Swedish and Dutch medical students in first term.

Findings with reflections

Paper I showed that the patient's sex was correctly identified in 62% of the cases. There were no difference between the results of male and female students. How-

ever, large differences between letters were observed, i.e. there were some letters where almost all students correctly identified the patient's sex, others where almost all students were incorrect and most letters were found somewhere in the middle. Another significant finding was that the same expressions were interpreted differently depending on which initial guess the medical student had made regarding the sex of the patient.

Paper II identified 21 categories of justifications within the students' explanations, twelve of which were significantly associated with an assumption of either a male or female patient. Only three categories led to more correct identifications of the patients' sex and two were more often associated with incorrect assignments. The results illustrate how beliefs about gender difference, even though they might be recognizable on a group level, are not applicable on individuals. Furthermore, the results show that medical students enter the education with beliefs about male and female patients, which could have consequences and cause bias in their future work as doctors.

Paper III found that almost all students, both male and female, were work-oriented. However, the female students even more so than their male counterparts. This result is particularly interesting in regards to the debate about the "feminization of medicine" in which the increasing number of female students has been addressed as a problem. When reflecting on their own lives and their future it is obvious that medical students nowadays, male and female, expect more to live than work, especially those who are on the doorstep to their professional life.

Paper IV found that the national and cultural setting was the most crucial impact factor in relation to the medical students' preconceptions and awareness about gender. The Swedish students expressed less stereotypic thinking about patients and doctors, while the Dutch students were more sensitive to gender difference. In both countries, the students' sex mattered for gender stereotyping, with male students agreeing more to stereotypes.

Conclusions

A gender perspective is important in medical education. Our studies show that such initiatives need to take cultural aspects, gender attitudes and students' gender into account. Moreover, reflections on assumptions about men and women, patients as well as doctors, need to be included in medical curricula and

the impact of implicit gender beliefs needs to be included in discussions on gender bias in health care. Also, the next generation of doctors want more to life than work. Future Swedish doctors, both female and male, intend to balance work not only with a family but also with leisure. This attitudinal change towards their future work as doctors will provide the health care system with a challenge to establish more adaptive and flexible work conditions.

Keywords: gender bias, gender perspective, medical education, medical students, gender awareness, gender beliefs, gender norms, mixed method, feminization of medicine, medical curricula, gender sensitivity.

Orginalartiklar

Denna avhandling baseras på följande fyra artiklar. Artiklarna har återtryckts med tillåtelse av respektive förläggare.

I: Andersson, J., Salander, P., Brandstetter-Hiltunen, M., Knutsson, E. & Hamberg, K. (2008). Is it possible to identify patient's sex when reading blinded illness narratives? An experimental study about gender bias. *International Journal for Equity in Health*, 7, 1-9.

II: Andersson, J., Salander, P. & Hamberg, K.(2012). Medical students' gender beliefs in relation to patients - an experimental study using authentic patient narratives. Inskickad, under granskning.

III: Diderichsen, S., Andersson, J., Johansson, E. E., Verdonk, P., Lagro-Janssen, A. & Hamberg, K. (2011). Swedish medical students' expectations of their future life. *International Journal of Medical Education*, 2, 140-146.

IV: Andersson, J., Verdonk, P., Johansson, E. E., Lagro-Janssen, T. & Hamberg, K. (2012). Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students - results from a questionnaire. *BMC Medical Education*,12, 3.

I texten hänvisas till artiklarna med de romerska siffrorna I-IV.

Innehållsförteckning

Prolog	9
Introduktion	11
Kön som någonting vi gör	11
<i>Kön som automatisk process</i>	13
<i>Kön på grupp- och individnivå</i>	14
Medicinsk forskning om kön och genus	14
<i>Genusbias inom vården</i>	15
<i>Teoretisk forskning om genusbias</i>	17
<i>Föreställningar om kvinnliga och manliga patienter</i>	19
Kön i läkarprofessionen	20
<i>Feminiseringen av läkaryrket</i>	22
Genusperspektiv i och på läkarutbildningen	25
<i>Kollisioner, motstånd och utmaningar</i>	26
<i>Attityder och värderingar inom lärandemiljön</i>	28
<i>Med genusbildvetenhet på schemat</i>	29
<i>Kön och genus i läkarutbildningens utbildningsplaner</i>	32
<i>Genusperspektiv i undervisningsmaterial och fallbeskrivningar</i>	33
<i>Genus i medicinsk utbildning: kontextualisering av exemplen</i> <i>Umeå och Nijmegen</i>	35
Summering och fortsatt disposition	37
Syfte och frågeställningar	39
Övergripande syfte	39
Specifika frågeställningar	39
Metod	41
Mixed methods	41
Brevstudien: delarbete I & II	43
<i>Datainsamling</i>	43
<i>Deltagare</i>	44
<i>Analys</i>	45
<i>Internt bortfall</i>	46
Enkätstudie: delarbete III & IV	47
<i>Datainsamling</i>	47
<i>Deltagare</i>	48
<i>Analys</i>	48
Etiska reflektioner	49

Delstudiernas huvudsakliga fynd	51
I. Is it possible to identify patient's sex when reading blinded illness narratives? An experimental study about gender bias.....	51
II. Medical students' gender beliefs in relation to patients – an experimental study using authentic patient narratives.....	53
III. Swedish medical students' expectations of their future life.	55
IV. Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students – results from a questionnaire.	56
Genusgörande och läkarblivande	59
Metoddiskussion: Att försöka skapa kunskap	59
<i>Mixed methods</i>	59
<i>Brevstudien</i>	60
<i>Enkätstudien</i>	62
<i>Summering</i>	66
Resultatdiskussion: Problemsortering på hög nivå	66
<i>Gissningar och genusbias</i>	67
<i>Läkarprofessionen: mer än bara arbete</i>	70
<i>Könade aspekter av läkarblivande</i>	72
<i>Att bevisa motstånd där öppenhet råder</i>	73
<i>Med genusmedvetenhet som mål och genusteori som metod</i>	76
Tacksamhet	79
Referenser	83

Prolog

Denna avhandling handlar om de föreställningar, attityder och idéer om kön som vi alla bär på. Fenomen som kan relateras till genusstrukturer i samhället och som påverkar både vår självuppfattning och vår förståelse av andra. Avhandlingen utspelar sig i en medicinsk utbildningskontext. Forskningsprojektet som denna avhandling bygger på började utformas under 2005, då jag själv var student i medicin och befann mig i mitten av min utbildning, men precis i början av mina kliniska placeringar.

Ett såväl irriterande som inspirerande inslag under min utbildning var de många studier som visat att patientens kön hade konsekvenser för vilken utredning och behandling som erbjöds. Denna genusbias tycktes vara en svårfångad process där just föreställningar och idéer om manligt och kvinnligt spelade en nyckelroll. För att utforska och belysa dessa föreställningar utformade vi en experimentell studie där läkarstudenter fick gissa patienters kön i nedskrivna berättelser om en vårderfarenhet och förklara varför de trodde som de gjorde.

I samband med genomförandet av denna första studie anades en motvilja hos studenterna att kännas vid generella idéer om kön. I deras förklaringar till varför de trodde patienten var man eller kvinna fanns många stereotyper, men det fanns även gott om bortförklaringar och ursäkter. Dessa förmedlade en känsla av en jämställdhetspolitisk ängslighet, som kändes väldigt avhängig den svenska kontexten.

Parallellt med denna studie hade ett internationellt samarbete inletts mellan vår forskargrupp vid Umeå universitet och forskare från läkarutbildningen i Nijmegen, Nederländerna. I båda dessa länder har implementeringen av ett genusperspektiv i läkarutbildningen kommit förhållandevis långt. Inom ramen för detta samarbete utformades en enkätstudie som distribuerades på läkarutbildningarna i de bägge länderna. I enkätstudien fanns en skala som syftade till att mäta genusmedvetenhet. Denna möjliggjorde jämförelser mellan svenska och nederländska läkarstudenter.

En annan tålamodsprövande pulshöjare under min tid som medicinstudent var det ständigt återkommande talet kring det ökande antalet kvinnor som antas till

läkarutbildningen – såväl i Sverige som internationellt. I denna debatt anades en märklig oro kring vad denna utveckling innebar för läkarrollen och läkaryrkets status. I takt med att det ökande antalet kvinnor inom kåren valde specialistinriktning började emellertid statuskonserverande och i grunden könade mönster att framträda. För att undersöka detta närmare ville vi ta reda på hur läkarstudenter tänkte kring sin framtid. Vi utgick återigen från den enkät, som utarbetats i samarbete med forskargruppen i Nijmegen.

Dessa studier har som sagt följt mig ända sedan den kliniska delen av min läkarutbildning. En omständighet som inneburit att jag närmat mig forskningen från en utforskande och vetgirig position, som har handlat om att å ena sidan försöka förstå de känslor av frustration och irritation, som beskrivits ovan, å andra sidan om att försöka bidra med kunskap som kan förbättra läkarutbildningens kvalité.

Introduktion

Följande introduktion är en sammanfattning av de teorier och den forskning som jag inspirerats, influerats och informerats av under min forskningsresa. Min situation som doktorand har i hög grad varit tvärvetenskaplig, men också överskridit den snäva distinktionen mellan teori och praktik. Jag har som läkarstudent haft två mycket konkreta fötter i läkarutbildningen. Gällande akademiska hemvister har jag som doktorand tillhört såväl Enheten för allmänmedicin som Genusforskaraskolan vid Umeå universitet. Denna tvärvetenskapliga position avspeglar även hur medicinsk genusforskning formats (Hamberg, 2003a; 2004a; Lagro-Janssen, 2007; Malterud, 2002; Thurén, 2003) och detta är det huvudsakliga kunskapsområde som denna avhandling är författad inom.

Inledningsvis ger jag en beskrivning av min förståelse av begreppet kön, hur detta görs och hur detta görande simultant är inbegripet i och upprätthåller en genusstruktur i vårt samhälle. Efter detta kommer jag att belysa detta görande i tre olika kontexter, vilka alla är relevanta för denna avhandling. Först kommer en beskrivning av medicinsk forskning om kön och genus som framförallt koncentreras på patient-läkarrelationen och forskning om genusbias inom vården. Därefter följer en sektion om kön i läkarprofessionen. Slutligen fokuseras läkarutbildningen ur ett genusperspektiv.

Kön som någonting vi gör

Inom genusforskningen började begreppet "gender" användas under 1960-talet för att markera det biologiska könsbegreppets begränsning och belysa de skillnader mellan män och kvinnor som inte har biologiska orsaker (Fausto-Sterling, 2005; Moi, 1997; Rubin, 1975; Stoller, 1964). När West och Zimmerman (1987) tillförde ett verb och myntade uttrycket "doing gender" innebar detta en ny konstruktivistisk ansats. Gender sågs därmed inte som någonting passivt eller beständigt, någonting som bara blev eller bara fanns. Idag är "doing gender" inte bara ett väletablerat begrepp inom forskningen, utan även att betrakta som ett teoretiskt ramverk där utgångspunkten är att kön och genus är någonting som ständigt görs, upprätthålls och oupphörligen skapas av oss alla (Elwin-Nowak & Thomsson, 2003; Lorber, 1994; West & Zimmerman, 1987). Den svenska översättningen av det engelska begreppet "doing gender" brukar bli "att göra kön".

Detta eftersom det svenska ordet kön traditionellt har haft en bredare innebörd än det engelska ordet "sex". Begreppet kön har, i en nordisk kontext, inte bara begränsats till biologi utan kunnat innehålla såväl kulturella som sociala aspekter av att vara man eller kvinna (Elwin-Nowak, 2003, Hamberg, 2004a; Lundgren, 1993). När ordet genus lanserades i Sverige på 80-talet av historikern Yvonne Hirdman var det för att tydliggöra att en dikotomi mellan socialt och biologiskt kön var omöjlig. Ordet genus var därför nödvändigt för att kunna studera vad som sagts och fortsatte sägas om kön. Ordet var dessutom neutralt och omfattade båda könen (Hirdman, 2001).

De fyra artiklar som utgör avhandlingens delarbeten är skrivna på engelska för publicering i internationella tidskrifter. Eftersom denna kapp är skriven på svenska kan det uppstå vissa betydelseglidningar. Jag vill därför redan nu passa på att göra det tydligt hur jag använt begreppen "sex" och "gender" i mina artiklar. I artiklarna använder jag ordet "sex" när det handlar om en indelning baserad på ett kryss i en ruta. I övrigt använder jag mig av "gender". På svenska har emellertid ordet "kön" givits en bredare betydelse med innebörden "helhetssyn på kvinnor och män" (Hamberg, 2003a), d.v.s. biologiskt, socialt och konstruerat. När en begränsning till biologiskt kön avses har jag angivit detta i texten. Genus har jag använt när jag anser att den markeringen är nödvändig.

Görandet av kön är inte begränsat till specifika situationer, utan någonting vardagligt och kontinuerligt. Människor är hela tiden inbegripna i att göra kön genom exempelvis hur vi klär oss, talar, går, uppträder och bemöter andra (Haavind, 1992; Lorber, 1994; West & Zimmerman, 1987). Med en sådan förståelse av begreppet är kön inte heller någonting som någonsin är fastslaget, eller en specifik uppsättning av egenskaper som män eller kvinnor har eller får. Kön är konstruktioner eller handlingar och dessa handlingar får konsekvenser på såväl ett individuellt som ett strukturellt plan (Lorber, 1994; West & Zimmerman, 1987).

När man pratar om kön på en strukturell nivå brukar man använda begreppen "genusordning" eller "genussystem" och ett görande/upprätthållande av kön som i korthet kan sägas bygga på två principer: segregering och hierarki (Connell, 1987; 2002; Hirdman, 1988). Män och kvinnor urskiljs och åtskiljs genom att de ses som olika och konstrueras som dikotomier, till dessa segregerade kategorier associeras och sorteras en mängd olika egenskaper, beteenden och symboler där det som anses kvinnligt inte är manligt och vice versa (Bergenheim, 1997; Lorber,

1994; West & Zimmerman, 1987). Det är viktigt att påpeka att genusordningen är en föränderlig struktur. Det vill säga; något som anses kvinnligt i en kultur eller tidsperiod kan under andra omständigheter förknippas med män (Bergenheim, 1997; Connell, 2002). Gemensamt inom en västerländsk kulturkrets är dock att det inom denna struktur finns en hierarki där mannen utgör normen och värderas högre. Således har de egenskaper som tillskrivits män värderats högre än de egenskaper som tillskrivits kvinnor. Män och kvinnor med likartade arbetsuppgifter har fått olika mycket betalt och mansdominerade yrken har generellt haft högre status än kvinnodominerade yrken (Hirdman, 1988; Lorber, 1994). Dessutom kan mannen i egenskap av norm även sägas vara könlös, eftersom normen inte behöver uttalas. Medan kvinnan, som avviker från normen, uppmärksammas, synliggörs och framträder som en könad variation av en människa (Hirdman, 2001; Lorber, 1994; Moi, 1997).

Kön som automatisk process

Kön kan alltså ses som ett system av sociala praktiker som upprättar två skilda kategorier av människor, vilket i sin tur utgör grunden för ojämlika sociala förhållanden (Connell, 1987; 2002; Elwin-Nowak & Thomsson, 2003; Hirdman, 1988; Lorber, 1994; West & Zimmerman, 1987). I en artikel som varit teoretiskt betydelsefull för detta avhandlingsarbete betonar Ridgeway och Correll (2004) den betydelse de vitt utbredda kulturella föreställningarna om män och kvinnor har för (åter)skapandet av genussystemet. Dessa föreställningar om kön är inte bara bilder eller idéer, utan innehåller i själva verket kulturella regler, värderingar och normer som, genom att de påverkar sociala relationer på alla nivåer, skapar den sociala struktur av skillnad och ojämlikhet som vi sedan förstår som kön. Ridgeway och Correll (2004) menar att detta sker via den automatiska köns kategoriseringen, d.v.s. den (o)medvetna och reflexmässiga process genom vilken vi sorterar in de människor vi möter i män respektive kvinnor. Kategoriseringen av kön utgår från en essentialiserad konstruktion av kön snarare än biologiskt kön. Det är således inte kromosomuppsättning, hormonnivåer eller yttre könskaraktäristiska vi använder oss av för att avgöra om personen vi möter är kvinna eller man. Vanligtvis grundar sig denna uppfattning snarare på exempelvis namn, röst, kläder, frisyr. Med andra ord attribut och egenskaper som alla kan sägas vara skapade, men som kulturellt antas representera och avspegla en fysiologisk könsskillnad (Lorber, 1994; Ridgeway & Correll, 2004; West & Zimmerman, 1987).

Vi förstår och sorterar även in oss själva och varandra utifrån andra kategorier; såsom exempelvis sexualitet, ålder, klass och etnicitet (Bodenhausen, 2005; Fiske & Taylor, 1991; Macrae & Bodenhausen, 2001). Men kön tycks vara den kategori som kommer först och som dessutom skär genom alla andra kategorier (Blair & Banaji, 1996; Brewer & Layton, 1989; Stangor, Lynch, Duan & Glas, 1992).

Kön på grupp- och individnivå

Ridgeway och Correll (2004) beskriver vidare hur denna automatiska process får konsekvenser i form av de föreställningar som följer med en given kategori. Dessa påverkar sedan exempelvis vad en kvinna, jämfört med en liknande man gör i en given situation, vilken uppmärksamhet eller vilket inflytande hon får, hur hon framstår, tolkas och utvärderas. Detta trots att kön vanligtvis är en väldigt liten del av vad en människa är i en sådan situation och betydelsen av andra individuella skillnader i personlighet, förmåga, erfarenhet och kunskap nästan alltid kommer att spela större roll. Konsekvensen av detta blir att variationen mellan människor av samma kön vanligtvis är större än skillnaden mellan män och kvinnor. Kulturella föreställningar kommer ändå att påverka våra egna och andras förväntningar tillräckligt för att producera mätbara skillnader mellan kvinnor och män.

Det är utifrån detta teoretiska ramverk som jag i denna avhandling undersöker hur kön görs inom patient-läkarrelationen, läkarprofessionen samt läkarutbildningen. För att kunna föra en mer kontextnära diskussion kommer jag nu att beskriva det forskningsfält som min undersökning huvudsakligen relaterar till och syftar till att utveckla – nämligen medicinsk genusforskning.

Medicinsk forskning om kön och genus

Det finns mycket forskning som pekar på att kön och genus är en viktig faktor att ha kunskap om inom medicinen. Medicinsk genusforskning är ett mycket brett kunskapsfält och infattar en mängd olika inriktningar. Exempelvis: forskning fokuserad på biologiska förklaringar till skillnader i hälsa och sjukdom mellan män och kvinnor (Legato, 2004), forskning som problematiserar och kritiserar biologiska förklaringar (Carlstedt, 1992; Fausto-Sterling, 1992; Hubbard, 1990), forskning som fokuserar kön som sammanhang exempelvis könade

hälso/ohälsobeteenden (Courtenay, 2000; Doyal, 1995; 2001; Sen, Östlin & George, 2007) samt forskning som driver teoribildning eller vetenskapsanalys (Connell, 2012; Fausto-Sterling, 2005; 2012; Lorber, 1997).

Inom genusforskningsfältet ingår även såväl synliggörande som teoretiserande av andra situationer, sociala villkor eller maktstrukturers betydelse för hälsa, sjukdom eller vårderfarenhet. Exempelvis: forskning som fokuserar på ålder (Alex, Hammarström, Norberg & Lundman, 2008; Wiklund, Bengs, Malmgren-Ohlsson & Öhman, 2010), klass (Ahnquist, Wamala & Lindstrom, 2012; Wamala, Lynch & Kaplan, 2001), etnicitet (Lehti & Mattson, 2001; Phillips & Clarke, 2012) eller sexualitet (Björkman & Malterud, 2012; Röndahl, 2009; Westerståhl, 2003a).

På grund av forskningsfältets omfattande karaktär kommer följande avsnitt att avgränsa sig till det specifika kunskapsområde inom fältet som har relevans för mina delstudier. Denna forskning utgörs huvudsakligen av arbeten som studerat hur patienters könstillhörighet får konsekvenser i form av omotiverade skillnader eller orättvisor i utredning och behandling - det vill säga forskningen om genusbias inom vården.

Genusbias inom vården

Förutom forskning som visar att skillnader i biologiska processer, anatomi, livsvillkor, omgivningsfaktorer, erfarenheter, riskbeteenden och svar på stress kan bidra till skillnader i hälsa och sjukdom hos män och kvinnor eller variationer inom gruppen män och kvinnor (Courtenay, 2000; Doyal, 1995; 2001; Hoffman, Magrane & Donoghue, 2000; Koch, Edwards, Haapaniemi, Nordin & Kald, 2005; Lagro-Janssen, 2007; Legato, 2004) finns det också starkt stöd för att kvinnor, utan uppenbara medicinska orsaker inte erbjuds samma vård som män. Många studier visar att kvinnor i mindre utsträckning får avancerad utredning och behandling (Arber et al., 2006; Daly et al., 2006; Hariz & Hariz, 2000; Hariz et al. 2011; Katz et al., 1994; JAMA, 1991). Detta mönster ses i klinisk praktik vid ett stort antal tillstånd, trots samma svårighet i symptom. (Chang et al., 2007; Hamberg, Risberg, Johansson & Westman, 2002; Karim, Islam, Chowdhury, Johansson & Diwan, 2007; Nyberg, Osika & Evengård, 2008). Det finns andra tillstånd där kvinnor snarare drabbats av ett sjukliggörande och medikalisering (Blehar, 2006; Ekström, 2009; Hirschbein, 2006; Johannisson, 2004; Lunde, 2009) och

tillstånd där män förbisetts eller varit underrepresenterade i diagnostisering (Danielsson, 2009; Hirschbein, 2006; Kempner, 2006). Läkare tycks vara mer benägna att tolka mäns symptom som somatiska och kvinnors som psykosociala (Bernstein & Kane, 1981; Colameco, Becker & Simpson, 1983; Hamberg et al., 2002). Kvinnor tilldelas mer icke-specifika symptom diagnoser och förskrivs mer psykoaktiva droger än män (Ashton, 1991; Linden et al., 1999; Sayer & Britt, 1997; Simoni-Wastila, 2000; Smith et al., 2005). Kvinnor rapporterar oftare läkemedelsbiverkningar, drabbas i större utsträckning av läkemedelsrelaterad sjuklighet och i ärenden från olika klagomålsinstanser handlar en majoritet av ärendena om vården av kvinnor (Socialstyrelsen, 2004; 2008).

I de flesta av dessa studier är det svårt att veta vad som orsakat könsskillnader i handläggning. Biologiska skillnader mellan kvinnor och män kan eventuellt förklara att typen av symptom och dess svårighet kan variera vilket skulle motivera skillnader i behandling (Legato, 2004). Patienternas önskemål och kommunikationsmönster har också föreslagits som orsaker till könsskillnader i den medicinska processen (Danielsson, 2009; Johansson, Hamberg, Lindgren & Westman, 1996; Katz et al., 1994; Klemm, Hurst, Dearholt & Trone, 1999; Lorber, 1997; MacIntyre, Hunt & Sweeting, 1996; Zakowski, 2003). Men dessa könsskillnader i diagnostisering och behandling återfinns även i studier av medicinsk handläggning där patientens beteende och interaktionen mellan läkaren och patienten är kontrollerad (Arber et al., 2006; Hamberg et al., 2002; Hamberg, Risberg & Johansson, 2004b). I sådana studier är det svårt att förklara skillnaderna med någonting annat än genusbias till följd av läkarens stereotypa förväntningar beträffande hälsa och behov hos män och kvinnor.

Våra föreställningar, idéer och attityder om kön utgör normer som påverkar även patienters hjälpsökande beteenden och risktaganden, såväl som vårdgivarens tolkningar av patienters berättelser och beteenden (Courtenay, 2000; Hall & Roter, 2002; Johansson et al., 1996; Katz et al., 1994; Zaharias, Piterman & Liddell, 2004). Det finns gott om forskning från andra fält som visar på att tal och text tolkas olika enbart beroende på om avsändaren är man eller kvinna (Cameron, 2003; Einarsson & Hultman, 1984; Gergen, 1997; Talbot, 2003). Liknande forskning i en klinisk kontext visar att beroende på patientens könstillhörighet kommer läkaren, sköterskan eller annan vårdpersonal att tolka även identiska narrativ och beteenden olika beroende på antaganden om kvinnor och män (Hamberg et al., 2002; Hamberg et al., 2004b; Kempner, 2006).

Könsrelaterade förväntningar orsakar således en systematisk skevhet, genusbias, som kan leda till problematiska orättvisor. Eftersom det bevisligen rör en mängd olika sjukdomar, tillstånd och belägenheter är det rimligt att anta att flera olika delförklaringar kan samspela. Det gemensamma mönstret tycks dock vara att kvinnor oftare har betydligt sämre vårdtillgång och får sämre vårdkvalité än män.

Teoretisk forskning om genusbias

Omedvetna eller medvetna föreställningar om kön kan orsaka medicinska felaktigheter genom flera olika mekanismer (Hamberg, 2008). Ruiz och Verbrugge (1997) visar i artikeln "A two way view of gender bias" hur bias kan uppstå både genom antagande om att hälsosituationen är lika för kvinnor och män när det i själva verket finns skillnader och genom antagande om skillnad när det i själva verket råder likhet. Gunilla Risberg (2009) har i sitt teoretiska arbete om genusbias även inkluderat medvetenhet respektive omedvetenhet om genusordningen i sin beskrivning av fyra olika förhållningssätt vilka alla kan leda till genusbias.

Risberg utökar därmed mekanismerna bakom de två förhållningssätt, som skulle kunna orsaka vad Ruiz och Verbrugge kallat "att göra skillnad": det ena förhållningssättet karaktäriseras av att kvinnor och män ses som jämställda men olika, det vill säga en omedvetenhet om genusordningen och ett särartstänkande. Med ett sådant förhållningssätt finns uppenbara risker för att skillnader mellan kvinnor och män överdrivs, ses eller görs där de inte finns. Det andra förhållningssättet präglas istället av en feministisk medvetenhet, det vill säga en medvetenhet om genusordningen, den manliga normen och hur kön påverkar makt och inflytande. Denna medvetenhet innebär även en förståelse för att könstillhörigheten är viktig i den professionella relationen och är det förhållningssätt där risken för bias är minst. Den "risk" detta eventuellt skulle kunna innebära är att kvinnor uppvärderas på ett obefogat sätt.

Vidare beskriver Risberg två förhållningssätt som istället kan leda till vad Ruiz och Verbrugge kallat för "att göra likhet": det ena innebär att man är medveten om genusordningen, men tycker att könets betydelse i till exempel professionella relationer överdrivs. Innebörden av kön reduceras och andra faktorer på en individuell nivå, exempelvis kunskap, intresse eller personlighet, anses spela större roll för hur mötet blir. Med detta förhållningssätt finns en risk för att skillnader mellan kvinnor och män inte tas i beaktande. Det andra förhållnings-

sätt som identifierades var det ”politiskt korrekta” där kvinnor och män betraktas utifrån föreställningar, som kanske snarast är att betrakta som ett utopiskt ideal. Det vill säga kvinnor och män ses som lika och jämställda och det spelar ingen roll för behandling och utredande om patienten är man eller kvinna. Genom att förneka att män och kvinnor har olika kroppar och lever under olika villkor, tas inte hänsyn till de olika förväntningar som finns på män och kvinnor. Förväntningar som påverkar deras liv och hälsa på olika sätt. Därmed finns även med detta synsätt risk att skillnader förbises.

Hamberg (2004b) betonar även skillnaden mellan individnivå och gruppnivå, då nyvunna kunskaper om tidigare förbisedda skillnader mellan kvinnor och män riskerar att bidra till ”kunskapsmedierad bias” om de tillämpas oreflekterat på individnivå. Könsskillnad på gruppnivå måste undersökas och uppmärksammas och obefogade eller orättvisa skillnader måste ifrågasättas. Men, även inom medicinen, är variationen inom gruppen kvinnor och inom gruppen män vanligtvis större än skillnader mellan män och kvinnor på gruppnivå. Det är därför viktigt att förstå att den individuella patienten inte kan ses som representant för en grupp. Ett konkret kliniskt exempel som Hamberg ger på kunskapsmedierad bias är att i större utsträckning föreslå sköldkörtelprovtagning hos kvinnor eller fråga om alkoholvanor hos män, även om den enskilda kvinnan kan ha alkoholproblem och den enskilda mannen rubbningar i ämnesomsättningen (Hamberg et al., 2004b).

Sammanfattningsvis kan således genusbias uppstå både utifrån förhållningssätt som präglas av ett skillnadstänkande och ett likhetstänkande avseende kön. Det kan också handla om medvetenhet respektive omedvetenhet om genusordningen. Bias kan vara att överdriva skillnader eller se skillnader där de inte finns. Men också att bortse från skillnader där de finns och behandla kvinnliga patienter utifrån en manlig norm respektive att inte se patienten som en individ, utan bara som representant för sitt kön. Det som är gemensamt för dessa förhållningssätt är just att de är förhållningssätt och inbegriper idéer, attityder och föreställningar om kön och könets relevans. Dessa förhållningssätt är inbegripna i en genusordning som man antingen väljer att vara medveten eller inte medveten om.

Föreställningar om kvinnliga och manliga patienter

Så vad finns det då för föreställningar, idéer och attityder om kön som skulle kunna tänkas vara inblandade i uppkomsten av genusbias inom vården?

Vad gäller den manliga patienten kan två delvis motsägelsefulla föreställningar anas i studier av populärkulturen: dels är det mannen som klagar överdrivet vid mindre åkommor, dels är det mannen som inte söker vård eller drar på att söka vård vid allvarliga sjukdomstillstånd (Backman, 2005). Stereotypa bilder som skapar föreställningar om kvinnor och män framträder också bl.a. i den läkemedelsreklam som riktas till läkare där granskning visat framställningar av hårt arbetande män som drabbas av fysiska åkommor. Kvinnorna däremot är neurotiska, känslosamma och påfallande ofta iklädda nattkläder (Sandström & Johansson, 2004). Forskning från klinisk praktik visar dessutom att vårdpersonal uppfattar kvinnliga och manliga patienter olika (Foss & Sundby, 2003). I vårdpersonalens beskrivningar av dessa skillnader träder återigen stereotypa bilder fram. De manliga patienterna anses generellt ta upp lite tid och fråga lite, de kan lägga över ansvaret och låta personalen bestämma, är konkreta och tydliga och tar en dag i taget. Kvinnliga patienter tar däremot upp mycket tid, de beskrivs som diffusa, vaga, omständiga, de vill bestämma, är ibland rentav besvärliga, behöver mycket och upprepade information och oroar sig för framtiden (Foss & Sundby, 2003). Kliniska studier har även visat hur föreställningar om kvinnor och män får praktiska konsekvenser. Som ett svenskt paradexempel kan "tvätt-säcksprojektet" nämnas. En undersköterskas praktiskt förankrade fråga om varför tvättssäckarna i herrarnas duschrum måste tömmas oftare än damernas resulterade i en studie som visade på tidigare okända skillnader, både vid ordinerad och utförd behandling av diagnoserna psoriasis och eksem (Nyberg et al., 2008). Förklaringen visade sig vara att männen i större utsträckning fick behandling med smörjningshjälp medan kvinnor oftare ordinerades självbehandling. De manliga patienterna förskrevs även ett större antal ljusbehandlingar.

Att män inte söker vård lika ofta som kvinnor skulle kunna förklaras med kulturella könsnormer. I och med att patientrollen förknippas med en ställning av beroende och underordning, som är mer accepterad för kvinnor, bryter inte kvinnor som söker vård med de traditionella förväntningarna på sitt kön medan en vårdsökande man bryter mot schablonen överordnad, självständig och stark (Addis & Mahalik, 2003; Courtenay, 2000). Samtidigt, tyder ju det ovannämnda tvättssäcksexemplet på att det även finns andra föreställningar om män, som

konnoterar osjälvständighet. Den högre förskrivningen av psykoaktiva läkemedel till kvinnliga patienter samt att kvinnor oftare anses ha psykosociala besvär skulle kunna kopplas till kulturella föreställningar om kvinnors mer känsliga och nervösa "natur" (Bergenheim, 1997; Johannisson, 2004). Detta är några enkla exempel på föreställningar som kan tänkas få konsekvenser både för kvinnors och mäns hälsa och för bemötandet inom sjukvården. Ett genusperspektiv på dessa föreställningar synliggör hur könen konstrueras som dikotomier, utgår ifrån en manlig norm som är högre värderad och hur detta leder till ett (åter)skapande av kön. Således ryms inom dessa enkla exempel en tänkbar förklaring till skillnader inom vården och de brister inom vården som generellt oftare drabbar kvinnor.

I den ovanstående redogörelsen har den genusbias som drabbar patienter diskuterats. Ett annat viktigt forskningsområde inom den medicinska genusforskningen är vårdssystemet som arbetsplats för en mängd olika yrkesgrupper. Jag kommer nu att beskriva och diskutera forskningen om de könade strukturer som föreligger inom läkarprofessionen.

Kön i läkarprofessionen

Många studier och rapporter har visat att även läkarens kön spelar roll, dels i konsultationen men även i konstruktionen av läkarrollen och arbetslivet (Cassel, 1996; Hall & Roter, 2002; Johansson et al., 1996; Lindgren, 1992; 1999). Läkarna gör också kön, inte bara i förhållande till sina patienter, utan också i relation till annan vårdpersonal, med sina kollegor, i sina karriärsval och som förebilder och utbildare för bland annat läkarstudenter (Bickel, 2001; Cassell, 1996; Davies, 2001; Eriksson, 2003; Fridner, 2004).

Konsultationsforskning visar att det, på gruppnivå, finns skillnader mellan kvinnliga och manliga läkares konsultationer vad gäller tid, innehåll och kommunikationsmönster (Bensing, van der Brink-Muinen & de Bakker, 1993; Roter, Hall & Aoki, 2002; West, 1993; Zaharias et al., 2004). Det finns i dessa studier ingen skillnad mellan kvinnliga och manliga läkare i bruket av medicinska facktermer, känslomässigt stöd uttryckt i direkt tal eller hur mycket information som gavs. Men manliga läkare var mer dominerande och gav mer råd och instruktioner. Kvinnliga läkares konsultationer var i genomsnitt längre och innehöll mer tal av såväl läkare som patient. De kvinnliga läkarna ställde fler frågor till sina patienter.

ter, om såväl medicinska som psykosociala problem och efterfrågade patientens åsikt i större utsträckning. De kvinnliga läkarna var också mer bekräftande, gav fler instämmande och positiva kommentarer, log och nickade mer. Men, då även patienter talade mer och gav mer uttömmande information till kvinnliga läkare bidrog även patienterna till att kvinnliga läkares konsultationer var längre och kunde ha ett annat innehåll. Patienter tenderar också att avbryta en kvinnlig läkare mer än en manlig (Hall & Roter, 2002). Det finns forskning som tyder på att kvinnliga och manliga läkare möts av olika förväntningar från patienter (Bickel, 2001; Cassell, 1996). Exempelvis att patienter förväntar sig och får mer förståelse och empati från kvinnliga läkare (Bylund & Makoul, 2002; Arouni & Rich, 2004) och är mer benägna att anförtro en kvinnlig läkare erfarenheter av exempelvis misshandel (Wainer, 1998).

Läkarens kön har också betydelse i relation till annan vårdpersonal. Karen Davies (2001) har visat att kvinnliga läkare lägger ner mer arbete på att få relationen till sjuksköterskor att fungera. I denna relation måste den kvinnliga läkaren hantera en ömtålig och svår balansgång mellan att uppfattas som dominant och otrevlig, kontra mesig eller bristande i sin auktoritet. Även om sjuksköterskor helst ville ha en arbetsrelation som präglades av respekt från båda sidor, kunde buffliga, otrevliga och auktoritära läkare accepteras så länge de var män. I samma studie svarade de manliga läkarna ”nej” på att kön skulle ha betydelse för samarbetet. De kvinnliga läkarna svarade tveklöst ”ja” och sjuksköterskorna sa att personlighet nog var av större vikt.

Liknande mönster återfinns i Kristina Erikssons (2003) avhandling *”Manligt läkarskap, kvinnliga läkare och normala kvinnor”*. Hon visar att både kvinnliga och manliga läkare förhåller sig till ett ideal, som innebär en känslomässig distans till såväl patienter, som egna känslor och erfarenheter. Vidare innehåller detta ideal förmågan att sätta gränser, kunna fatta snabba och svåra beslut samt signalera professionalitet och auktoritet. Dessa egenskaper beskrivs som manligt kodade, det vill säga egenskaper som män har ”naturligt” och som är ”onaturliga” för kvinnor. Det är dock tydligt att samma ideal eftersträvas av såväl manliga som kvinnliga läkare i relation till patienter. I övriga professionella relationer, exempelvis inbördes relationer mellan läkare, framträder dock olika ideal för män respektive kvinnor. De manliga läkarna har ett påfallande stort handlingsutrymme, medan de kvinnliga läkarnas utrymme kringskärs. Exempelvis kan en man ”peka med hela handen” och t.o.m. slänga saker omkring sig i operations-

rummet, utan att detta nödvändigtvis ifrågasätts. Vassa armbågar och aggressivitet tillåts eller framställs rentav som positiva egenskaper för en manlig läkare. Kvinnor som agerar på samma sätt kommer att ifrågasättas och ses som bristfälliga i sin kvinnlighet. Således tvingas den kvinnliga läkaren till en balansakt där hon tvingas förhålla sig till olika, delvis motstridiga normer beträffande såväl kvinnligt läkarskap som en ”normal”, autentisk och entydig kvinnlighet. Den kvinnliga läkaren blir en anomali. Hon konstrueras som problematisk natur med krav på att fungera och passera i en kultur. Den manliga läkaren konstrueras tvärtom som både natur och kultur, enbart i kraft av sitt kön (Eriksson, 2003; Höök, 2001).

Kvinnor som önskar tillträde till mansdominerade revir måste ofta bryta ett starkt motstånd och möta män som försvarar en homosocialt färgad gemenskap, där maktspelet rör revir och positioner. Om en kvinna lyckas med detta krävs - för möjligheten att stanna kvar - att hon blir infogad och fogar sig i de ideal som råder (Höök, 2001). Således utgör genusfrågor ”inget problem” och det finns ett utbrett ointresse för dessa inom kåren, framförallt inom vissa specialiteter och bland män (Risberg et al. 2003a; 2003b; 2008; Pingel, Schenk-Gustafsson & Fridner, 2009). Om det finns problem är det på grund av kvinnors sätt att vara, de kan inte säga ifrån, prioriterar familjen, tolkar in trakasserier och tar på sig för mycket. Det blir tydligt att samtidigt som genusfrågor inte utgör något problem finns det utbredda ideal som innefattar starka värderingar gällande femininitet och maskulinitet, där kön används för att förklara och försvara rådande förhållanden (Eriksson, 2003; Pingel et al., 2009).

Feminiseringen av läkaryrket

Det är dock ett faktum att det tidigare manligt kodade läkaryrket går mot ett ökande antal kvinnor. I Sverige, såväl som internationellt, har antalet kvinnliga studenter på läkarutbildningarna ökat under senare år (Association of American Medical Colleges, 2011; Association of Faculties of Medicine of Canada, 2010; British Medical Association [BMA], 2009; Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor [SNAPS], 2010; Statistiska centralbyrån [SCB], 2011). Den förändrade sammansättningen beträffande kön bland läkarstudenter kan även leda till en förändring i arbetslivet, där kvinnliga läkare antas utgöra en knapp majoritet inom ett par decennier (BMA, 2009; SNAPS, 2010). Detta fenomen har benämnts ”feminiseringen av läkaryrket” och varit föremål för

debatt såväl som forskning (Levinson & Lurie, 2004; Philips & Austin, 2009). Något som framträder i denna textmassa är att utvecklingen ofta diskuteras som ett ”problem”, antingen uttalat eller som någonting att ana mellan raderna. Ibland anas en oro för att fler kvinnliga läkare skulle ha ett icke-önskvärt inflytande på hur yrkets makt, status och lön kommer att utvecklas (Levinson & Lurie, 2004). Ibland nämns specifika problem som detta antas innebära, exempelvis kan utmaningen ligga i att ett ökat antal kvinnliga läkare skulle medföra en ytterligare brist på läkare, då kvinnliga läkare antas vilja arbeta färre timmar än sina manliga kollegor eller antas föredra vissa specialiteter före andra (Kilminster, Downes, Gough, Murdoch-Eaton & Roberts, 2007; Levinson & Lurie, 2004; SNAPS, 2010; Sveriges läkarförbund [SLF], 2008, van Tongeren-Alers et al, 2011; Weizblit, Noble & Baerlocher, 2009).

Men, att anta ett kausalt samband mellan könsfördelningen inom läkaryrket och att parametrar som makt, status och lön minskar i värde är sannolikt en grov förenkling. Margreth Nordgren (2000) visar i sin avhandling *”Läkarprofessionens feminisering, ett köns och maktperspektiv”* att läkarprofessionens utveckling är långt mer komplex än så. Nordgrens slutsats är att det inte är det ökade antalet kvinnor som orsakat läkaryrkets minskade status, inflytande och makt. Detta är en följd av större förändringar, som påbörjades innan och pågick samtidigt som antalet kvinnor på läkarutbildningen och i yrkeskåren ökade. Det ökande antalet kvinnor kan således ses ske parallellt med ett antal stora politiska och institutionella skeenden. Nordgren nämner expansionen av offentlig hälso- och sjukvård och bristen på läkare på arbetsmarknaden som viktiga orsaker, men även ökande antal kvinnor i högre utbildning generellt och ökande intag till medicinsk utbildning specifikt. Beträffande läkarprofessionens förlust av auktoritet och dominans inom kunskapssfären ser Nordgren den alltmer allmänna tillgången till kunskap som en förklaring till minskad makt och inflytande. Detta har även skapat en överväldigande situation för den enskilde läkaren. Läkarens inflytande över den egna arbetssituationen har dessutom förändrats genom ekonomisk styrning och åtstramning. Professionen har därtill tappat viktiga ledningsfunktioner. I de moderna vårdteamen är inte läkaren längre den odiskutabla ledaren. Läkarna har blivit lönearbetare i stora hälsovårdsorganisationer vilket, menar Nordgren, har med omfattande reformpolitik och inte med feminisering att göra. Avhandlingen visar vidare hur läkaren som politisk makthavare är en alltmer marginaliserad företeelse och det minskade inflytandet i politiken, såväl som minskade kontaktytor med statsmakten, medför minskad möjlighet till makt och

kontroll. Den relativa inkomstsänkning som skett för de svenska läkarna, är del av en mycket större och mer allmän samhällsförändring där lönerna jämnats ut mellan olika yrkesgrupper och har, anser Nordgren, snarare med proletarisering än med feminisering att göra.

Det har även argumenterats för att feminiseringen skulle orsaka en så kallad humanisering av professionen, vilket inte enbart framställts som något positivt. De kvinnliga läkarnas inträde antas automatiskt orsaka ett skifte mot mer ”feminina” värderingar och ideal som skulle innebära en mer omhändertagande, hjälpsam och patientcentrerad vård (Levinson & Lurie, 2004). Även dessa aspekter av professionens utveckling kan tolkas som sekundära till samhälleliga utvecklingar såsom krav från konsumenten/patienten eller bevisad bästa praktik. Humaniseringen skulle, med en sådan syn, istället kunna leda till att medicinen blir en mer välkomnande plats för kvinnor och män, läkare och patienter (Phillips & Austin, 2009).

Ett mönster som dock framträder i samband med det ökade antalet kvinnliga läkare i arbetslivet är en vertikal såväl som en horisontell arbetsdelning inom professionen. I den vertikala arbetsdelningen är utbildningsnivå, ansvar och kompetens och därmed också status, löner och makt knutna till var i hierarkin man befinner sig. Inom sjukvården råder ett sådant hierarkiskt maktförhållande mellan exempelvis läkaren och sjuksköterskan. Men även inom gruppen av läkare, där fler manliga läkare återfinns på chefspositioner inom vården och högre upp inom akademien (Bickel, 2000; Fridner, 2004; Ohlin, 2012a; Wennerås & Wold, 1997). Den horisontella arbetsdelningen speglar vem som gör vad inom vissa yrkesgrupper, ett exempel på detta som redan nämnts är att kvinnliga läkare tenderar att hamna inom vissa specialiteter och män inom andra. De kvinnodominerade specialiteterna har generellt sätt lägre löner och status (Bickel, 2001; Gjerberg, 2001; 2002, Heiliger & Hingstman, 2000; Ohlin, 2012b; van Tongeren-Alers et al., 2011). På detta sätt är genusstratifieringen fortfarande ohotad trots det ökade antalet kvinnor inom läkaryrket.

I detta avsnitt har jag berört könade konstruktioner av läkarprofessionen och hur kön spelar roll i konsultationen, i relationen till annan vårdpersonal samt mellan kollegor. Jag har även beskrivit läkarprofessionens utveckling under de senaste åren och diskussionen kring det ökade antalet kvinnor inom kåren. Det visar sig att de största förändringarna som skett under denna tid inte enbart kan

relateras till en större mängd kvinnliga läkare. Det är däremot tydligt att de kvinnliga läkarna har ett snävare handlingsutrymme och delvis möter andra förväntningar än sina manliga kollegor - från såväl patienter som arbetskamrater. De tvingas i sin yrkesroll balansera mellan en läkarbild präglad av maskulina ideal och idéer om "naturligt" maskulina egenskaper och en "naturlig" kvinnlighet, som är formad utifrån ett maskulint ideal. Då den professionella situationen tycks vara präglad av ideal, normer och makthierarkier formade utifrån en länge manligt dominerad yrkeskår är det intressant att undersöka hur utbildningen av den professionella läkaren ser ut, vilken betydelse kön tillskrivs under läkarutbildningen samt hur genusperspektiv förts in och vad detta har inneburit.

Genusperspektiv i och på läkarutbildningen

Med den växande medicinska genusforskningen och det ökade antal studier som visat på köns betydelse för hälsa och sjukdom, i konsultationen och inom läkarprofessionen borde denna kunskap vara given och välförankrad inom läkarutbildningen. Samtidigt som behovet av ett genusperspektiv inom medicin, sjukvård och vårdvetenskap uppmärksammas inom forskningen har även nödvändigheten av att implementera genusaspekter och nyvunnen kunskap inom medicinsk utbildning påpekats (Hamberg, 2003a; 2003b; Hoffman et al., 2000; Phillips, 1995; 2002; Sen et al., 2007; Socialstyrelsen, 2004; Verdonk, Benschop, De Haes & Lagro-Janssen, 2008b; 2009). Parallellt med att genusforskningen började etableras som medicinskt forskningsområde inom de medicinska fakulteterna påbörjades även försök med att införa genusmoment på grundutbildningarna (Hamberg, 2003b; Lent & Bishop, 1998; Phillips, 1995; 2002; Verdonk, Mans & Lagro-Janssen, 2005; Wainer, 2003; Westerståhl, Andersson & Söderström, 2003b). Forskning och rapporter från sådana ansträngningar visar dock att arbetet inte alltid varit enkelt och stundtals stött på mycket motstånd (Hamberg & Johansson, 2006; Hammarström, 2003; Swahnberg, Lykke & Wijma, 2010; Verdonk et al., 2009; Wainer, 2003; Westerståhl et al., 2003b). Mycket av motståndet har att göra med synen på kunskap och det egna vetandet. Det handlar också om synen på professionen och läkarrollen som "neutral" och om attityder bland studenter, lärare och andra förebilder (Beagan, 2000; 2003; Holge-Hazelton & Malterud, 2009; Risberg et al. 2008; 2011; Wear, 1997). Denna kunskap, självbild och attityd förmedlas även i utbildningsplaner, kursplaner, i de exempel fall som används på utbildningen och i vad som avhandlas vid tentamenstill-

fällen. Allt detta finns inbegripet i vad som inom den medicinska utbildningsforskningen vanligtvis benämnts "the hidden curriculum" och som med åren tillskrivits allt större vikt (Hafferty, 1998; O'Sullivan, van Mook, Fewtrell & Wass, 2012; Phillips & Clarke, 2012).

Kollisioner, motstånd och utmaningar

Den medicinska vetenskapen har präglats av en tro om att den är objektiv och neutral (se exempelvis Haraway, 1991; Fausto-Sterling, 1992; Wear, 1997). Det finns starkt befästa naturvetenskapliga ideal där "objektiva" betraktelser och experiment anses ge "sann" kunskap om medicinska tillstånd. Kunskap ska vara "evidensbaserad" och helst uppnå "guldstandard" och i detta ligger också en värdering, som leder till att biomedicinska fakta har betraktas som primära och överordnade. Den medicinska genusforskningen däremot har kännetecknas av begrepps- och teoriutveckling, en tvärvetenskaplig ansats samt klinisk och praktisk anknytning. Således rymmer den till synes enkla sammansättningen av genus och medicin vad som Smirthwaite (2010) beskrivit som en "vetenskapsteoretisk stjärnsmäll". Kollisionen har gett upphov till stundtals livlig och uppfriskande debatt såväl som ömsesidig kritik. Medicinsk kunskap har av genusforskare bl.a. kritiserats för att vara övervägande positivistisk och normativ (Sandell, 2001; Wear, 1997) medan den akademiska medicinen anklagat genusforskningen för att vara bl.a. politisk och subjektiv (Risberg et al., 2011). Inom den akademiska medicinen har detta lett till att kvinno- och genusforskning har haft svårigheter att respekteras som ett vetenskapligt kompetensområde (Risberg et al., 2011; Wear, 1997).

Den traditionella uppfattningen om objektivitet och neutralitet präglar inte bara synen på kunskap inom medicinen, utan även läkaridealet. "Jag är bara en tjänsteman - neutral och könlös" uttrycker exempelvis en läkare i Risbergs (2008) enkät om genusfrågor. En annan studie visar hur läkarstudenter uppmuntras att tro att läkarens sociala klass, etnicitet, kön eller sexuella läggning inte har någon betydelse, som vare sig är eller borde vara relevant i patient-läkarinteraktionen (Beagan, 2000; 2003). Även i Erikssons (2003) tidigare nämnda avhandling finns många citat från läkare som präglas av föreställningarna om en könsneutral läkarprofession: "här spelar kön ingen roll" eller "som läkare är man bara läkare". Men Eriksson visar även hur talet om könsneutralitet och könets irrelevans under utbildningen och i läkarprofessionen samtidigt konstruerar kön och befäster

en syn på könen som olika. Det kan handla om att argumenten som används för att motbevisa könets betydelse i själva verket vänder sig mot en underförstådd genusordning eller förväntan, således fanns det visst ”tjejer som var duktiga” respektive ”killar som hade det svårt”. En läkare som fick frågan om kön hade betydelse under utbildningen svarade nekande och sade därefter emot sig själv genom yttrandet: ”jag tror snarast de kvinnliga kandidaterna blev gynnade”. Det kan också handla om att kön förlorar sitt förklaringsvärde när samma förhållningssätt tillskrivs en man och en kvinna, ”personligheten” eller ”individerna” betonas och det handlar om variationer inom könen istället för likheter mellan könen (Eriksson, 2003). Ur ett genusperspektiv skulle ovan beskrivna förhållningssätt kallas köns- och normblinda snarare än neutrala. Betydelsen av kön tonas ner, samtidigt som kön görs.

I en ny avhandling från Umeå universitet beskriver Lindberg (2012) den professionella socialiseringsprocess som präglar läkarutbildningen såväl som övergången mellan utbildning och arbete. Han beskriver läkarprofessionen som en av de mest inflytelserika i vårt samhälle, både på grund av sin ställning inom en sektor vars tjänster emellanåt blir nödvändiga för alla människor och eftersom den i stor utsträckning definierar vad som menas med profession och professionellt arbete (Eraut, 1994). Vidare beskriver Lindberg (2012) hur den professionella socialiseringen påverkas av långt mer än de formella läromiljöerna. Han har valt att utelämnat betydelsen av kön från sin diskussion med hänvisning till forskning som visat att kvinnor och etniska minoriteter inte längre är underrepresenterade på läkarutbildningen. Lindberg påpekar dock att studenter på läkarutbildningen i många aspekter redan är en socialiserad och homogen grupp, i vilken studenter från lägre socioekonomisk bakgrund är underrepresenterade (Beagan, 2005; Cliffordson & Askling, 2006; Mathers & Parry, 2009). Studier har visat att klass har inverkan på huruvida studenter i grundskolan ens överväger möjligheten att söka in till läkarutbildningen (Greenhalgh, Seyan & Bonton, 2004). Således tycks påverkan av förebilder och uppmuntran vara av stor vikt för att idén om att bli läkare ens ska uppkomma (McHarg, Mattick & Knight, 2007). Lindberg har använt Bourdieus teorier om habitus och kapital för att beskriva den kompetens som läkaren förväntas inneha och hur det i denna kompetens ingår såväl klinisk skicklighet som en förmåga att passa in (Bourdieu, 1998; Lindberg, 2012). Att läkarprofessionaliteten även inbegriper ideal som närmast rör personlighet framkommer i intervjuer med läkarstudenter och lärare. Den ideala läkaren är kunnig, disciplinerad, ödmjuk, empatisk, mogen,

stark, kan förstå stora sammanhang och är kritiskt tänkande, arbetar hårt, är en god ledare, är flexibel och öppen för ett livslångt lärande (Lindberg, 2012).

Såväl den traditionella synen på kunskap som det neutrala och eftersträvansvärda läkaridealet har betydelse för attityder och värderingar inför genusfrågor inom lärandemiljön. Läkarstudenterna blir under sin utbildning socialiserade in i en yrkesroll som läkare. I denna yrkesroll ingår också en syn på kunskap vilket skapar attityder kring hur kön, genus och medicin hänger ihop (Beagan, 2000; Norstedt & Davies, 2003). Därmed har vikten av att undersöka attityder och värderingar hos lärare såväl som studenter ofta betonats inom den medicinska forskningen. Detta anses ha stort inflytande på implementeringsprocessen och hur framgångsrik den blir (Johansson & Hamberg, 2007; Risberg et al., 2008; Verdonk et al., 2009).

Attityder och värderingar inom lärandemiljön

I en studie av genusmedvetenhet hos lärare och kliniska handledare skattade kvinnliga lärare/kliniker könstillhörighetens betydelse i professionella sammanhang högre än manliga lärare/kliniker (Risberg et al., 2003a; 2003b). Andra studier av attityder hos kursansvariga visade att det yttersta ansvaret för att könsfrågan ska lyftas alltid landar på kvinnorna. Kvinnor stod för inspirationen till och introduktionen av genusfrågor i medicinsk utbildning, såväl vetenskapligt som praktiskt (Verdonk et al., 2008b; Westerståhl, 2003b). Att genusfrågor ses som kvinnofrågor är inte förvånande. Det speglar återigen mannens position som norm och därmed könlös i vårt samhälle. Det får dock betydelse för genusperspektivet i utbildningen som måste vara allas ansvar för att kunna nå ut till och verka relevant för både kvinnliga och manliga studenter. (Risberg et al. 2003a; 2003b; Westerståhl, 2003b).

Hamberg och Johansson (2006) visade i en studie av läkarstudenters attityder till genusundervisning att en majoritet av studenterna tyckte att kunskap om genus var ett relevant och viktigt inslag i medicinsk utbildning, medan en grupp studenter uttryckte en tveksamhet. Vissa gav även uttryck för ett motstånd och negativa åsikter mot ämnet. De kvinnliga studenterna återfanns oftast inom den grupp som tyckte att undervisningen var viktig och intressant. De bidrog också ofta med personliga reflektioner. När de manliga studenterna uttryckte intresse var detta mer av intellektuell karaktär och de flesta manliga studenterna ut-

tryckte vissa tvivel. Samtidigt som de var positiva reducerade de könets signifikans. I den gruppen som var mest negativ och tyckte att genusundervisningen var ”irrelevant och irriterande” ifrågasattes lärarnas kompetens och genusvetenskap som kunskapsområde. I denna grupp var de flesta studenterna män. Att negativa attityder framförallt finns hos manliga studenter återkommer även i flera andra studier (Verdonk, Benschop, De Haes & Lagro-Janssen, 2008a; Wainer, 2003; Westerståhl, 2003b). För att möta det motstånd dessa negativa attityder kan utgöra har forskning visat på behovet av att åstadkomma ”rätt klimat”. Att inte hamna i en situation där någon/några pekas ut som offer respektive förövare. Dessutom påtalas vikten av att genusfrågor tydligt måste inkludera mäns liv och exempelvis maskuliniteters inverkan på hälsa och sjukdom (Hamberg & Johansson, 2006; Nilsson, Fahmy & Ponzer, 2000). För att möta upp det motstånd som ifrågasätter vetenskapligheten i genusperspektivet har det varit viktigt att medicinsk genusforskning synliggörs som kunskapsområde i läkarutbildningens mål, kursplaner, på scheman, i undervisningsmaterial och vid examinationer (Hamberg & Johansson, 2006; Swahnberg et al., 2010).

Med genusmedvetenhet på schemat

Även om forskningsrapporter och politiska dokument pekar på att ett genusperspektiv i medicinsk utbildning är nödvändigt för att säkerställa en framtida jämställd, rättvis och upplyst vård för män och kvinnor genom ökad genusmedvetenheten hos framtidens läkare tycks utvecklingen gå trögt (Sen et al., 2007; Socialstyrelsen, 2004). I de flesta länder och medicinska utbildningar har processen att inkludera genusaspekter i utbildningsplaner och mål bara påbörjats eller inte ens startat. I forskningen om sådana ansträngningar dominerar rapporter från Sverige, Nederländerna, Kanada och Australien (Hamberg, 2003b; Phillips, 2002; Verdonk et al., 2008b; Wainer, 2003). Den svenska utbildningen kan utifrån ett internationellt perspektiv anses vara i frontlinjen när det kommer till implementeringen av genusfrågor. Orsaken är säkert delvis att behovet av ett genusperspektiv inom medicinsk utbildning erkänts på regeringsnivå. Den svenska regeringen har dessutom initierat flera utvärderingar av genus i medicinsk utbildning, vilket även haft effekt på lokal nivå i universitetens policys (Swahnberg et al., 2010). I en enkätstudie som genomfördes av Socialstyrelsen och Högskoleverket, för att få en översiktlig bild av närvaron av genusperspektiv i läkarutbildningen, visades att ”goda ambitioner” fanns vid i princip samtliga utbildningsorter. Mycket arbete kvarstod dock. Samtliga lärosäten uppgav att de vidtagit åtgärder för att

integrera genusperspektivet i utbildningarna, men detta skedde på olika sätt och i varierande grad (Socialstyrelsen, 2004). Andra analyser av vilken genusundervisning den svenska läkarutbildningen erbjuder i praktiken visar att medvetenheten om genusperspektiv var dålig och tillämpningen eftersatt. Genusperspektivet var begränsat och hade främst en biologisk inriktning. När mer komplexa aspekter beaktades berodde det på föreläsarnas intressen och inte på kursplanen. Kunskap saknades om genussystemet och särskilt eftersatt var förståelsen av makt (Hamberg, 2003b; Norstedt & Davies, 2003). Men vad är då detta *genusperspektiv* som ska prägla läkarutbildningen och vad innehåller den *genusmedvetenhet* som efterfrågas hos studenterna? Vid genomgång av forskning, policydokument och utbildningsplaner framgår att dessa två begrepps betydelse och innehåll kan variera. Men i och med att dessa två kompetenser efterfrågats på läkarutbildningen känns det viktigt att jag redogör för de definitioner och den teoretiska förförståelse som jag utgått ifrån i denna avhandling.

Ett behov som tydligt framträder när genusteorier, som har sitt ursprung inom humaniora och samhällsvetenskap, ska appliceras inom medicinen är att den klassiska uppdelningen i socialt och biologiskt ofta är ogörlig, samt att biologins betydelse inte kan förbises. Katarina Hamberg (2003a) förklarade i sin artikel i Läkartidningen att ett genusperspektiv på läkarutbildningen bör innebära att kön betraktas med "helhetssyn" och att män och kvinnor ses som biologiska, men samtidigt sociala och kulturella varelser. Genusperspektiv inom medicin handlar således, enligt Hamberg, om kön och genus, om biologi, om sociala villkor, om patienter, om läkare, om konsultationer, bemötande, handläggning, om arbetsvillkor och karriär. Swahnberg, Lykke och Wijma (2010) nämner i sin beskrivning av genusundervisning på läkarutbildningen hur vetenskapsteori, filosofi och genusteori bör vara en naturlig del av innehållet i ämnet genus. Men också den långa tradition av vetenskapskritik som finns inom genusforskningen. Läkarstudenterna bör även ges kunskap om hur genus och livsvillkor samt hur underrespektive överordning är kopplade till ohälsa/sjukdom och bemötande. I Risbergs (2004) definition av genusmedvetenhet nämns såväl kännedom om genusordningen som medvetenhet om könsskapande processer och könade förväntningar/normer i professionella relationer. Följaktligen rymmer genusmedvetenheten i Risbergs definition såväl en strukturell som konstruktivistisk förståelse av kön. Dessutom bör den, enligt Risberg, innehålla en förståelse av de mekanismer som kan tänkas orsaka skevhet eller orättvisor inom vården. Det vill säga de olika förhållningssätt, som jag tidigare beskrivit i avsnittet om genusbias.

I denna avhandling utgår jag från dessa tre definitioner, men eftersom jag anser att kunskaper både i genusämnet och om genusmedvetenhet bör inkluderas i ett genusperspektiv sammanfogas dessa i en sammanhållen definition. Jag kommer även att inkludera makt i detta perspektiv. Jag använder mig då av Haavinds (1992) beskrivning. Utifrån det teoretiska ramverk, som jag redogjort för tidigare, anser jag att ett genusperspektiv där kön betraktas med helhetssyn också bör erbjuda medvetenhet om alla de processer som ingår i denna helhet, d.v.s. att kön/genus är någonting som görs, att detta görande påverkas av och får betydelse på flera olika nivåer. Vidare ingår i genusperspektivet en medvetenhet om normer beträffande kön, normalitet, sexualitet, etnicitet, klass och ålder. Men också förmågan att reflektera över normers innebörder och konsekvenser på såväl en individuell som en strukturell nivå. I medvetenheten om normers olika innebörder ingår även en förståelse av makt och den privilegierade normens rätt att benämna och definiera (exempelvis vad som är vetenskap, kunskap eller sjukdom), tillgång till information och kontakter samt möjlighet att kontrollera, påverka och fatta beslut. Ett genusperspektiv bör även innehålla kännedom om de vetenskapsteoretiska grunder, som möjliggör ett kritiskt och reflexivt förhållningssätt till kunskap och den egna kunskapsproduktionen.

För att det kunskapsområde som medicinsk genusforskning representerar ska bli en del av läkarutbildningen och de blivande läkarna ska kunna tillämpa ett genusperspektiv och utveckla en genusmedvetenhet diskuteras främst två tänkbara strategier: antingen att kön och genusaspekter undervisas i separata kurser eller att genusundervisning integreras i befintlig utbildning (Hamberg, 2003b; Verdonk et al., 2009). De fördelar som finns med att ha genusundervisning inom en separat kurs är att medicinsk genusforskning skulle synliggöras som kunskapsområde, att speciellt intresserade, kunniga och kompetenta lärare skulle kunna ansvara för undervisningen och att kunskaperna skulle kunna examineras. Det blir dock svårt att inom en sådan kurs kunna täcka alla områden där genuskunskap är relevant. Kursen skulle dessutom riskera att utskilja sig för mycket från annan undervisning eller få lågt anseende. Det finns även en risk att kursen och följaktligen också kunskaperna, perspektivet och medvetenheten, skulle bli en valbar kurs för särskilt intresserade. Det starkaste argumentet för integrering är kanske just att detta är kunskaper som är relevanta för alla och i allt vardagligt läkararbete (Hoffman et al., 2000; Hamberg, 2003a; Phillips, 2002; Verdonk et al., 2009b). En nyligt gjord granskning av genusperspektivet vid de svenska lärosätena visar att den oftast valda strategin verkar vara att sprida ut genusun-

dervisningen över alla terminer och att integrera den i befintlig undervisning (Moderna läkare/Appendix, 2012). Men hur märks detta då i utbildningsplaner, mål, kurslitteratur och undervisningsmaterial i dagens svenska läkarutbildning?

Kön och genus i läkarutbildningens utbildningsplaner

Läkarutbildningens inriktning och utformning kan variera något mellan olika utbildningsorter, men samtliga utbildningsprogram förhåller sig till de nationella mål och riktlinjer som utformats av Högskoleverket (Högskolelagen, Allmänna mål; Högskoleförordningen, Nationella lärandemålen för läkarexamen). Läkarutbildningen innehåller teoretiska kurser i medicin och biomedicin samt ett antal kliniska placeringar, som upptar en betydande del av studietiden. Under utbildningen ges enbart betygsstegen icke-godkänd respektive godkänd. Alla studenter som fullföljer utbildningen får således likadana examensbevis.

Vad gäller genusperspektivets synlighet i och inverkan på utbildningsplanerna så nämns varken kön eller genus i de nationella målen för läkarexamen. De nationella kunskapsmålen är uppdelade i tre olika områden: "Kunskap och förståelse", "Färdighet och förmåga" och "Värderingsförmåga och förhållningssätt" (Högskoleförordningen, Nationella lärandemålen för läkarexamen). Jag kommer nu att ge några exempel på kunskapsmål inom samtliga av dessa områden för att lyfta fram några exempel där ett genusperspektiv skulle kunna tillämpas.

Efter genomgången utbildning ska läkarstudenterna kunna visa förståelse för de förhållanden i samhället som påverkar hälsan för olika grupper och individer. De ska även kunna bedöma komplexa företeelser, frågeställningar och situationer. Färdigutbildade läkare ska kunna diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar samt kritiskt granska, bedöma och använda relevant information. De ska kunna genomföra förbättringsarbete samt utvärdera medicinsk behandlingsverksamhet. Förbättringsarbete såväl som hälsofrämjande och förebyggande arbete återkommer även som önskvärda färdigheter och förmågor. Dessutom betonas förmågan till lagarbete och vikten av att kunna samarbeta med andra yrkesgrupper. Beträffande önskvärda värderingar och förhållningssätt förväntas läkarstudenterna tillämpa en helhetssyn på patienten, särskilt beakta de mänskliga rättigheterna och även visa självkänedom och empatisk förmåga (Högskoleförordningen, Nationella lärandemålen för läkarexamen).

Inom de lokala målen från de sju lärosäten som i dagsläget erbjuder läkarutbildning (Göteborgs universitet, Karolinska Institutet i Stockholm, Linköpings universitet, Lunds universitet, Uppsala universitet, Umeå universitet och Örebro universitet) utmärker sig Umeå, Linköping, Karolinska Institutet och Göteborg. Dessa lärosäten använder ordet genus för att synliggöra ett efterfrågat kunskapsområde och en önskvärd kompetens efter genomgången läkarutbildning.

Vid Umeå universitet skriver man att studenten ska *”visa kunskap om och förståelse för genus betydelse i vården och professionen”* (Lokala mål, utöver de nationella, för läkarprogrammet vid Umeå universitet). Efter sin utbildning i Linköping ska studenterna *”ha uppnått en genusmedvetenhet som kommer till uttryck i det framtida yrkesutövandet”* (Lokala mål, Hälsouniversitetet i Linköping). Vid läkarprogrammet i Göteborg utgör genus tillsammans med mänskliga rättigheter ett av fem kärnområden, som beskrivs i de lokala riktlinjerna. Studenterna ska kunna *”förklara vad ett genusperspektiv innebär i vården”* och även analysera och diskutera bemötande av patienter och närstående ur olika människorättsperspektiv, däribland genusperspektivet. De förväntas även behandla alla patienter, anhöriga och medarbetare med samma respekt för deras lika värde och rättigheter (Lokala mål, Göteborgs universitet). Människors lika värde återkommer även i Karolinska Institutets lokala mål, där ordet genus nämns som en önskvärd professionell värdering. Efter genomgången utbildning ska studenterna: *”dela en allmän värdegrund om människors jämställdhet ur ett genus-, etniskt och kulturellt perspektiv, känna sina egna värderingar och attityder väl, och hur dessa kan påverka det egna beteendet i samspel med patienter, närstående och vårdpersonal”* (Lokala mål, Karolinska Institutet). I de lokala målen för universiteten i Uppsala (Lokala mål, Uppsala universitet), Örebro (Lokala mål, Örebro universitet) och Lund (Lokala mål, Lunds universitet) nämns inte ordet kön eller genus. Däremot förekommer formuleringar om *”professionellt förhållningssätt”, ”humanistisk grundsyn”, ”medveten värdegrund”, ”adekvata attityder samt beteenden”, ”självkänedom och beredskap för förändring”* och *”förmåga att diskutera fenomen i varierande perspektiv”*. Det framgår alltså inte explicit om genus alls inkluderas och beaktas i dessa.

Genusperspektiv i undervisningsmaterial och fallbeskrivningar

Flera granskningar av kurslitteratur inom olika ämnen på läkarutbildningen tyder på såväl bristande genusperspektiv som problematisk könsblindhet och

manlig norm (Alexandersson, Wingren & Rosdahl, 1998; Dijkstra, Verdonk & Lagro-Janssen, 2008). Kurslitteraturen ger generellt mindre uppmärksamhet till kvinnligt dominerade sjukdomar, dessutom osynliggörs könsrelaterade variationer vid olika tillstånd. De tillfällen skillnader mellan könen framträder var i avsnitt som rör reproduktion respektive epidemiologi (Alexandersson et al., 1998; Dijkstra et al., 2008). Medicinska läroböcker presenterar även flera exempel där beskrivningarna av den könade patienten blir närmast stereotypa (Dijkstra et al., 2008). Att de exempel som används i undervisningen är viktiga både för de kunskaper som förvärvas och de föreställningar som förmedlas har beskrivits i flera studier (Hamberg & Larsson, 2009; Mac Leod, 2011; Phillips, 1997; Turbes, Krebs & Axtell, 2002). En kanadensisk kvalitativ studie av undervisning, som utgick från patientfall, visade att dessa riskerade att underminera intentionen med en patientcentrerad undervisning om utformningen vad slarvig eller oreflekterad (Mac Leod, 2011). Mac Leod (2011) nämner exempelvis den ”stereotypa patienten” där detaljer om patientens identitet eller sammanhang, som annars vanligtvis utelämnas ur beskrivningar av patientfall, målar upp ett stereotypt eller rentav fördomsfullt samband mellan person och besvär. En amerikansk studie visar på ett liknande mönster; patienten placerades sällan i någon kontext och gavs inte heller några egenskaper. När exempelvis sexuell läggning nämndes skedde det tillsammans med HIV eller infektioner. När etnicitet nämndes handlade det exempelvis om ovanliga genetiska sjukdomar (Turbes et al., 2002). En granskning av de patientfall som användes i undervisningen vid Umeå universitet för några år sedan visade att genusperspektivet behövde förstärkas och utvecklas. Antalet män och kvinnor var jämnt fördelat och beskrivningarna av kvinnliga och manliga patienter likvärdiga. Men de sociala förhållandena beskrevs mestadels knapphändigt eller inte alls. Endast fyra av totalt 257 fall hade som en partiell huvudmålsättning att belysa genus. Sex stycken fall berörde genus som en delaspekt (Hamberg & Larsson 2009).

I det ovanstående har det beskrivits hur utbildningsmål, kursplaner, litteratur och patient-case förmedlar attityder och värderingar. Detta har varit viktiga undersökningsområden när genusforskningen etablerat sig på de medicinska fakulteterna. Att mycket arbete återstår framgår tydligt enbart genom den korta genomgång, som gjorts i det ovanstående. Vidare, finns det forskning som visar att kön spelar roll för hur studenterna upplever den kliniska praktiken (Barbaria, Abedin, Berg & Nunez-Smith, 2012; Bickel 2001). Kvinnliga studenter uppger sig i studier vara mer stressade (Cohen & Patten, 2005; Collier, McCue, Markus

& Smith, 2002; Dahlin, Fjell & Runeson, 2010), men det är också vanligare att kvinnliga studenter upplever och rapporterar om sexuella trakasserier (Barbaria et al., 2012; Bickel, 2001; Larsson, Hensing & Allebeck, 2003; Stratton, McLaughlin, Witte, Fosson & Nora, 2005). Lemp och Seale (2004) har i sina studier av kulturen inom läkarutbildningen beskrivit förekomsten av lärande genom förnedring och skam. Jaye, Egan och Parker (2006) skriver om hur det i socialiseringsprocessen ingår såväl osäkerhet, oklarhet som dubbla budskap kring den professionella läkaridentiteten. Kvinnliga studenter lär sig under sin utbildning mer om betydelsen av kön, men också hur de ska anpassa sig i den rådande kulturen och utvecklar (o)medvetna strategier för hur de bör bete sig och klä sig för att kunna hantera och neutralisera sin situation (Beagan, 2000). De ovan nämnda exemplen tyder på att kön även har betydelse för vad som inom forskningen benämnts som den dolda eller den oavsedda läroplanen och i de socialiseringsprocesser som ingår i utvecklandet av läkarprofessionaliteten.

Genus i medicinsk utbildning: kontextualisering av exemplen Umeå och Nijmegen

Det står klart att läkarutbildningen internationellt står inför många utmaningar när ett genusperspektiv ska integreras. Tidigare i denna inledning poängterade jag kontextens betydelse för kulturella föreställningar, attityder, värderingar. Jag har därför medvetet betonat de forskningsrapporter och lägesbeskrivningar som finns från svensk läkarutbildning. För att förstå båda leden av detta sammanhang känns det angeläget att även redogöra för min förförståelse av den svenska kontexten.

Sverige har en stark ställning internationellt när det kommer till genusfrågor och framförallt frågor rörande jämställdhet mellan kvinnor och män. Jämställdhet har en given position på agendan i den etablerade politiken, på kollektiv såväl som på individuell nivå (Rönblom, 2008). De flesta tycks vara rörande överens om att jämställdhet är viktigt. Något som innebär att det ses som politiskt korrekt att vara ”för” jämställdhet. Samtidigt är det tydligt att vad som egentligen menas med jämställdhet i offentliga dokument är mycket varierande. Som politiskt mål är jämställdhet någonting som produceras och fylls med mening. Det är inte säkert att det är ett självklart mål, som alla kan hålla med om (Rönblom, 2008). Det finns än mindre samstämmighet om vad dessa kollektiva värderingar ska innebära på individuell nivå och i den dagliga praktiken (Magnusson, 2008). Den

politiska samstämmigheten är tillräckligt vag för att öppna upp utrymmet för många betydelser och tolkningar av genus och jämställdhet, såväl som sambandet mellan dessa begrepp (Magnusson, 2008).

Berggren och Trädgårdh (2009) menar i boken *”Är svensken människa? Gemenskap och oberoende i det moderna Sverige”* att svensk politik och i synnerhet den svenska välfärdsstaten inneburit att medborgarna erbjudits maximal frigörelse från traditionella gemenskapsband, utan att för den sakens skull äventyra ordningen i samhället. Det svenska samhällskontraktet har i sig kommit att uppfattas som ett uttryck för solidaritet och omtanke människor emellan, vilket möjliggjort den stundtals extrema individualism, som de menar utmärker det svenska samhället. Sammantaget kan detta resonemang erbjuda en förklaring till att det bland svenska läkare, trots aktuell statistik som visat motsatsen (se exempelvis Statistiska centralbyråns [SCB] På tal om kvinnor och män, Lathund om jämställdhet, 2010 och SCB, Statistikdatabasen, för aktuell lönestatistik), kan finnas en kollektiv uppfattning om att jämställdhet i stort sett är uppnådd, inte är något problem på arbetsplatsen och att eventuella problem har att göra med individer (Pingel et al., 2009).

Inom ramen för denna avhandling kommer kontextens betydelse även att belysas genom en jämförelse av läkarstudenters medvetenhet, attityder och värderingar i Sverige och Nederländerna. Med anledning av detta kommer jag avslutningsvis att göra en kort beskrivning av beröringspunkter och skillnader mellan den svenska respektive nederländska medicinska utbildningskontexten.

Tidigare nämndes att Sverige kan anses vara i frontlinjen internationellt när det kommer till genusfrågor i medicinsk utbildning, men även i Nederländerna har en liknande utveckling skett och processerna har många paralleller. Nederländska Hälsoministeriet initierade 2002 ett nationellt projekt för att implementera genusfrågor i medicinska utbildningar. Utvecklingen i de bägge länderna skedde således ungefär samtidigt och på respektive regeringars initiativ (Hamberg, 2003a; 2003b; Verdonk et al, 2005). Det som gör jämförelsen mellan Umeå och Nijmegen, Sverige och Nederländerna ytterligare intressant är att, även om processen beträffande integreringen av genusfrågor vid läkarutbildningen varit liknande och löpt parallellt i dessa två länder, så ser genusrelationerna i respektive länder väldigt olika ut (Evertsson et al., 2009; Verdonk, de Rijk, Klinge & de Vries, 2008c; Visser, 2002). Den tydligaste genusstrukturella skillnaden mellan

Sverige och Nederländerna är fördelningen av betalt och obetalt arbete/hushålls-sysslor mellan kvinnor och män. Även om policys på nationell nivå i Nederländerna förespråkar en familjestruktur med två arbetande vuxna med delat försörjningsansvar verkar den Nederländska heterosexuella majoriteten och normen inom populationen föredra en ”en och en halv modell” där kvinnan jobbar deltid och mannen heltid (Verdonk et al., 2008c). Till följd av detta arbetar majoriteten kvinnor deltid för att kunna kombinera arbetet med huvudansvar för hem och omsorg om familj. En situation som orsakar en ofördelaktig position på arbetsmarknaden för nederländska kvinnor (Evertsson et al, 2009; Visser, 2002). I Sverige är andelen kvinnor på arbetsmarknaden nästan lika stor som andelen män - 81% jämfört med 88%. Majoriteten av både kvinnor och män arbetar heltid (SCB, 2010). Detta har framförallt möjliggjorts av en välutbyggd och statligt subventionerad barnomsorg samt en förmånlig föräldraförsäkring (Evertsson et al., 2009). Kvinnor spenderar dock, totalt sett, lika mycket tid på obetalt arbete i hemmet som på betalt arbete. Män däremot arbetar dubbelt så mycket betalt som obetalt. Vidare visar jämförelser av medellönen i de tio största inkomstgrupperna fortfarande ett genomgående mönster av att män tjänar mer än kvinnor (SCB, 2010), samma mönster ses vid specifik jämförelse av kvinnliga och manliga läkares löner inom landstings- respektive kommunal sektor (SCB. Statistikdatabasen, aktuell lönestatistik).

Då kön på en strukturell nivå och kulturella föreställningar om kön upprätthåller varandra och även påverkar hur kön görs blir det således intressant att jämföra läkarstudenter i dessa två länder. Jag ville inom ramen för denna avhandling utforska vad dessa tydliga strukturella skillnader dels innebar för läkarstudenternas kännedom och mottaglighet för skillnader och likheter mellan kvinnor och män, dels stereotypa idéer gentemot kvinnliga och manliga patienter och läkare.

Summering och fortsatt disposition

Jag har i denna inledning beskrivit hur kön görs i sociala relationer. Hur detta görande är kopplat till och konstituerande för kulturella föreställningar om kvinnor och män. Denna teoretiska förståelse av kön har därefter placerats och applicerats på ett flertal olika sammanhang, som alla har stor betydelse för de framtida läkare som den här avhandlingen studerar. Nämligen, relationen mellan patienter och läkare, processer av genusbias inom vården, läkarprofessionens

könade ideal och implementeringen av genusperspektiv på läkarutbildningen. I det avsnitt som nu följer kommer avhandlingens syfte och frågeställningar att presenteras översiktligt. Därefter beskrivs de metoder som använts i avhandlingens delstudier. Efter metodpresentationen redovisas de resultat som studierna genererat. Kappan avslutas därefter med kapitlet ”Genusgörande och läkarblivande”. Detta innehåller dels en metoddiskussion, dels en resonerande analys av valda delar av delarbetenas resultat utifrån det teoretiska ramverk och de kontexter som diskuterats i denna inledning.

Syfte och frågeställningar

Övergripande syfte

Det övergripande syftet med avhandlingsarbetet är att belysa attityder, föreställningar och förväntningar om kön bland läkarstudenter under utbildning i Sverige och i viss mån även i Nederländerna. Ett närliggande syfte är att genom fokusering av läkarutbildningen skapa kunskap om de processer som orsakar genusbias inom vården.

Specifika frågeställningar

1. Går det att identifiera patienters kön i anonymiserade berättelser? Finns det något samband mellan studenters kön och/eller patienters kön för bedömningen? (Delarbete I)
2. Vad i breven vägledde läkarstudenter av när de försökte identifiera patienters kön? Vilka föreställningar har läkarstudenter om kvinnliga och manliga patienter? Hjälper dessa föreställningar studenterna att korrekt ange patientens kön? (Delarbete II)
3. Vilka tankar har manliga och kvinnliga läkarstudenter kring sin framtida yrkesroll tidigt respektive sent i utbildningen? Hur kan eventuella kontinuiteter och förändringar förstås i relation till gjorda erfarenheter under utbildningen? (Delarbete III)
4. Vilka attityder till genus betydelse och genusstereotyper gentemot patienter och läkare har kvinnliga och manliga läkarstudenter i Nederländerna och Sverige? (Delarbete IV)

Metod

Avhandlingens fyra delarbeten baserar sig på data från två studier. En experimentell studie utgående från patienters brev samt en omfattande enkätstudie, som utförts i samarbete med en forskargrupp på läkarutbildningen vid Radboud Universiteit Nijmegen i Nederländerna. Båda dessa studier hade en design som möjliggjorde såväl kvalitativ som kvantitativ analys. De olika metoderna kombinerades i flera delarbeten. I delarbete I utfördes först en kvantitativ analys och sedan en kvalitativ analys för att ge de kvantitativa resultaten ytterligare djup. I delarbete II och III användes kvalitativ metod för att upprätta de analyskategorier, som därefter analyserades kvantitativt. Delarbete IV använder enbart kvantitativ metod.

För att beskriva den teoretiska bakgrunden och tillvägagångssättet vid kombinerandet av kvantitativ och kvalitativ metod kommer jag inledningsvis att ge en övergripande beskrivning av metodernas likheter och skillnader samt beskriva hur de kan kombineras genom mixed methods (Tashakkori & Teddlie, 2003). Sedan följer en redogörelse av de metoder, som använts i denna avhandling samt avvägningarna bakom metodvalet. Då brevstudien och enkätstudien ligger till grund för två delarbeten vardera var parvis design, datainsamling och deltagare i utgångsläget samma. För att förhindra upprepning kommer jag att först redovisa brevstudien och enkätstudien övergripande för att sedan att specificera hur de använts i respektive delarbete. Avsnittet avslutas med en redogörelse av etiska tillstånd och överväganden gällande samtliga studier.

Mixed methods

Kvalitativa metoder brukar beskrivas som explorativa och hypotesgenererande. De anses särskilt lämpade för att studera delvis okända problem och ha potentialen att fånga både det specifika och individuell variation (Malterud, 1998). De kvantitativa metoderna är istället bekräftande och hypotestestande. De beskriver ett problem genom att kvantifiera och finna samband, räknar ut procentandelar, beskriver omfattning, undersöker orsakssamband och säkerställer fynd statistiskt (Malterud, 1998). Utifrån ett vetenskapshistoriskt perspektiv kan dessa metoder sägas tillhöra olika paradig, inom vilka det finns olika forskningstraditioner, definitioner, styrkor och svagheter. Då utvecklingen av kvalitativa metoder kan

förstås som en reaktion, som till stor del skedde i opposition, till kvantitativa metoder har det således funnits mer eller mindre uttalade motsättningar mellan förespråkare för de olika traditionerna (Tashakkori & Teddlie, 2003).

Mixed methods kan sägas vara ytterligare en modell, som framförallt definierats och utvecklats under det senaste årtiondet. Mixen består i att kvalitativ och kvantitativ metod kombineras. Egentligen är detta inte någon nyhet, de olika metodernas styrkor, svagheter och lämplighet att angripa och undersöka en frågeformulering från olika vinklar, har gjort att forskare försökt kombinera kvantitativa och kvalitativa metoder länge. Men i och med att det från 1970 till 1990-talet, under vad som beskrivits som paradigmkriget, emellanåt framstod och beskrevs som en omöjlig kombination formulerades kombinationen som en egen metod (Lincoln & Guba, 1985; Gage, 1989; Tashakkori & Teddlie, 2003). Även om en stor del av motsättningarna mellan förespråkare för kvantitativa respektive kvalitativa metoder ofta utspelat sig på ett filosofiskt plan, som bland annat handlat om kunskapssyn, har kritiken ofta varit mer konkret och rört frågor om exempelvis metoders reliabilitet eller validitet. Dessa diskussioner har fört med sig att mixed methods framträtt som en mellanväg, vilken möjliggör ett förenande av styrkor från båda synsätt.

Denna modell utmanar således enligt Tashakkori och Teddlie (2003) motsättningar mellan olika paradigm, mellan kvantitativ och kvalitativ forskning såväl som mellan positivism och konstruktivism. Det erbjuder möjligheten att studera såväl bredd som djup inom samma studie. Till exempel genom att illustrera statistiska enkätresultat med citat från analys av öppna frågor. Genom att kombinera metoder med olika styrkor och svagheter blir det även möjligt att svara på frågor som metoderna var för sig inte kan. Det öppnar exempelvis för att dra slutsatser om samband utan att använda på förhand fixerade kategorier. Hypoteser kan genereras och testas inom samma studie. Utforskande och teoribildande kan ske parallellt. Det går att, inom samma studie, konfirmera en kvantitativt utformad hypotes och kvalitativt utforska djupare processer genom vilket sambandet uppkommit.

Eftersom jag i denna avhandling ville undersöka såväl samband som delvis okända och eventuellt sambandsskapande processer samt försöka fånga en sammansatt bild såväl som en komplexitet har jag valt att använda mig av mixed methods.

Brevstudien: delarbete I & II

Studien utgår ifrån brev skrivna av patienter med nyligen diagnostiserad cancer. Breven samlades in konsekutivt vid den onkologiska kliniken i Umeå under senare delen av nittioalet. Genom det lokala cancerregistret identifierades samtliga patienter i åldrarna 18-70 år, som under en femmånadersperiod hade fått en cancerdiagnos. Patienterna kontaktades brevlades och ombads skriva ner sin berättelse: hur de fått sitt cancerbesked, vad doktorn sagt, hur de reagerat, hur det kändes efteråt samt vad som var bra respektive dåligt. Ursprungligen insamlades berättelserna med syftet att belysa patienters upplevelser av bemötandet i samband med att de fick sin cancerdiagnos (Salander, 2002). Samma berättelser analyserades senare i en studie där eventuella skillnader i mäns och kvinnors berättelser undersöktes (Salander & Hamberg, 2005). Då denna senare analys utfördes med vetskap om vilket kön patienten hade fanns en risk att detta påverkade såväl läsning som tolkning av breven. Därför utvecklade vi en postdiktionsstudie där syftet var att undersöka hur breven bedömdes om patientens kön var okänt. Vi ville med denna studie försöka besvara följande frågeställningar: var det möjligt att identifiera patienters kön bara utifrån brevet och vad var det i breven som studenterna vägledades av när de försökte göra detta?

Inför denna postdiktionsstudie uteslöts alla brev som rörde bröstcancer då denna patientgrupp ansågs ha annorlunda upplevelser än gruppen som helhet, t.ex. ett tydligt planlagt behandlingsschema. Resterande brev skrevs rent på dator och alla namn, platser och datum ändrades systematiskt för att patienter, läkare och övriga berörda inte skulle gå att identifiera. Dessutom togs information som avslöjade patientens kön bort eller ändrades. Exempelvis ändrades orden man/make samt hustru/maka genomgående till sambo. Orden mamma eller pappa byttes mot förälder. Hänvisningar till specifika kliniker, såsom kvinnokliniken eller urologen, detaljerade beskrivningar av exempelvis gynekologiska symptom, prostata symptom eller kirurgiska procedurer gjordes mer ospecifika om de ansågs ge ledtrådar om patientens kön. För övrigt ändrades så lite som möjligt i texterna. Förkortningar och stavfel fick bestå som patienten skrivit i originalbrevet. Studien innehöll totalt 81 brev, 42 skrivna av män och 39 av kvinnor.

Datainsamling

Studien genomfördes vid sammanlagt fem tillfällen under höstterminen 2005. En pilotstudie genomförd under vårterminen 2005 visade att genomläsning av

alla brev var mycket tidskrävande, samt att läsaren tenderade att vara betydligt noggrannare i början. Därför fördelades deltagarna i två grupper, A och B, som vardera läste hälften av breven. Ordningen på breven varierades. Vid gruppindelningen eftersträvades en jämn fördelning av deltagare till antal och kön. För ytterligare beskrivning av deltagargruppen samt gruppindelningen hänvisas till artikel I Tabell I.

Deltagarna informerades om att studien var baserad på autentiska, men bearbetade brev skrivna av cancerpatienter. De svarade inledningsvis på några frågor om sig själva och läste därefter de brev som tillhörde deras testgrupp. Efter varje brev de läst följde tre uppgifter: att ange patientens kön, skatta hur säkra de kände sig i sitt val (säker, ganska säker, ganska osäker, osäker) samt ge en fritt formulerad och kort motivering till sitt val av kön. Deltagarna instruerades att läsa igenom texten snabbt och gå på första intrycket, samt att bestämma sig för ett alternativ även om de var osäkra. Istället för att utgå från på förhand konstruerade och fixerade kategorier ville vi på detta vis få del av deltagarnas fritt formulerade motiveringar. Att studenterna uppmanades läsa snabbt, gå på första intrycket och gissa även om de var osäkra var ett försök att efterlikna den automatiska kategorisering, som sker i vårdens vardagliga möten. Vi ville dessutom undvika att studenterna relativiserade och nyanserade sina svar alltför mycket.

Deltagare

Deltagarna var totalt 130 stycken frivilliga läkar- och psykologstudenter vid Umeå universitet, 87 läkarstudenter och 43 psykologstudenter. De var i åldrarna 18-42 år ($M=24,4$); 45 var män och 85 kvinnor.

I delarbete I som undersökte huruvida det var möjligt för studenterna att identifiera patienternas kön analyserades resultaten från alla deltagare. Då detta framförallt var en kvantitativ studie var en stor deltagargrupp en tydlig styrka. Storleken på gruppen möjliggjorde jämförelse mellan exempelvis manliga och kvinnliga deltagares svar samt jämförelse av svar för olika brev. I delarbete II uteslöts psykologstudenternas svar från analysen. I och med att syftet var en fördjupad granskning av de motiveringar, som var knutna till antaganden om patienters kön ansågs svar från 87 studenter i medicin fullt tillräckligt. Detta var därtill ett sätt att snäva in resultaten för att belysa den roll kön spelar i patient-läkarmöten i klinisk praktik samt i processerna bakom genusbias i vården.

Analys

I delarbete I undersöktes om studenterna kunde gissa sig till patientens kön även när alla uppenbara ledtrådar var borttagna. Dessutom utforskades eventuella samband mellan deltagarens kön, utbildningstillhörighet och resultatet vid bedömningen av patientens kön samt om vissa brev var enklare eller svårare än andra. Till detta användes kvantitativa metoder och statistiska analyser med framförallt t-test. Eftersom gruppen studenter var relativt stor antog vi att gruppens gissningar var normalfördelade, då de jämförda grupperna (manliga och kvinnliga studenter, läkar- och psykologstudenter, grupp A och B) kom från samma population antog vi att standardavvikelserna i de två grupperna liknade varandra. Vi antog vidare att värdena var oberoende, det vill säga att värdena från en grupp inte sa oss någonting om värdena från en annan grupp (Dawson & Trapp, 2004). Studiens upplägg möjliggjorde jämförelser mellan hur ofta studenter gissat på kvinna respektive man såväl som jämförelser av vad vi kallat "rätt-kvot" (i artikel I och II: "success rate"). Rätt-kvoten motsvarade andelen korrekta antaganden av patientens kön, av det totala antalet antaganden. För att fördjupa förståelsen av våra kvantitativa resultat, som framförallt visat på stora skillnader mellan olika brev, och kunna resonera kring dessa fynd genomfördes sedan en kvalitativ analys. Inför denna gjorde vi ett strategiskt urval av fyra brev som ansågs belysa viktiga aspekter av det studerade (Patton, 2002). Vi valde att närmare studera motiveringarna till de brev där flest deltagare lyckats respektive misslyckats med att identifiera patientens kön samt motiveringarna till två brev där studiens deltagare bedömt patientens kön som man respektive kvinna i lika stor utsträckning och således lika ofta haft rätt som fel. Den kvalitativa delen av analysen utfördes stegvis och finns noggrant beskriven i artikel I. Kortfattat kan sägas att alla deltagares motiveringar till dessa informationsrika fall lästes och kodades. De olika motiven sorterades in i tre övergripande kategorier rörande brevs längd, språk och innehåll. I resultaten lyftes några deltagares förklaringar fram som illustrerande exempel på resonandet kring bedömningen av breven.

I delarbete II breddades och utvecklades analysen av motiven till att innefatta läkarstudenternas förklaringar till alla antaganden och avseende alla brev. De analyserades kvalitativt, då ett delsyfte var att utforska läkarstudenters föreställningar om manliga och kvinnliga patienter. Metoden finns noggrant beskriven i artikel II. Kopplingen mellan de kvalitativt utformade kategorierna av motiv och antaget kön analyserades sedan kvantitativt. Genom upprepade regressionsana-

lyser kunde vi undersöka och tydligt åskådliggöra om och hur motivkategorierna var kopplade till ett antagande om en kvinnlig eller manlig patient. Dessutom undersöktes det eventuella sambandet mellan den kategori av motiv som använts samt i vilken utsträckning deltagaren angett rätt kön på patienten. Först utfördes upprepade linjära regressioner för varje kategori. Därefter användes multipel regression för att undersöka det sammanlagda inflytandet av de kategorier, som visat sig ha samband med utfallet. Eftersom varje deltagare läste flera brev och gjorde upprepade antaganden om kön bestod våra data av upprepade observationer av individuella studenter. För att bemöta detta användes en regressionsmodell som kunde hantera upprepade observationer. En utbytbar korrelationsstruktur antogs eftersom de upprepade observationerna gällde individer som alla var läkarstudenter och data insamlades vid ett tillfälle. I samband med detta beräknades även de oddskvoter, som därefter användes för att presentera ett tydligt och enkelt förhållande mellan kategori och utfall. Oddskvoten användes exempelvis för att beskriva förhållandet mellan i vilken utsträckning en kategori använts när antagandet var kvinna jämfört med i vilken utsträckning kategorin använts när antagandet var man.

Internt bortfall

Studiens 130 deltagande studenter läste 40 respektive 41 brev och gjorde lika många bedömningar av kön. Detta gav totalt 5263 bedömningar. I 79 stycken bedömningar saknades förslag på kön. De saknade värdena var utspridda på många berättelser och deltagarna var både kvinnor och män ifrån såväl grupp A som grupp B. Nästan alla kunde förklaras med fyra deltagare, som inte slutfört studien. De ytterligare missar som fanns kunde förklaras med att deltagaren helt enkelt missat en berättelse i den omfattande studien. Det fanns inte skäl att tro att detta bortfall systematiskt påverkade utfallet.

I delarbete II utslöts psykologstudenterna från analysen, kvar var 87 deltagare, alla läkarstudenter, som läst 40 eller 41 brev vardera och till varje brev ombetts ange patientens kön och motivera detta antagande. Detta gav totalt 3523 möjliga antaganden och motiveringar. I 663 fall hade dock deltagaren antingen inte kryssat i något antagande och/eller inte lämnat någon förklaring. Då detta delarbete fokuserade på förklaringarna utslöts även dessa fall ur studien. 2860 kompletta fall med såväl antaganden om kön som förklaring kvarstod. I samband med analysen av dessa fattades ett gemensamt beslut inom forskargruppen att

utesluta de fall där deltagaren enbart använt språkliga motiv, t.ex. brevets längd eller patientens ordval, således uteslöts ytterligare 646 fall från studien. Den analys som utfördes baserades på resterande 2214 fall, där varje förklaring innehöll ett eller flera motiv rörande brevets innehåll.

Enkätstudie: delarbete III & IV

Den tredje och fjärde delstudien baserades på enkätstudien "Genusfrågor i Medicin". Syftet var att undersöka attityder till betydelsen av genus och genusstereotyper gentemot patienter och läkare hos läkarstudenter i olika länder samt deras förväntningar på sitt framtida yrkesliv. Enkäten inleddes med att studenterna fritt fick beskriva hur de önskade att deras framtida liv skulle se ut: "*Om jag får önska ser mitt liv ut på följande sätt när jag är färdig läkare (om 10-15 år)*". Denna design är hämtad från Hoffnung (Hoffnung, 2004), som använt den för att undersöka kvinnliga högskolestudenters förväntningar på karriär, äktenskap och moderskap. Därefter följde frågor om studentens ålder, kön och socio-kulturella bakgrund, ytterligare frågor om studenternas framtidsplaner såsom tankar kring val av specialistinriktning och familj. Enkäten innehöll även en validerad skala utarbetad för att uppskatta studenternas medvetenhet avseende genus: N-GAMS, Nijmegen Gender Awareness Scale (Verdonk, et al., 2008a).

Datainsamling

Antalet studenter som tas in på läkarutbildningen är betydligt fler i Nijmegen än i Umeå. För att antalet deltagare från de två länderna skulle vara ungefär lika stort inbjöds alla studenter som påbörjade läkarutbildningen i Nijmegen under två år respektive i Umeå under tre år att svara på enkäten. Parallellt med detta samlades det i Umeå även in enkätsvar från ett tvärsnitt av läkarstudenter på den sista terminen. Studenterna i båda länder fyllde i enkätstudien under sin första vecka på läkarutbildningen. I Umeå besvarades även enkäten av studenter mot slutet av den elfte, det vill säga den sista, terminen. Deltagandet i studien var frivilligt. De studenter som ställde upp stannade kvar efter en vanlig lektion och svarade på det konfidentiella frågeformuläret. Svarsfrekvensen på enkäten var hög, omkring 90% för första termins studenter i de båda länderna, och något lägre, knappt 80% för de svenska studenterna på sista terminen.

Deltagare

I delarbete III utforskades 507 svenska läkarstudenters svar på den öppna frågan om förväntningar inför framtiden, 298 studenter från fyra olika klasser på första terminen (125 män 173 kvinnor) respektive 209 studenter från fyra olika klasser på sista terminen (77 män och 132 kvinnor). För ytterligare information om deltagarna hänvisas till tabell 2 i artikel III.

I delarbete IV användes den validerade skalan N-GAMS för att jämföra genusmedvetenhet hos svenska och nederländska läkarstudenter på första terminen, totalt 1096 stycken studenter varav 480 studenter från Sverige (221 män, 259 kvinnor) och 616 från Nederländerna (188 män, 428 kvinnor). Deltagargruppen finns noggrant beskriven i tabell 2 i artikel IV.

Analys

Syftet i delarbete III var att utforska och beskriva läkarstudenters framtidsförväntningar. Då vi ville komma åt studenternas egna tankar, idéer, förhoppningar och farhågor använde vi oss av en öppen fråga istället för specifika frågor eller enkätfrågor med fixerade svarsalternativ kring exempelvis specialinriktning eller önskad arbetstid. För att analysera svaren på den öppna frågan användes en kombination av kvalitativ och kvantitativ metod, liknande den som beskrivits i avsnittet om delstudie II ovan. Analysen bestod av två delar. Den första delen var en kvalitativ analys av studenternas svar, som följdes av en statistisk analys av de utarbetade kategorierna. Innehållet i studenternas svar på frågan om hur de såg sin ideala framtid kunde sorterades in i totalt arton kategorier. Dessa kunde sammanfattas i fyra övergripande teman: arbete, familj, fritid och livskvalité. För ytterligare beskrivning av kategorier och teman med exempel från studenternas svar hänvisas till Tabell I artikel III. I den andra delen av analysen undersöktes och jämfördes förekomsten av kategorier och teman i svaren från kvinnliga respektive manliga studenter samt studenter från första och sista terminen statistiskt med Pearsons Chi-2 test. Detta test lämpar sig väl för att jämföra två eller fler grupper när utfallet är antal, frekvenser eller proportioner (Dawson & Trapp, 2004).

I delarbete IV användes skalan N-GAMS för att jämföra svenska och nederländska studenters genusmedvetenhet. Skalan är grundligt utarbetad, testad och validerad i Nederländerna (Verdonk et al., 2008a). Den består av tre delskalor

som mäter olika dimensioner av genusmedvetenhet. Den första delskalan mäter genussensitivitet (Gender Sensitivity, GS). Den andra delskalan mäter studenternas stereotypa attityder gentemot patienter (Gender Role Ideology towards Patients, GRI-P). Den tredje delskalan mäter studenternas stereotypa attityder gentemot läkare (Gender Role Ideology towards Doctors, GRI-D). Totalt innehöll skalan 32 påståenden (GS: 14, GRI-P: 11, GRI-D: 8) som studenterna fick instämma i eller ta avstånd från. Skalan är utformad så att ett högt utfall på GS-skalan innebär mer genussensitivitet medan ett högt utfall på GRI-D och GRI-P innebär mer stereotypa attityder gentemot läkare respektive patienter. För att kontrollera skalans överförbarhet till en svensk kontext och för en deltagargrupp bestående av svenska och nederländska studenter upprepades delar av den initiala valideringsprocessen. Närmare bestämt - explorativ faktoranalys, analys av intern konsistens och korrelationsanalys baserat på dessa nya data. I samband med detta utfördes vissa korrigeringar av skalan. Se metodavsnitt i artikel IV för detaljer samt Tabell 1 som visar N-GAMS i sin helhet och de justeringar som gjordes.

Efter att skalan kontrollerats och korrigerats utfördes jämförelser av resultat mellan grupper av svenska och nederländska studenter. Univariat varians analys (ANOVA) användes för att jämföra nederländska, svenska, manliga och kvinnliga studenters resultat och undersöka interaktionseffekter mellan studentens studieland och kön. Variansanalys valdes eftersom den beroende variabeln var skattningar/mätningar på en kontinuerlig skala och skillnader i medelvärde mellan fler än två grupper jämfördes (Dawson & Trapp, 2004). Sedan användes linjär regression för att undersöka sambandet mellan de sociokulturella bakgrundsfaktorer som fanns inkluderade i enkäten och utfall på skalan. Eftersom variansanalysen hade visat på signifikanta skillnader mellan de svenska och nederländska studenterna utfördes den linjära regressionsanalysen för svenska och nederländska läkarstudenter separat.

Etiska reflektioner

I brevstudien, delarbete I och II, har stor hänsyn tagits för att garantera patienternas anonymitet. Inför den ursprungliga studien tillfrågades patienterna brevlades om de ville delta med sin berättelse och informerat samtycke insamlades. Inför att breven skulle läsas av studenterna bearbetades de så att patienter och vårdpersonal inte skulle kunna identifieras. I och med det hade gått ett antal år

sedan breven samlades in bedömde den regionala etiksprövningsnämnden att aidentifieringen av breven var tillräckligt. Det krävdes således inte något ytterligare tillstånd för att använda breven i denna studie (diarienummer 07-185M). I samband med insamlandet erbjöds studenterna möjlighet till diskussion och reflektion tillsammans med ansvariga forskare. Studenternas deltagande var frivilligt och både svar och motiveringar nedtecknades anonymt.

Avseende enkätstudien, delarbete III och IV, finns etiskt tillstånd för att utföra studien med de svenska studenterna (diarienummer 2011-262-31M). I Nederländerna är reglerna delvis annorlunda och där krävde studien inte etiskt tillstånd. Alla analyser utförs på gruppnivå och varken svar eller resultat från mindre grupper eller individer lyfts upp i resultatet.

Delstudiernas huvudsakliga fynd

I detta sammandrag av resultaten från de två studierna har jag valt att beskriva varje delarbete separat. Jag kommer att, utifrån avhandlingens frågeställningar, lyfta fram de viktigaste resultaten. Jag har för läsbarhetens skull valt att inte vara alltför korthuggen, men inte heller att detaljredovisa samtliga fynd. Av samma anledning kommer jag inte att redovisa tabeller eller alla exakta siffror i denna text. Den typen av information återfinns istället i respektive artikel. Att följande text är skriven på svenska och artiklarna på engelska innebär en återgång till projektets ursprungliga språkkontext för de kvalitativa delarna av delarbete I, II och III.

I. Is it possible to identify patient's sex when reading blinded illness narratives? An experimental study about gender bias.

Andersson, J., Salander, P., Brandstetter-Hiltunen, M., Knutsson, E. & Hamberg, K.

Med denna studie ville vi undersöka hur patienters berättelser om en vårderfarenhet tolkades när kön inte var känt. Det som analyserades i den kvantitativa analysen var andelen "rätta" antaganden, d.v.s. huruvida det kön som studenten gissat stämde överens med patientens kön. På individnivå hade studenterna lyckats mer eller mindre bra med denna uppgift. Variationen mellan studenter skiftade från 26,8% till 82,5% rätt. På gruppnivå fanns det däremot inga signifikanta skillnader gällande studenternas resultat som kunde hänföras till indelningen i olika testgrupper, utbildningstillhörighet inom medicin respektive psykologi eller studenternas kön.

Medelvärdet av alla studenters alla gissningar var 61,7% rätt. Om man jämför detta med enbart slumpen, det vill säga 50/50 chansen som valet mellan man och kvinna motsvarade för varje brev, är det signifikant bättre. Analysen visar att studenterna oftare antagit att patienten var man än kvinna samt att de oftare hade rätt då deras val var man. Detta mönster återfanns hos manliga såväl som kvinnliga studenter. Således tyder inte resultaten på att studenterna lättare identifierade patienter av sitt eget kön, utan på att de allra flesta hade lättare för att identifiera brev skrivna av män (Tabell 2, Artikel I).

Vidare fann vi stora skillnader mellan olika brev (Tabell 3, Artikel I). Det fanns brev där nästan alla studenter hade gjort korrekta antaganden och andra där nästan alla gjort felbedömningar. Mellan dessa extremer fanns dock majoriteten av brev, där studenterna gjort rätt respektive fel antaganden i lika stor utsträckning eller något mer rätt än fel. De sex brev där deltagarna hade svårast att korrekt bedöma patientens kön var alla skrivna av kvinnor. Av de brev där flest studenter gissat rätt var sjutton brev skrivna av män och tio skrivna av kvinnor. Även detta fynd tyder på att studenterna hade lättare att identifiera brev skrivna av män.

Den kvalitativa analysen av fyra brev visade på följande generella mönster: studenterna antog att patienten var en man när brevet var kort och koncist, uppfattades som formellt och fokuserat på fakta samt saknade känslobeskrivningar. När studenterna antog att det var en kvinna motiverades detta med att brevet var långt, språket beskrivande och fylligt och/eller känslor och beskrivningar av relationer förekom. Såväl det brev där flest deltagare gissat rätt som det brev där flest gissat fel var skrivet av en kvinna. Dessa två brev stämde mycket väl, respektive inte alls, överens med studenternas generella uppfattningar om vad som talade för en kvinnlig patient. Analysen av de två breven i mitten, där studenterna fått lika mycket rätt som fel och således i lika stor utsträckning gissat på man och kvinna, visade hur samma uttryck och innehåll tolkades olika beroende på om studenten skapat sig en bild av patienten som man eller kvinna.

Studenternas föreställningar om kön ger således ett något bättre resultat än slumpen på gruppnivå. Studenterna lyckades bäst när kön gjordes "rätt" det vill sägas i enlighet med deras föreställningar, och sämst när det gjordes "fel". I majoriteten av fallen var dock utfallet närmast slumpartat, då kunde samma brev tolkas väldigt olika beroende på vilket kön studenten gissat på.

II. Medical students' gender beliefs in relation to patients – an experimental study using authentic patient narratives.

Andersson, J., Salander, P. & Hamberg, K.

I den andra artikeln, baserad på samma studie, analyserade vi läkarstudenternas motiveringar till sina antaganden om kön i respektive fall. Vi ville undersöka vad det var i breven som läkarstudenterna vägledades av när de försökte identifiera patienternas kön samt vilka föreställningar som kom fram om kvinnliga respektive manliga patienter.

Den kvalitativa analysen av studenternas förklaringar resulterade i 21 kategorier av motiv (Figur 1, Artikel II). Många av kategorierna var uppenbara dikotomier; studenterna noterade exempelvis om känslor fanns med eller utelämnats i brevet, om vårderfarenhet och bemötande beskrivits eller inte, om patienten framstod som självständig och autonom eller som passiv och hjälpsökande. Den påföljande kvantitativa analysen visade hur dessa dikotoma kategorier i sin tur var associerade med ett val av man eller kvinna. Drygt hälften av kategorierna var signifikant associerade med ett kön (Tabell 1, Artikel II). När studenterna noterade att brevet innehöll känslor, formulerade ett behov av stöd, nämnde familj och vänner eller beskrev vårderfarenheten och bemötandet, gissade studenterna oftare på en kvinnlig patient. Om känslor eller reflektioner kring vårderfarenhet saknades, om patienten fokuserade på fakta, krävde direkt information och raka svar, uppfattades som oberoende, betonade vikten av arbete eller väntade med att söka vård, gissade studenterna istället oftare på en man.

En analys av kategoriernas rätt-kvot, liknande den som beskrivits för breven i delstudie I, genomfördes därefter (Artikel II, Tabell 2). Denna analys visade att endast tre kategorier förekom oftare tillsammans med korrekta antaganden. Därmed tycks de sammanlagda resultaten indikera att avsaknad av emotioner och fokus på fakta på gruppnivå har ett visst prediktivt värde för man, medan omnämmande av familj och vänner tycks ha ett visst prediktivt värde för kvinna. Två kategorier förekom oftare tillsammans med felaktiga antaganden. Studenterna har när de uppfattat att brevet betonade arbete och karriär respektive oberoende och självständighet antagit att patienten var en man. Detta var ett felaktigt antagande.

I samband med de diskussioner som hölls i anslutning till insamlandet av data anades en motvilja bland studenterna. En motvilja både mot att studiens upplägg tvingade dem att göra skillnad mellan män och kvinnor och mot att behöva förklara vad som uppfattades vara förutfattade meningar och stereotyper i förklaringarna. Denna ambivalens framkom även i studenternas motiveringar. En student infogade exempelvis en reservation gentemot sitt eget antagande och skrev: *"Fast jag önskar att detta var en man. Slå hål på mina fördomar!"*. Detta exempel är värt att lyfta fram som ett viktigt bifynd, då det synliggör den svenska kontext som diskuterades tidigare. En manlig student uttryckte en jämställdhetspolitisk medvetenhet om riskerna med att benämna någons kön: *"Känns som att det är en kvinna eftersom hon klagar på den 'kvinnliga AT-läkaren'. En man hade nog aktat sig för att ta med AT-läkarens kön"*.

Många av studiens deltagare uttryckte också att uppgiften var väldigt svår. De var förvånade över sina egna fördomar och kände sig väldigt obekväma med att behöva kategorisera: *"Även här otroligt svårt, känns som jag använder fördomar för att få ena sidan att 'väga över', klart alla känner oro...egentligen känns det som det är en fördomsfälla som jag just trampat i..."* korrigerade en student sig själv efter att ha fastnat för att patienten uttryckte oro. Flera studenter uttryckte att de, snarare än någon kategorisk könsskillnad, personligen trodde på individuell variation mellan kvinnor och mellan män. En kvinnlig student artikulerade ett motstånd både mot kön som en generell förklaringsmodell och mot studiens framhävande av kön: *"Var tvungen att anmärka på att det var en 'kvinnlig AT läkare' varför skrev han inte bara en AT läkare. Kön är oviktigt (fast inte enligt denna studie)"*. Resultatet att en majoritet av kategorierna var signifikant associerade med ett antagande om ett specifikt kön visar dock att studenterna, trots sina reservationer, var slående överens om vad som ansågs som feminint respektive maskulint.

Det är även värt att lyfta att det ofta förekom att studenterna inte gav någon motivering alls (19%), och att en stor del av förklaringarna enbart handlade om förmodade skillnader i mäns och kvinnors språk (18%). Istället för att se detta enbart som saknade värden, är det möjligt att se även detta som ett resultat. De saknade värdena var spridda över deltagare och brev. De språkliga motiven likaså. Det indikerar att det varken var enkelt att göra antagandet eller enkelt att säga vad gissningen baserade sig på. Valet verkade ofta, snarare än själva berättelsens innehåll, styras av huruvida brevet var långt eller kort och vilka ord patienten använde.

III. Swedish medical students' expectations of their future life.

*Diderichsen, S., Andersson, J., Johansson, E. E., Verdonk, P.,
Lagro-Janssen, A. & Hamberg, K.*

Syftet med delstudien var att undersöka och jämföra förväntningar om framtiden hos manliga och kvinnliga läkarstudenter i början respektive i slutet av läkarutbildningen. Underlaget var studenternas svar på den öppna frågan om hur de såg på sin ideala framtid. Den kvalitativa delen av analysen visade att det i studenternas svar fanns fyra återkommande teman med totalt arton ingående underkategorier; arbete (sju kategorier), familj (tre kategorier), fritid (fyra kategorier), livskvalité (fyra kategorier). Arbete återkom i nästan alla beskrivningar och var det vanligaste temat, familj nämndes av tre fjärdedelar. Aspekter av livskvalité berördes av ungefär hälften av studenterna. En dryg tredjedel reflekterade kring fritid. Nedan presenteras resultaten från den kvantitativa delen av analysen. En jämförande analys av svaren som täckte in både faktorn tid som läkarstudent och könstillhörighet. Först presenteras jämförelsen mellan studenter på första och sista terminen. Därefter jämförelsen mellan manliga och kvinnliga studenter.

När svaren från studenterna på första och sista terminen jämfördes återfanns följande mönster: studenter på båda terminer pratade ofta om arbete. Men temat var mer frekvent bland studenter på första terminen. Bland studenterna på sista terminen var det vanligare med reflektioner kring val av specialittjänstgöring, forskning, karriär och deltidsarbete. Det var också något vanligare att studenter på sista terminen uttryckte förhoppningar om att vara trygg i läkarrollen. Uttalanden om familj var vanliga bland såväl studenter på första som sista terminen. Studenterna på första terminen var emellertid vanligtvis mer ospecifika. Medan dessa studenter pratade om familj, utan att nämna några detaljer inkluderade studenterna på sista terminen oftare såväl partner som barn i sina uttalanden. Det var även vanligare bland studenter på sista terminen att inkludera fritid i framtidsbilden - såväl vänner, släktingar, hobbies, resor och olika fysiska aktiviteter nämndes oftare. Att beröra och uppehålla sig kring temat livskvalité var också vanligare bland studenter på den sista terminen.

När manliga och kvinnliga studenter på de olika terminerna jämfördes med varandra framkom att de skillnader som kunde observeras mellan studenter på första och sista terminen framförallt var relaterade till kön. Det var de manliga studenterna på sista terminen som i mindre utsträckning uppehöll sig kring

arbetet. Kvinnorna på sista terminen däremot föreställde sig en framtid där de skulle ha valt specialistutbildning och känna sig som både kompetenta och erfarna läkare. Andelen studenter som skrev om deltidsarbete var inte så stor, men det var framförallt männen på sista terminen som i större utsträckning nämnde detta. Kvinnliga studenter på sista terminen omnämnde oftare en partner respektive inkluderade uppgifter om önskat antal barn. Dessutom betonade kvinnliga studenter på sista terminen resor och hobbies mer. De manliga studenterna på sista terminen nämnde oftare vänner och familj än manliga studenter på första terminen. Männen på sista terminen berörde också olika aspekter som samlats under begreppet livskvalité. De pratade bland annat oftare om en balans mellan arbete och fritid. Bland de kvinnliga studenterna var det däremot vanligare att specificera denna balans i termer av tid för familjen.

Sammanfattningsvis var studenterna i början av sin utbildning mer fokuserade på arbetet som läkare. I slutet av utbildningen verkade reflektionerna handla mer om hur arbetet ska kunna balanseras med andra viktiga livs ingredienser i den ideala framtidsbilden - såsom familj, fritidsintressen, ledig tid och resor. Denna partiella förändring av inställning, där yrkeslivet ska rymmas inom det större livet, var emellertid inte ett önskemål specifikt för kvinnliga studenter. Vikten av att uppnå balans mellan arbete och fritid betonades tvärtom av både manliga och kvinnliga studenter.

IV. Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students – results from a questionnaire.

Andersson, J., Verdonk, P., Johansson, E. E., Lagro-Janssen, T. & Hamberg, K.

Delarbetet syftade till att jämföra attityder till genus och genusstereotyper hos manliga och kvinnliga läkarstudenter i Nederländerna och Sverige. Då även studenternas sociokulturella bakgrundsvariabler jämförts och deras betydelse för genusmedvetenhet analyserats redovisas dessa som resultat, om än bara kort i denna sammanfattning. För mer detaljer kring detta hänvisas till Tabell 2 och 4 i artikel IV.

Jämförelsen mellan de svenska och nederländska studenterna visade på många intressanta aspekter av likhet såväl som skillnad. Studentgruppen var i sin helhet framförallt väldigt homogen. Merparten av studenterna var själva födda respek-

tive hade föräldrar som var födda i landet där de studerade. Föräldrarna var högtbildade och yrkesarbetande. Studenterna var därtill relativt unga. De allra flesta uppgav att de var heterosexuella och hade oftast inte börjat bilda familj. I båda länder deltog något fler kvinnliga studenter.

I jämförelsen mellan svenska och nederländska studenter framträdde även skillnader mellan länderna. De svenska studenterna hade oftast mödrar med den högsta nivån av utbildning och en majoritet hade även heltidsarbetande mammor. I Nederländerna var det däremot vanligast med deltidsarbetande mödrar. De svenska studenterna var i genomsnitt fyra år äldre än de nederländska. Det var något vanligare bland svenska studenter att bo ihop med en partner, ha barn respektive ange en annan sexuell läggning än heterosexuell.

De korrigeringar som gjordes av N-GAMS påverkade framförallt hur utfallet på den delskala som mäter genussensitivitet (GS) bör tolkas. De kvarvarande påståendena tycks vid granskning snarast mäta en viss typ av förmåga eller känslighet; nämligen "sensitivitet för könsskillnad". Detta får konsekvenser för hur utfallet på denna delskala bör tolkas. Jag kommer därför fortsättningsvis att hänvisa till studenternas uppmärksamhet på könsskillnad snarare än deras genussensitivitet. Detta är något jag kommer att återkomma till i metoddiskussionen i den avslutande delen av avhandlingen.

När utfallet på N-GAMS jämfördes mellan studenter i de två länderna återfanns skillnader på alla tre delskalor. Läkarstudenter i Nederländerna var mer uppmärksamma på könsskillnad. Läkarstudenter i Sverige tog tydligare avstånd från könsstereotyper avseende både läkare och patienter. Gällande stereotypa attityder gentemot såväl patienter som läkare fanns också skillnader mellan manliga och kvinnliga studenter. Manliga studenter uttryckte mer stereotypa attityder än kvinnliga, trots att land var det som påverkade utfallet mest. Följaktligen uttryckte de manliga studenterna i Nederländerna mest stereotypa attityder, sedan följde de kvinnliga studenterna i Nederländerna, de manliga studenterna i Sverige och minst stereotyper uttrycktes av de kvinnliga studenterna i Sverige. Mönstret var detsamma avseende både stereotyper för läkare och patienter även om skillnaden mellan kön bara var signifikanta för stereotyper avseende patienter.

Resultaten visade att läkarstudenter i både Sverige och Nederländerna är en homogen grupp där den främsta skillnaden mellan länderna kan härledas till

genusstrukturer i samhället. Framförallt Nederländska kvinnors större ansvar för barnen i den heterosexuella kärnfamiljen (Evertsson et al, 2009; Verdonk et al, 2008c; Visser, 2002). När vi därefter analyserade genusmedvetenhet fann vi signifikanta skillnader mellan länderna gällande såväl uppmärksamhet på könskillnader som stereotypa attityder gentemot patienter och läkare. Såväl nederländska som svenska studenter tog avstånd från stereotyper. De svenska studenterna gjorde det mer och de svenska kvinnliga studenterna mest.

Genusgörande och läkarblivande

Metoddiskussion: Att försöka skapa kunskap

I de tidigare avsnitten har det inte funnits utrymme för en mer övergripande diskussion av metodfrågor. I och med att den typen av frågor inte heller på något utförligt sätt kunnat föras i artiklarna kommer jag nu att utveckla en metodanalys, som är till lika delar präglad av min tvärvetenskapliga forskningsinriktning och min användning av mixed methods. Under mitt avhandlingsarbete har jag i genusforsknings-sammanhang fått frågor av mer principiell karaktär gällande användandet av statistisk metod och uppmuntrats till djupare metodreflektion. I medicinska sammanhang har jag tvärtom upplevt att funderingar kring metod ofta gärna blir detaljorienterade. På detta vis är det i hög grad min tillvaro som en doktorand i ständig rörelse mellan två delvis olika akademiska miljöer, som gör att jag i min avhandling försökt att överbrygga skillnaderna i hemvisternas kunskapsparadigm genom utforskandet av en pragmatisk mellanväg. Detta är den situation som föranlett behovet av att diskutera både vissa överväganden beträffande den valda metoden mixed methods och kring de verktyg för insamling av data som använts i avhandlingens delarbeten. Diskussionen inleds med en samling observationer gällande valda metoder. Därefter analyseras i tur och ordning de olika val och överväganden som blivit aktuella till följd av delstudiernas design.

Mixed methods

Att använda mixed methods innebar både möjligheter och svårigheter. En tydlig utmaning, som redan nämnts, är att kvalitativa respektive kvantitativa metoder kan sägas finna sig inom olika paradig. Detta innebär även delvis skilda nomenklaturer. Det tydligaste exemplet på detta är begreppet validitet. Ett begrepp som kan betyda flera olika saker inom kvantitativ metod och ha ytterligare betydelser inom kvalitativ metod. Det finns forskning som argumenterar för en gemensam eller åtminstone översättningsbar nomenklatur för kvantitativ och kvalitativ forskning (Tashakkori & Teddlie, 2003). Inom mixed methods finns förespråkare för användandet av både kvantitativ och kvalitativ nomenklatur samt för utveckling av nya begrepp för kvalitativa och kvantitativa termer som liknar varandra. Jag har inom denna avhandling använt mig av kvalitativa

begrepp för kvalitativa delar och kvantitativa begrepp när kvantitativa metoder använts. Jag har framförallt försökt vara tydlig med att redovisa vad som gjorts var.

Vidare representerar de delarbeten som ingår i denna avhandling exempel på medicinsk genusforskning. Som sådana är de till lika delar influerade och begränsade av den medicinska kontexten. För att publiceras i medicinska tidskrifter finns oftast restriktioner gällande antalet ord som får användas. Detta innebär en utmaning – i synnerhet för utvecklandet av resonemang och innehåll som är mer teoretiskt. Detta samtidigt som det i medicinska sammanhang ger en tyngd att kunna visa på statistisk signifikans. Något som i viss utsträckning kan leda till en överanvändning av och fixering vid exempelvis p-värden. Den underliggande ambitionen för detta arbete har dock varit att använda en kvantifiering av det abstrakta som en feministisk strategi.

Brevstudien

Användandet av skriftliga narrativ innebar såväl fördelar som nackdelar. Brevformen gjorde det möjligt att skapa neutrala fall. En uppenbar svaghet var att tolkandet och görandet av kön troligen ser annorlunda ut i ett faktiskt möte mellan en patient och en läkare. Det skulle emellertid vara väldigt komplicerat att i en klinisk praktik konstruera 81 stycken unika, anonyma och avkönade patienter. Detta var något som den skriftliga formen möjliggjorde. Att breven var beskrivningar författade av riktiga patienter - istället för konstruerade fall – kan dessutom anses öka studiens trovärdighet. Breven insamlades därutöver ursprungligen i ett annat syfte - nämligen för att studera hur svåra besked levererades. Detta innebär att patienterna inte medvetet vare sig kunde begränsa eller anpassa sina narrativ utifrån förväntade kvinnliga respektive manliga sätt att agera eller uttrycka sig.

När studenterna läste breven tvingades de förlita sig på sina föreställningar och idéer om kvinnor respektive män för att kunna utföra uppgiften. Utifrån det perspektivet kan det sägas ha legat i uppgiftens natur att läsa in och göra skillnad. De instruerades dessutom att läsa breven fort och gå på första intrycket. Detta tvingade deltagarna att vara kategoriska. Denna utformning bidrog förmodligen till att de föreställningar, som framträdde i studenternas motiveringar blev överdrivna och närmade sig stereotyper. Teoretisk forskning har emellertid betonat

könskategorisering som en direkt och automatisk process (Blair & Banaji, 1996; Bodenhausen, 2005; Brewer & Layton, 1989; Fiske & Taylor, 1991; Macrae & Bodenhausen, 2001; Ridgeway & Correll, 2004; Strangor et al., 1992; West & Zimmerman, 1987). Då denna process i stor utsträckning tycks vila på enkla, generella idéer och symboler finns det således också ett värde i hur studien och instruktionerna utformades. Om studenterna hade varit mindre pressade hade förmodligen samma stereotyper kunnat anas, men måhända i mer inlindade och nyanserade uttryck.

Deltagande i studien var frivilligt. Fler kvinnor än män deltog. Jämförelser av resultaten visade dock ingen skillnad mellan kvinnor och män. Det är tänkbart att de män som deltog hade ett särskilt intresse för genusfrågor och att detta skulle kunna förklara likheterna. Detta är dock enbart spekulationer. Alldeles oavsett om de män och kvinnor som deltog var intresserade av genusfrågor eller inte var de hursomhelst tvungna att förlita sig på generella föreställningar för att sortera breven.

Det är viktigt att vara vaksam på könade klichéer i vetenskapliga jämförelser mellan kvinnor och män. Studier som har ett kritiskt förhållningssätt till på kön riskerar annars att motverka sitt syfte och istället bidra till att förstärka könsstereotyper (Hamberg et al., 2004b; Hammarström, 2005). Detta samtidigt som upprätthållandet av en kritisk medvetenhet om könskodade mönster, samt hur dessa kan orsaka ofrivillig bias, kräver kunskapssökande och experimentella studier för djupare kunna förstå dessa processer (Risberg et al., 2009). I och med att vi som forskare också bär på dessa könade och normskapande föreställningar och idéer kunde vi känna igen oss i alla artikulerandets ambivalenser, som många studenter gav uttryck för. Detta är också något som vi kontinuerligt reflekterat över och förhållit oss till under arbetets gång.

En sak som vi medvetet gjort för att motverka återskapandet av könsdualism har varit att analysera både likhet och variation parallellt med analysen av skillnader. Vi valde till exempel att betona skillnaderna mellan de olika breven. Vi fokuserade även på det brev, där studenterna hade svårast att identifiera patientens kön. Detta brev fungerar som ett ypperligt och gränsöverskridande exempel för vår studie, då brevet utmanade rådande normer och samtidigt gav en personlig beskrivning av en patients upplevelse av vården.

I delarbete I analyserade vi enbart motiveringarna till fyra strategiskt utvalda brev. Studenternas motiveringar sammanfattades under de breda kategorierna; längd, språk och innehåll. I delarbete II som undersökte alla läkarstudenters motiveringar till alla brev krävdes en mer systematisk kategorisering. Denna skedde induktivt och var således alltså grundad i data. Utformandet av kategorierna var en utförlig process, som skedde stegvis och gemensamt i forskargruppen. I denna process ingick presentation och diskussion av kategorierna i samband med forskningsseminarier i olika sammanhang. Detta arbete pågick tills vi upplevde både en "teoretisk" och en "empirisk mättnad" (Lincoln & Guba, 1985). Kort sagt, att analysen kunde anses ha nått den mognad och konsistens som krävdes samt att tillförsel av nya data inte bedömdes ytterligare kunna ändra på begrepp eller utveckla analysen. Inför det slutgiltiga kategoriserandet genomfördes en kontroll av reliabiliteten, som visade hög samstämmighet inom forskargruppen.

När vi sedan skulle räkna på statistiska samband använde vi oss av en metod som kunde hantera att samma läkarstudenter hade svarat på många olika fall och att de kunde ha använt sig av flera olika föreställningar inom samma motivering. Utan detta metodövervägande hade inte hänsyn tagits till att de enskilda studenterna kunde påverka resultaten i olika stor utsträckning. Vi valde också att titta på resultaten ur olika vinklar. Vi lyfte exempelvis hur föreställningar associerades såväl till kön som hur föreställningar ledde till ett korrekt respektive inkorrekt antagande. I dessa analyser valde vi även att visa och diskutera alla kategorier samt belysa såväl signifikanta likväl som icke-signifikanta samband.

Enkätstudien

I delarbete III, som behandlade läkarstudenternas ideala framtidsvisioner, analyserades data från två separata tvärsnitt. Resultaten kan således inte användas för att säga vad som hänt med enskilda studenters prioriteringar under utbildningen. Studien avsåg att fånga in eventuella könsmonster i studenternas intentioner gällande framtiden. Den kvantitativa delen av analysen möjliggjorde jämförelser mellan läkarstudenter i början respektive i slutet av sin utbildning.

Enkäten som läkarstudenterna ombads svara på hade titeln "Genusfrågor i medicin". I enkätens första fråga tillfrågades studenterna om hur de såg på sin ideala framtid som färdiga läkare. I samband med resultatanalysen framkom att

många av studenterna hade lämnat beskrivningar som dels innehöll mängder av kringinformation om livet vid sidan om arbetslivet, dels kunde tydliga tematiseringar av hem- och familjeorienterade livssammanhang noteras. Svaren innehöll därutöver påfallande många realitetsnära och krassa prioriteringar för att vara beskrivningar av en optimal framtid. Inom forskargruppen ledde detta till omfattade diskussion, då det tycktes föreligga en diskrepans mellan å ena sidan uppgiftsformuleringen i enkäten och å andra sidan de framtidsnarrativ som studenterna skapade utifrån denna uppgiftsformulering. I och med att jag i denna avhandling har en bred förståelse av läkarblivande, genusgörande och professionell identitet så störde detta visserligen inte syftet med studien. Men, och utifrån just detta perspektiv, kan ett flertal genusteoretiska och kontextuella reflektioner göras. För det första, på grund av det allmänna likhetstecken, som i samtiden ofta sätts mellan genusfrågor och jämställdhet i heterosexuella parrelationer kan kombinationen av frågans framåtsyftande karaktär och enkätens titel ha bidragit till mer hem- och familjeorienterade beskrivningar av framtiden. För det andra, enkättitelns explicita kombinerande av orden "genus" och "medicin" plus den faktiska omständigheten att enkäten delades ut i samband med ett undervisningstillfälle på läkarutbildningen borde ha orienterat studenternas svar mot det kommande yrkeslivet som läkare i större utsträckning än vad det faktiska utfallet blev. Att så inte skedde kan betraktas som ett exempel på ett paradigmiskt förskjutande av genus *från* den medicinska kontexten. En viktig metodologisk lärdom är således att ett ordval respektive en viss kombination av ord - i exempelvis ett enkätnamn - kan ge upphov till ytterst relevanta och betydelsebärande reaktioner och därmed vara resultatgenererande.

I delarbete IV analyserades och jämfördes genusmedvetenhet bland studenter på första terminen vid Umeå universitet och vid Radboud Universiteit. Det kan givetvis ses som ett metodproblem att insamlingen endast skedde på en studieort i Sverige respektive i Nederländerna. Denna eventuella brist uppvägdes emellertid av att ett stort antal studenter deltog i studien och svarsfrekvensen var hög. Men framförallt av att deltagarna svarade på enkäten under de första dagarna av sin utbildning. I och med att antagning till läkarutbildningen sker nationellt och dessutom är en utbildning med högt söktryck i bägge länder - vilket leder till en hög mobilitetsbenägenhet vid erbjudande om studieplats - verkade det inte sannolikt att studenterna i någon nämnvärd utsträckning skulle ha hunnit särpräglats av respektive studieort. Vi ansåg därför inte att det förelåg något hinder för att diskutera delarbetets resultat på en nationell nivå. Utifrån ett metodper-

spektiv är det dock relevant att synliggöra att resultaten inte ger någon information om hur studenternas genusmedvetenhet utvecklas under studierna. Resultaten ger däremot en inblick i den genusmedvetenhet studenterna hade då de påbörjade sina studier.

Denna genusmedvetenhet mättes med hjälp av den skala, N-GAMS, som fanns inkluderad i enkäten. Att använda en skala för att utforska attityder och stereotyper beträffande genus har sina begränsningar. N-GAMS utformades initialt dels i forskningssyfte, dels som ett verktyg för att utvärdera genusundervisning. En uppenbar styrka med att använda ett sådant instrument är att ett stort antal studenter med lätthet kan inkluderas. Som jag tidigare nämnt lyckades vi också översätta skalan och har därmed visat att den var möjlig att använda för internationella jämförelser. Metoden kräver dock också omfattande reflektion och diskussion.

Jag har tidigare nämnt att N-GAMS krävde en del korrigeringar. Den delskala som krävde mest bearbetning var den som avsåg att mäta genussensitivitet. Fem av initialt fjorton påståenden behövde tas bort, då de inte tillförde någonting i utfallet. Av kvarvarande påståenden innehöll fem av nio ordet ”skillnad”, ett påstående innehöll uttrycket ”icke-könsspecifika sjukdomar”, ett annat ”biomedicinska aspekter” och resterande två handlade om huruvida läkarens eller patientens kön spelade roll i kommunikationen. I den svenska forskargruppen ansåg vi, mot bakgrund av denna reduktion, att det var missvisande att genom delskalans namn påskina att skalan verkligen kunde mäta genussensitivitet i relation till den breda definitionen ”beaktande av genus i hälsa och sjukdom” som initialt föreslagits. Vi kom efter dessa överväganden överens med den nederländska forskargruppen om att i artikeln föreslå att denna delskala bytte namn till ”sensitivitet för könsskillnad”.

I mitt arbete med delstudie IV fortsatte dock denna delskala att orsaka huvudbry trots namnbytet. Mitt problem med skalan var att det framstod som uppenbart att det var fullt möjligt för deltagarna att ange samma svar på ett påstående, trots väsentliga skillnader i värderingar och utifrån diametralt motsatta positioner. Detta metodproblem komplicerades ytterligare av att alla de påståenden som kvarstod på delskalan ”sensitivitet för könsskillnad” var omvända. Det vill säga; ett avståndstagande från ett påstående motsvarade en hög sensitivitet för könsskillnad. Jag upplevde att detta ytterligare bidrog till svårigheter att avgöra vilken

förståelsehorisont studenterna svarade utifrån. Det var omöjligt att utifrån ett siffervärde avgöra huruvida studenterna hade svarat utifrån hur de ansåg att det faktiskt var, ansåg att det borde vara respektive verkligen inte ansåg att det borde vara, men ändå var.

För att ge ett konkret exempel kan följande påstående nämnas: "Vid icke-köns-specifika sjukdomar är patientens könstillhörighet helt irrelevant". För att anses ha hög sensitivitet för könsskillnad skulle studenten ta avstånd från detta påstående. Påståendet är emellertid formulerat på ett sätt som möjliggör ett avståndstagande både utifrån idéer om ett essentialiserat biologiskt kön respektive utifrån en konstruktivistisk och maktmedveten förståelse av kön. Det framstod problematiskt att två så olika bevekelsegrunder för så kallad "sensitivitet för könsskillnad" kunde generera samma utfall.

Dessutom var det uppenbart att de socioekonomiska bakgrundsvariabler, som fanns i enkäten, inte räckte till för att av egen kraft förklara resultaten. De bidrog visserligen med betydelsefulla ledtrådar om den kulturella kontexten som respektive studentgrupp befann sig inom. Men när skillnaderna mellan nederländska och svenska studenter skulle begripliggöras krävdes en insikt som inte hade varit möjlig utan de många kontextövergripande diskussioner som det internationella samarbetet kring enkätstudien präglades av. I dessa diskussioner, kring exempelvis definitioner och svarsalternativ, framträdde likheter men även skillnader inom forskargruppen gällande vår förförståelse av kön som begrepp, variabel, levd erfarenhet och struktur.

Avslutningsvis, jag anser att N-GAMS visserligen kan fortsätta att användas. Särskilt för att exempelvis mäta ett utgångsvärde, utvärdera kurser eller som diskussionsunderlag. Det är dock ytterst tveksamt om detta instrument enskilt bör användas i jämförelser mellan olika kontexter. En rekommendation inför framtida studier baserade på N-GAMS är därför att skalan kombineras med kontextualiserande diskussioner och kvalitativa metoder. Detta skulle erbjuda en välbehövlig fördjupad förståelse vid de tillfällen då skalan används i forskningssyfte. Intervjuer eller fokusgrupper skulle exempelvis vara ett ypperligt komplement för att kunna synliggöra de sociala diskurser och resonemang, som ligger bakom de svarsresultat som skalan genererar.

Summering

De metodiska utmaningar, som arbetet med mina delstudier orsakat, har under långa perioder varit påfrestande. Från hanterandet av de platta dualismer som brevstudien gav upphov till. Via läsningen av läkarstudenternas framtidsnarrativ som lämnade mig med en dystopisk känsla, till arbetet med en skala som stundtals utföll i fler frågor än svar. Att avhandlingsprojektet kom att innebära en hel del skavande känslor gällande metodfrågor har så här i efterhand emellertid fyllts med mening och betydelse. Arbetsprocessen med att förhålla sig till, behöva räta ut och erövra dessa frågetecken har således i sig själv varit kunskapsgenererande. Jag har i det ovanstående, exempelvis gällande den genuskodade dimensionen av enkätnamnet, illustrerat hur umgänget med frågetecken i sig självt kan bidra till fortsatt teori- och metodutveckling. Med tiden har kopplingarna mellan metodproblemen och avhandlingens ämneskontexter respektive frågeställningar blivit tydligare för mig. Min forskning försöker skapa kunskap om ett sammanhang som simultant också är sammanhanget. De paradigmatiska gränserna för vad som anses vara kunskap medför på detta vis begränsningar gällande både vilken kunskap som finns att hämta inom paradigmet respektive vilken kunskap som kan inhämtas om fältet utifrån.

Resultatdiskussion: Problemsortering på hög nivå

Vi är nu framme vid slutet av denna avhandling. På många sätt innebär detta att jag är tillbaka vid det här forskningsprojektets intellektuella urscen. I alla de känslor av irritation, uppgivenhet, skam och ursinne som jag upplevde på vägen mot min läkarexamen. Erfarenheter av skav, spill och allmänt strunt. Känslor och erfarenheter som under vägen, genom viljan till kunskap och tack vare mötet med genusvetenskapen har kunnat förvandlats till ett vetande. I denna avslutande diskussion kommer jag nu att återknyta till de kontexter som strukturerade avhandlingens inledning. Sammanhang som alla är av betydelse för framtidens läkare och läkarskapandet: patient-läkarrelationen, läkarprofessionen och läkarutbildningen. Jag kommer nu, utifrån ett genusteoretiskt perspektiv, att ytterligare fokusera resultatens olika betydelser i dessa sammanhang. Eftersom avhandlingen framförallt har genererat resultat om läkarstudenter kommer läkarutbildningen att avslutningsvis fokuseras. Diskussionen utmynnar i formulerandet av avhandlingens kunskapsbidrag.

Gissningar och genusbias

Resultaten av brevstudien visade att läkarstudenter precis som alla andra har generella idéer om män och kvinnor. Idéer som spelar en central roll i det kontinuerliga återskapandet av det genusystem, som bygger på ett automatiserat skillnadsgörande av män och kvinnor. En sorteringsprocess som är sammanvävd med ett batteri av värdeladdade föreställningar (Connell 1987; 2002; Hirdman, 1988; Lorber, 1994; Ridgeway & Correll, 2004).

Resultaten visade också att studenterna med sina gissningar av kön lyckades något bättre än vad som enbart kunde förklaras som slumpmässigt utfall. Detta talar för att patienternas berättelser innehöll könskodade ledtrådar, som överensstämde med läkarstudenternas antaganden om kön. En tidigare studie av Salander och Hamberg (2005), som baserades på samma brev, har fäst uppmärksamhet vid att de kvinnliga patienterna skrev längre, mer personligt, inkluderade relationer och att de i större utsträckning beskrev sina känslor. Våra resultat visar i linje med denna studie att studenterna använde sig just sig av brevets längd, förekomsten av emotioner och relationer när de gjorde sina antaganden.

Studenterna verkar således ha identifierat och vägletts av liknande idéer rörande kvinnliga och manliga egenskaper. Om patienten i brevet utelämnade reflektioner och känslor, uppfattades som oberoende, hade väntat med att söka vård och i vårdrelationen uppfattades som fokuserad på fakta gissade studenterna således på en man. Men om brevet istället innehöll känslor, formulerade ett behov av stöd, nämnde viktiga relationer, beskrev bemötandet och vårderfarenheten gissade studenterna oftare på en kvinnlig patient. Detta representerar ganska generella idéer om kvinnor och mäns respektive egenskaper. Paralleller kan även dras till de representationer av patientmän respektive patientkvinnor som jag i introduktionen nämnt framkommit vid granskning av populärkultur och läkemedelsreklam (Backman, 2005; Sandström & Johansson, 2004).

Våra resultat visade emellertid också hur studenterna kunde missledas att göra felaktiga antaganden utifrån den typen av generella idéer om kvinnor och män. I resultaten till brevstudien framkom nämligen stor variation mellan olika brev gällande i vilken utsträckning studenterna angivit "rätt" kön. Det fanns således både brev där föreställningarna inte alls stämde in på patienten samt föreställningar som generell var felaktiga.

Föreställda skillnader mellan kvinnor och män verkar genom något som skulle kunna kallas selektiv perception. Detta innebär att de befäster sig själva samtidigt som de begränsar vårt synfält. Möjligheten för oss att se sådant som vi inte förväntar oss att se kringskärs därmed. I och med att genusystemet, i vilket våra föreställningar om kön och vårt görande av kön ingår, bygger på idéer om skillnad kommer våra föreställningar att producera mätbara skillnader mellan kvinnor och män på gruppnivå (Ridgeway & Correll, 2004). På individnivå kommer emellertid samma föreställningar att skymma sikten då variationen inom grupperna alltid kommer att vara större än skillnader mellan grupperna (Hamberg et al., 2004b; Risberg et al., 2009).

Bortom frågorna hur bra eller dåligt läkarstudenterna lyckades gissa, respektive om föreställningarna fungerade eller inte finns det således en samling underliggande problem som behöver lyftas. Problem som handlar om vilka konsekvenser denna selektiva perception kan få i en klinisk kontext.

I och med att föreställningar om kön inte bara är idéer, utan också skapar normer och värderingar är de viktiga att reflektera över och förhålla sig till (Ridgeway & Correll, 2004). Detta särskilt i den vårdkontext i vilken omfattande forskning visat att genusbias föreligger. Dessa forskningsinsatser har dock i mindre utsträckning belyst processerna bakom uppkomsten av genusbias. Jag anser att de automatiska och skillnadsskapande processer, som kunde observeras i studenternas förklaringar i kombination med den selektiva perception som detta gav upphov kan vara en viktig ledtråd i att förstå hur processer av genusbias uppstår.

Den bild som målades upp i studenternas föreställningar av den typiskt manliga respektive kvinnliga patienten skulle mycket väl kunna påverka såväl bemötande som handläggning i klinisk praktik. Detta kan i sin tur få effekter dels för den enskilda patienten, dels för den dagliga vårdverksamhetens många bedömningar och prioriteringar (Johansson et al., 1996; Nyberg et al., 2008).

Ett illustrativt exempel från våra resultat är studenternas idéer om kvinnligt respektive manligt vårdsökande. Manliga patienter föreställdes vänta med att söka vård medan kvinnliga patienter associerades med hjälpsökande i större utsträckning. I en genusstruktur där manliga egenskaper värderas högre framstår det som tänkbart att män å ena sidan väntar att söka vård för att inte avvika från ett maskulint ideal och kvinnor å andra sidan avvaktar att söka vård för att inte

uppfattas som krävande. Om dessa föreställningar gällande så kallat manligt respektive kvinnligt sökbeteende är utbredda inom vårdverksamheten framstår det som sannolikt att männen omedvetet prioriteras när de (väl) kommer. Den uppenbara risk för orättvisa som föreligger består i att dessa generella föreställningar, i det individuella mötet med en vårdsökande man eller kvinna, kan orsaka att lika såväl som olika behov både skapas och förbises i vårdrelationen.

Det är även viktigt att generella idéer om män och kvinnor förstås utifrån den kontextuella struktur som läkarstudenterna simultant verkar inom och upprätthåller. De skillnader som observerades i delstudie IV beträffande genusmedvetenhet hos studenter i Sverige och Nederländerna säger kanske främst något om den svenska och nederländska utbildningskontexten. Uppmärksamhet på könskillnader och stereotypa uppfattningar om kvinnor och män är troligtvis mer irrelevanta och 'felaktiga' i en samhällsstruktur präglad av en utbyggd familjeomsorg samt andra initiativ som verkar för jämlika förutsättningar på både arbetsmarknaden och samhället i stort (Evertsson et al., 2009; SCB, 2010). Detta representerar samtidigt en väldigt stark och normativ diskurs i Sverige, där politiskt korrekta åsikter om kvinnor och män stundtals närmar sig ett utopiskt ideal (Rönblom, 2008). När genusstrukturer utgör ett mer uppenbart mönster i samhället, som i Nederländerna, framstår det säkerligen mer relevant att vara uppmärksam på könsskillnad (Evertsson, 2009; Verdonk et al., 2008c; Visser, 2002). Det är också tänkbart att det därmed skulle ligga närmare till hands att stereotypisera. Detta får konsekvenser för hur man bör arbeta med att integrera genus i läkarutbildningen i de två länderna.

Det kan exempelvis innebära att man inom en särskild kontext bör vara extra uppmärksam på vissa aspekter av genusbias. Om jag utgår från Risbergs (2009) teoretiska modell om genusbias, löper möjligen de svenska studenterna genom sitt förhållningssätt snarast risk för "att göra likhet" genom att förbise relevanta könsskillnader eller ignorera de maktstrukturer som finns samt konsekvenserna av dessa. Det finns också en risk att de antingen blundar för skillnader de borde göra, eller för skillnader de själva såväl som andra gör genom att påstå att de 'behandlar alla lika' eller att 'det är lika för alla'. De nederländska studenterna löper däremot risk "att göra skillnad" antingen genom ett särartstänkande där kvinnor och män ses som jämställda men olika, eller att de ses som ojämsställda till följd av essentialiserade olikheter eller prioriteringar som rättfärdigas av en utbredd struktur.

Utifrån våra resultat är det med andra ord av yttersta vikt att medicinsk forskning och undervisning om genusbias inom läkarutbildningen inte enbart kartlägger orättvisa förhållanden i handläggning, bemötande och behandling, utan inkluderar våra normativa och normskapande föreställningar om kvinnor och män, som en självklar faktor i dessa processer. Vidare är det viktigt att såväl forskning som undervisning inte bidrar till en ökad generalisering utan snarare, genom att de kontextualiseras, visar på föreställningarnas inneboende element av variation såväl som förändringspotential.

Läkarprofessionen: mer än bara arbete

I delstudie III som undersökte läkarstudenters idéer om sin ideala framtid framkom att den nästa generationen av läkare, både män och kvinnor, troligtvis inte kommer att vara intresserade av att ge upp behovet av en meningsfull fritid för att arbeta. Studenternas visioner om framtiden rymde nämligen så mycket mer än bara arbete. Detta var en tendens som kunde observeras såväl bland kvinnor som män.

I studenternas framtidsbeskrivningar anades många paralleller till Johanssons och Hambergs arbete (2007), som visat hur läkaryrket utvecklats från att vara ett högre kall till ett avlönat arbete. Men också till Nordgrens (2000) beskrivning av läkaryrkets utveckling. Nordgren menar att läkarprofessionen idag kännetecknas av en urholkning av makt, auktoritet, samhällsligt inflytande och mindre kontroll över den egna arbetssituationen. De mer individualistiskt inriktade prioriteringarna, som präglade läkarstudenternas framtidsbeskrivningar, kan utifrån detta betraktas som en väntad motreaktion. Den strukturella urholkningsprocess som dagens läkarprofession är inbegripen i kan också förklara att mer altruistiska ideal, som exempelvis en vilja att hjälpa andra förekom väldigt sparsamt i studenternas framtidsbilder.

Ett annat resultat från delstudie III var att när studenterna på första och sista terminen jämfördes urskilde sig männen på den sista terminen som den minst arbetsorienterade gruppen. Männens narrativ fokuserade istället på fritidsaktiviteter. Bland denna grupp män förekom det även önskemål om att arbeta deltid. Detta resultat ter sig mycket intressant att problematisera med tanke på det hot som det ökade antalet kvinnor inom läkaryrket ofta framställs utgöra. Något som i diskussionerna kommit att kallas "feminiseringen av läkaryrket".

Denna diskussion handlar i korthet om att kvinnliga läkare och ett ständigt ökande antal kvinnliga läkarstudenter anses orsaka negativa tendenser för professionens utveckling. Kvinnor har även anklagats för att ”anhopas” inom vissa specialiteter. Något som inom professionen syns i form av en horisontell segregering (Levinson & Lurie, 2004; Nordgren, 2000; Phillips & Austin, 2009). Utifrån ett genusperspektiv är det uppenbart hur orsakförklaringen av ”problemet” landar på gruppnivå istället för på en strukturell nivå. Att gruppen kvinnliga läkare och läkarstudenter konstrueras som ett problem för professionen innebär dessutom att problem läggs på den grupp inom professionen som, enligt tidigare studier, redan har ett betydligt snävare handlingsutrymme (Eriksson, 2003; Cassel, 1996; Beagan, 2000; Barbaria et al. 2012; Pingel et al., 2009). Även utifrån resultaten i delstudie III förefaller problemgörandet av kvinnor märkligt, då det i denna studie framkom att de kvinnliga studenterna var de som i störst utsträckning betonade intresse och lust att arbeta. Men i likhet med de manliga läkarstudenterna betonade även kvinnorna en vilja och ett behov av att uppnå en balans mellan liv och arbetsliv.

I diskussionen kring ”feminiseringen av läkaryrket” har det även gjorts antaganden om att kvinnor i högre utsträckning efterfrågar en hanterbar arbetssituation och en läkargärning i balans med livet utanför arbetet. Våra resultat om att sådana önskemål finns både bland de kvinnor och män som är under utbildning styrker därmed tidigare studier som indikerat att en eftersträvan efter balans i tillvaron är en generationsfråga snarare än en kvinnofråga (Bickel & Brown, 2005; Johansson & Hamberg, 2007). I relation till den horisontella segregering som framträder som ett tydligt könat mönster inom kåren tyder våra resultat, i kombination med andra studier som visat att kvinnliga studenter kan tänka sig de flesta specialistinriktningar (Gjerberg, 2002), på att även problemgörandet av kvinnor i relation till horisontell segregering har landat på fel förklaringsnivå. Den nya generationen läkares behov av att känna kontroll över sin livssituation styr troligtvis både unga män och kvinnors val av specialistinriktning och karriärval efter slutförd läkarutbildning. Någoting händer uppenbarligen på vägen och i mötet med den kliniska verksamheten. Jag kommer nu, men inspiration från begreppet ”den dolda läroplanen” (Hafferty, 1998), att försöka förklara vad detta någonting skulle kunna vara.

Könade aspekter av läkarblivande

De studenter som blir antagna till läkarutbildningen i Sverige är på många sätt en homogen skara. Resultaten från vår enkätstudie (delstudie IV) visade att de allra flesta läkarstudenter har högutbildade föräldrar som är födda i Sverige och att de är själva födda i Sverige. Studenterna är därtill oftast heterosexuella och unga. De allra flesta har mycket höga betyg från gymnasiet och har fått sin utbildningsplats i hård konkurrens med andra. Läkarstudenter kan utifrån detta anses tillhöra den typ av privilegierade samhällsgrupp, som ofta simultant agerar normföreträdare och normförsvare. Men kön genomskär och orsakar maktförskjutningar även inom hegemoniska grupper (Connell, 1987). Av denna anledning är det viktigt att ytterligare försöka belysa betydelsen av kön både i läkarutbildningens dolda läroplan och i den socialiseringsprocess som läkarblivandet är.

Under läkarutbildningen sker det mycket som sällan formuleras explicit i nationella utbildningsmål eller kursplaner (Hafferty, 1998; Jaye et al., 2006; Lindberg, 2012; O'Sullivan et al., 2012; Phillips & Clarke, 2012). Processen att bli läkare innefattar betydlig mer än vad den typen av dokument kan innehålla. Läkarblivandet kan därför i stor utsträckning förstås som en socialiseringsprocess. Denna handlar bland annat om att lära sig den medicinska jargongen, om att kunna orientera sig och så småningom röra sig hemtamt i stora sjukhusbyggnader tillsammans med andra läkare. Under denna socialiseringsprocess utvecklar studenterna också strategier för att både förhandla och erövra positionen som läkare i en hierarkisk, könad och heterosexuelliserad struktur. Att vara analytiskt uppmärksam på vilka attityder och värderingar som förekommer inom läkarutbildningens olika utbildningsmiljöer är därför viktigt för att förstå både vad studenterna gör med denna struktur och vad den strukturella situationen gör med dem.

Forskning har exempelvis visat att kön spelar roll för studenternas upplevelser av den kliniska praktiken. Dessa upplevelser kan handla om att inte känna sig välkommen på arbetsplatsen, inte få möjlighet att öva praktiska färdigheter, inte få hjälp av övrig personal eller om att uppleva brister i bemötande. Denna typ av negativa upplevelser drabbar oftare kvinnor (Bickel, 2001; Barbaria et al., 2012; Larsson et al, 2003). Detta tyder på att kvinnliga läkarstudenter redan under utbildningen börjar känna av det balanserande där de simultant måste hantera kravet på att försöka uppfylla ett maskulint kodat läkarideal och samtidigt upp-

rätthålla och iscensätta tillräckligt mycket ”naturlig kvinnlighet” för att accepteras inom den övergripande och samhällseliga könsstruktur som läkarprofessionen ingår i. Om de inte lyckas med denna balansakt kan de drabbas av uppenbara sanktioner, vilket rapporterade negativa upplevelser från klinisk praktik kan ses som exempel på (Davies, 2001; Eriksson, 2003). Denna typ av underminerande processer har sannolikt en negativ inverkan på studieresultat, upplevelsen av studiemiljön och påverkar karriärval efter grundutbildningen för kvinnliga läkarstudenter. Hur mycket denna balansakt skaver varierar givetvis inom olika specialiteter och på olika arbetsplatser. Exempelvis har studier visat att sexuella trakasserier förekommer oftare inom vissa specialiteter. Olika specialiteter har haft olika utgångslägen och lyckats mer eller mindre bra i arbetet med förändrade strukturer som sägs sitta i väggarna, men snarare handlar om formen på den kropp som ryms inom specialitetens rock.

I den ovanstående analysen framkom att den horisontella segregeringen inom läkaryrket har identifierats som ett problem. I och med att kvinnor, på grund av sin könstillhörighet i en könad struktur, i högre utsträckning drabbas av negativa erfarenheter under sin utbildning framstår det som sannolikt att detta är en faktor när dessa kvinnor väljer specialistinriktning.

Att bevisa motstånd där öppenhet råder

Min resultatdiskussion visar, både utifrån mina egna delstudier och genom tidigare forskningsinsatser, att det finns en överväldigande mängd bevis att olika dimensioner av kön har betydelse inom den medicinska kontexten. Att medicinsk genusforskning är ett etablerat kunskapsfält med en mängd olika inriktningar och ett oräkneligt antal studieområden illustrerades även i introduktionen till denna kappa.

Den här resultatdiskussionen har fokuserat tre olika situationer där kön spelar roll. Jag har utifrån resultaten i brevstudien visat hur läkarstudenters generella föreställningar om kön utgör en riskfaktor för uppkomsten av genusbias inom vården. Utifrån enkätstudiens resultat illustrerade jag därefter hur problemgörandet av kvinnor inom professionen inte stämmer med överens med kvinnliga och manliga läkarstudenters intentioner rörande inställningen till det framtida arbetslivet. För att kunna belysa de interna professionssammanhang som kan leda till problem för kvinnor under sitt läkarblivande analyserades könsstruktu-

ren inom yrket utifrån ett socialiseringsperspektiv. Diskussionen av mina resultat har således visat att läkarstudenter har föreställningar om kön genom vilka de gör kön. Att läkarprofessionen å sin sida gör kön genom den icke-evidensbaserade konstruktionen av kvinnor som ett problem för professionen. Och till sist, att rådande könsstrukturer inom professionen under läkarblivandet skapar kännbara problem för kvinnor, som bidrar till återskapandet av differentierande och hierarkiska könsmonster inom professionen.

Mina resultat kan således läggas till den ständigt växande hög av bevis på att kön - som sagt - spelar roll inom medicinen. Detta insamlade och ansamlade av bevis har i ett etableringsskede varit en viktig strategi för den medicinska genusforskningen. Detta för att förse det kunskapsområde som man har sett ett akut behov av att utveckla med legitimitet. Men det har även varit ett sätt att hantera och försvara sig mot det låga motstånd – avseende såväl kunskapsnivå och mottaglighet – som försöker förskjuta genusfrågor *från* det medicinska vetenskapsområdet (Wear, 1997).

Detta förskjutande kan även begripliggöras både i relation till de idealbilder som skrivs fram i de nationella utbildningsmålen och hur blivande läkare förhåller sig till dessa under sin socialiseringsprocess. I dessa utbildningsmål betonas ”stora sammanhang”, ”öppen” för ett livslångt lärande och ”kritiskt tänkande” (Högskoleförordningen, Nationella lärandemålen för läkarexamen; Lindberg, 2012). Detta ideal skulle med lätthet kunna användas för en mer nyfiken inställning till den nya kunskap som genusvetenskapen erbjuder. Samtidigt kan upplevelsen av att läkarpositionen i sig själv redan innefattar dessa ideal resultera i en obenägenhet att förstå värdet av ny kunskap. Kort sagt, utifrån en icke-reflexiv och inom-paradigmatisk position kan det rådande läkaridealet användas för att motsätta sig eller tämligen obrytt nonchalera genusperspektivets relevans inom medicinsk fakultet.

Den bevisstygnd som byggts upp av medicinsk genusforskning har emellertid inneburit både initiativ och beslut på en nationell politisk nivå för att åtgärda de odemokratiska orättvisor och risker som strukturella könsmonster kan innebära för individer och för grupper av individer. Motståndet inom medicinen mot inkluderandet av genusfrågor har därför varit tvunget att exempelvis acceptera att genusundervisning inkluderats inom läkarutbildningen. Genusundervisningen på läkarutbildningen har dock även den känt av detta motstånd i mötet med

studenterna och försökt utveckla strategier för att möta upp detta. I forskningsrapporter som berör genusundervisning på läkarutbildningen betonas ofta vikten av att skapa ett öppet, tillåtande och konstruktivt diskussionsklimat för att studenterna inte skall hamna i låsta positioner (Hamberg & Johansson, 2006; Norstedt & Davies, 2003; Wear, 1997). Det lärarna inom genusundervisningen har försökt föregripa handlar om det individualiserade motstånd där studenterna varken vill påta sig en skuld, som de inte anser sig vara ansvariga för eller gå med på att betrakta sig själva som ett offer.

Studenternas motstånd kan dessutom förstås i relation till det återskapande av motstånd som kan ske genom socialiseringsprocessen in i läkaridealet. Precis som processer av genusbias måste studenternas motstånd också kontextualiseras i relation till det svenska sammanhanget. De studenter som för närvarande finns inom den svenska utbildningen har växt upp med diskussionen om ökad jämställdhet och hört argumenten så många gånger att de upplever att problemet redan är löst (Norstedt & Davies, 2003; jmf Rönnblom, 2008; Swahnberg et al., 2010). Den svenska kontexten kan dessutom erbjuda ytterligare en utmaning genom den samhällsorganisation i vilken individer inte vill kännas vid ett kollektivt ansvar. Realiserandet av social rättvisa och jämställdhet förläggs på en makronivå (Berggren & Trädgårdh, 2006; Jmf Magnusson, 2008). Jämställdhet blir på detta sätt ett mått som någon annan, någon annanstans skall fixa.

Här framkommer återigen en förvirring av olika nivåer – individ, grupp, struktur. I denna resultatdiskussion har detta varit ett återkommande tema. Det kunde anas som en bakomliggande faktor i processer av genusbias. Det kunde anas i läkarprofessionens problemgörande av det ökande antalet kvinnor som antas till läkarutbildningen och den så kallade ”anhopningen” av dessa kvinnor inom vissa specialiteter. Det kunde anas i hur kvinnors negativa erfarenheter av läkarblivandets könade praktik riskerar att förstärka den horisontella segregeringen inom läkaryrket. Det kunde slutligen anas i motståndet mot genusvetenskap inom medicinsk fakultet samt i de strategier som den medicinska genusforskningen därför varit tvungen att utveckla när dessa kunskaper skall implementeras och förmedlas till studenterna.

Jag kommer här nedan att formulera det kunskapsbidrag, som jag med denna avhandling vill lämna både till den medicinska vetenskapen och till den medicinska genusforskningen.

Med genusmedvetenhet som mål och genusteori som metod

Läkarutbildningen är en yrkesutbildning. En yrkesutbildning som är sammanvävd med de institutionella system som både vården och den medicinska vetenskapen är. Detta leder till att denna utbildning kan påverkas av, och inbegripas i, många olika typer av processer, exempelvis utbildningspolitiska beslut som fattats för att åtgärda behov i vården eller utvecklingar inom olika vetenskapliga och tvärvetenskapliga kunskapsområden. Behovet av implementeringen av genusperspektiv inom läkarutbildningen är något som har adresserats både från politiskt och vetenskapligt håll. I denna avhandling har i sin tur läkarutbildningen och läkarstudenter analyserats utifrån ett genusteoretiskt perspektiv. Flera tydliga problem har framkommit. Jag upplever dock att det absolut största problemet handlar om otydlighet.

En sådan otydlighet är vad ett genusperspektiv inom läkarutbildningen innebär och vems ansvar det är att förmedla detta till studenterna. Önskvärdheten har formulerats på en nationell nivå, men i de nationella lärandemålen för läkarutbildningen nämns varken ordet kön eller genus. Det är istället upp till de enskilda lärosätena att formulera detta inom de lokala målen. När dessa granskas blir det tydligt att inte heller alla lärosäten använder ordet kön eller genus och att de som gör det väljer olika begrepp. Själva implementeringen av detta genusperspektiv varierar dessutom mellan olika lärosäten.

Utelämnandet av genusperspektivet från de nationella målen, bristen på enhetlighet mellan lärosätena samt skillnader i förmedlingen leder till att genusperspektiv blir ett poröst fenomen, som kan innehålla lite vad som helst eller inget alls. I och med att det inte tas något strukturellt eller institutionellt ansvar för genusperspektivet som ett kunskapsområde så leder detta till att studenterna också kan göra lite vad som helst eller inget alls med genusperspektivet.

Detta är ett exempel på den återkommande process av *nivåförvirring* som verkar uppstå när läkarutbildning, läkarstudenter och läkarprofessionen försöker interagera med genusperspektivet. Med *nivåförvirring* menar jag den process genom vilken olika typer av könade frågor respektive genusfrågor konsekvent tycks hamna på fel nivå gällande såväl problemformulering som ansvar.

De olika nivåer som oftast tycks bli inbegripna i dessa förvirringsprocesser är individ, grupp och struktur. Ett utmärkande drag är att förvirringen uppstår

genom *glidningar* mellan dessa olika nivåer. Inom läkarutbildningen leder dessa glidningar exempelvis till att ett strukturellt problem inom professionen konstrueras som ett problem som är specifikt för en viss grupp. Samtidigt som det blir upp till de individer, som av strukturen placerats i denna grupp, att utveckla strategier för att hantera både denna gruppstillhörighet och sitt strukturella sammanhang. Det kan också handla om glidningar från individuell nivå till generaliseringar på gruppnivå, eller det motsatta d.v.s. att generaliseringar kring en grupp tillämpas på individer. Det kan också handla om glidningar från strukturell till individuell nivå och från individuell till personlig nivå. På detta sätt kan således även kunskapsfrågor förvandlas till åsiktsfrågor och de strukturella könsmonster inom professionen, som rimligtvis borde adresseras på en strukturell nivå, förvandlas till individualiserade erfarenheter och egenskaper som alltså är könade.

Inom läkarutbildningen är lösningen på detta att genusperspektivet måste ges en fastare form som ett kunskapsområde. Ett kunskapsområde som bör sättas i direkt relation till de kunskaper, förmågor, färdigheter och förhållningssätt som de blivande läkarna behöver i sina yrkesliv. Det vill säga ett kunskapsbaserat och teoretiskt förankrat genusperspektiv. Vad mer kan en människa önska sig.

Tacksamhet

Nu, när någonting som länge tett sig högst abstrakt ska konkretiseras. När ett liv, som i slutet oundvikligen blivit en introvert och rätt absurd tillvaro, plötsligt ska omvandlas till en sal full av ett nervöst nu. Till frågor, svar och lyssnande samtal. Mitt bland nära, kära och nyfikna. Nu, när det känns som att alla ord nästan är slut. Finns det ett ord kvar, det kanske viktigaste: tack!

Först och främst, tack till mina handledare; Katarina Hamberg, Pär Salander och Eva Johansson för att ni tillsammans inspirerat mig till och lärt mig att. Engagerade och skarpa Katarina, som med vind i håret envist föreläser om genus på läkarutbildningen och som väckte lusten att veta mer. För att du på den här långa vägen balanserat ett avundsvårt driv och en pådrivande uppgift med flexibilitet när det behövts. Pär, för att du är lite av ett formuleringsgeni och för en väldigt rolig berättelse om en bussåkande bäver. Tack också Katarina och Pär för att ni visade mig semesterparadiset där Skuleberget möter havet. Och till de färgstarka döttrarna: Stina, Sofia och Johanna Salander för smittande energi och entusiasm, feministisk allsång, onormalt viktig teater och många timmar av inmatning. Åter till Eva som jag även vill tacka för den generösa glädjen och den evigt unga entusiasmen. För den västerbottniska charmen och det långa håret. För små instick av arkitekturhistoria på våra promenader i olika konferensstäder.

Tack alla ni som medverkat till att göra dessa studier möjliga. Vetenskapsrådet som via anslag stöttat denna forskning ekonomiskt. Deltagande studenter, som läst och valt och känt och tyckt. Tack för ert tålamod och svar på långa enkäter, för reflektioner kring framtiden och kryss i rutor många sidor upp och ner.

Tack också till alla goda samarbetare! Saima Diderichsen för att du på ditt alldeles egna avslappnade och underfundiga sätt gjorde forskargruppen komplett. För trevligt resesällskap. För en effektiv, vacker och blåsig skrivarvistelse i huset på Ven och inte minst - tack för pashkan! Petra Verdonk, tack för högre holländsk humor och färsk sparris med skinka. För pedagogisk hjälp samt för lojalt, snabbt och osvikligt noggrant kommenterande av text. Tack också till Toine Lagro-Janssen för inspirerande, trevligt och produktivt samarbete. Tack till Margaret van Tongeren-Alers som lät mig följa med i hennes nederländska mammatillvaro under min forskningsvistelse i Nijmegen. Tack till Marie Brandstetter-

Hiltunen och Emma Knutsson, för samarbetet kring den första studien och artikeln i vad som känns som tidernas begynnelse. Tack Sonja Nordström för kreativt samarbete kring avhandlingens omslag.

Kollektivt tack till alla er som läst och kommenterat mer eller mindre färdiga texter och tankar på vägen! Särskilt tack till Lisa Harryson och Gunilla Risberg för påläst och varsam inspiration vid mitt antagningsseminarium. Till Annika Forssén, Katarina Swahnberg och Marie Lindkvist för värdefulla kommentarer och utmanande frågor vid mitt mittseminarium. Tack också Marie för att du omsatte dina funderingar kring metoders begränsningar till konkret, engagerad handledning i den statistiska snårskogens möjligheter. Jag vill även tacka Hans Stenlund, som med förenklade skisser och korstabeller får allt att låta förvånansvärt begripligt och görligt. Tack Susan Phillips för dina värdefulla synpunkter på ett manus som legat för länge, generöst delande av kunskap och dina konstnärligt utformade presentationer som alltid är en fröjd att lyssna till!

Tack alla kollegorna på Allmänmedicin för stöd som känns, för stunder av utsikt och samvaro i Utsikten. Tack också för ovärderligt stöd i form av handfast hjälp: Maria Broström för blanketter och diverse utdrag, Ewa Flygare-Sånglöf för välaxlat arbetsmiljöansvar, Lotta Mörtsell som alltid lyckas överlista skrivaren, Cia Norman för ordning på papper, fakturor och institutionell pondus, AnnaMaria Astlind Nygren för utskrift av väldigt många brev, Anne-Lie Gunnarson för administration och logistik kring mängder av enkäter. Tack till Sig-Britt Wikström för nyckeln till min tillflykt på vinden. Särskilt tack också till doktorand- och postdokgruppen för värdefullt delande av situation, för generositet och gemensam klokhet. Jag tänker framförallt på Sofia Elwér, Per Gustafsson, Lisa Harryson, Klara Johansson och Anna-Karin Waenerlund eftersom vi haft mest tid tillsammans. Tack också till min rumskompis Ulla Danielsson, med alla böcker man kan tänka sig vilja läsa i bokhyllan och en liten kvarlämnad chokladsnutt.

Tack till Genusforskarskolans personal och doktorander för tvärvetenskapande när det är som bäst. För en miljö som känns, gör skillnad och lämnar avtryck. Tack för långa och korta internat ihop och för kurser. Tack till seminariegruppen, som utifrån olika positioner och med olika förkunskaper läst, tyckt och frågat. Här har jag fått min akademiska utbildning! Tack också Hanna Bertilsdotter, för regelbundet inspirerande umgänge. Tack till Sara Edenheim för att din poststrukturella ledarstil till slut gick med på att tuktas efter gruppens behov.

Tack Sara Lilliehorn, som jag knappt lyckades dela genusforskarmiljön med, men nu bara är några vinbärsbuskar ifrån. Tack för diktafon-lån och luncher och för att du och Johan Tegman är så sällsynt trevliga grannar!

Tack också till vännerna! Till Caroline Mellberg, för hyrsläp, allehanda hjälp och pålitlig skänskhet. Matilda Nordström och Anders Nygren för gemensamt slit och släp och alldeles underbar delad levd erfarenhet, ett stenkast från varandra, i småbarnstider. Tack även till Erik Jönsson för dessa tider och för att vi fortsätter försöka, i tid och otid. Tack till Emma Samuelsson, Anna Küller och Lisa Westring, tillsammans med er kan jag vara många åldrar och fortsätta växa.

Tack mamma Suzanne, för styrka, stärkande närhet och tillåtande känslighet. Till pappa Thomas, för varmt tålamod, lösningsinriktad envishet och föredömlig vardagsförnöjsamhet. Tack Anton och Vidar, mina genomsnälla bröder! Anton, för det utmärkta beslutet att läsa i Umeå så att vi kunde skapa oss en liten enklav här. Vidar, för lågmäld storhet och allehanda finfina tips. Till mormor och mormor-mormor Nancy som på vägen förser oss alla med omsorg i form av värmande ragsockor, vykort på namnsdagar och kärnfullt formulerade sms. Tack till Tatta för hjälp med bilder och postrar, för prima mosteri i livets alla åldrar.

Slutligen, från allra längst ner i hjärtat, tack till min fina familj! Tack Joar och Einar, för den ovärderliga avslappningsmetoden korv med mys, dagliga kärleksförklaringar och alla verkligt viktiga varför. Och tack Bodil, för den där trygga handen på ryggen som jag alltid har med mig. Tack för att du under forskningsprocessen vågigt hanterat såväl den kvinnliga transcendensens baksidor som alla immanenta flyktförsök med ett alltid lika övertygande ”det är som det behöver vara”, ”det går över”, ” eller min favorit: ”det finns tid”. Tack för sans (nåja) och essens (oja!). Tack för ömsesidighet och för minne. Nu bara fortsätter vi. Kärlek!

Referenser

- Addis, M. & Mahalik, J. (2003). Men, masculinity, and the context of health seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14.
- Ahnquist, J., Wamala, S.P. & Lindstrom, M. (2012). Social determinants of health -a question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Science & Medicine*, 74(6), 930-939.
- Alex, L., Hammarström, A., Norberg, A. & Lundman, B. (2008). Construction of masculinities among men aged 85 and older in the north of Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 451-459.
- Alexandersson, K., Wingren, G. & Rosdahl, I. (1998). Gender analyses of medical textbooks on dermatology, epidemiology, occupational medicine and public health. *Education for Health*, 2, 151-163.
- Arber, S., McKinlay, J., Adams, A., Marceau, L., Link, C. & O'Donnell, A. (2006). Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment. *Social Science & Medicine*, 62(1), 103-115.
- Arouni, A. J. & Rich, E. C. (2003). Physician gender and patient care. *Journal of Gender Specific Medicine*, 6(1), 24-30.
- Ashton, H. (1991). Psychotropic-drug prescribing for women. *The British Journal of Psychiatry*, 158(Suppl. 10), 30-35.
- Association of American Medical Colleges. (2011). *U.S. Medical School First-Time Applicants, 2001-2011*. Hämtad senast oktober 2012 från Association of American Medical Colleges: <https://www.aamc.org/download/264082/data/applicantenrollmentdata2011.pdf>
- Association of Faculties of Medicine of Canada. (2010). *Enrolment in Canadian faculties of medicine by sex, 1968/69 – 2010/11*. Hämtad senast oktober 2012 från Association of Faculties of Medicine of Canada: <http://www.afmc.ca/pdf/EnrolTotalTrend1-2010.pdf>
- Backman, S. (2005). *Den sjuke mannen: populärkulturella gestaltningar av manlig ohälsa*. Doktorsavhandling, Linköpings universitet, Institutionen för Tema.
- Barbaria, P., Abedin, S., Berg, D. & Nunez-Smith, M. (2012). "I'm too used to it": a longitudinal qualitative study of third year female medical student' experiences of gendered encounters in medical education. *Social Science & Medicine*, 74(7), 1013-1020.
- Beagan B.L. (2000). Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients. *Social Science & Medicine*, 51(8), 1253-1265
- Beagan, B.L. (2003). Teaching social and cultural awareness to medical students: "it's all very nice to talk about it in theory, but ultimately it makes no difference". *Academic Medicine*, 2003, 78(6), 605-614.
- Beagan, B.L. (2005). Everyday classism in medical school: experience marginality and resistance. *Medical Education*, 39(8), 777-784.
- Bensing, J., van den Brink-Muinen, A. & de Bakker, D. (1993). Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Medical Care*, 31(3), 219-229.

- Bergenheim, Å. (1997). Den aktiva mannen och den passiva kvinnan – föreställningar kring kön och makt i historien. I: I. Hagman (Red.), *Mot halva makten – elva historiska essäer om kvinnors strategier och mäns motstånd* (Statens offentliga utredningar 1997:113). Hämtad senast oktober 2012 från: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/25/17/5259495d.pdf>
- Berggren, H. & Trädgårdh, L. (2006). *Är svensken människa? Gemenskap och oberoende i det moderna Sverige*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Bernstein, B. & Kane, R. (1981). Physicians' attitudes toward female patients. *Medical Care*, 19(6), 600-608.
- Bickel, J. (2000). Women in academic medicine. *Journal of the American Medical Women's Association*, 55(1), 10-19.
- Bickel, J. (2001). Gender equity in undergraduate medical education: a status report. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(3), 261-270.
- Bickel, J. & Brown, A.J. (2005). Generation X: implications for faculty recruitment and development in academic health centers. *Academic Medicine*, 80(3), 205-210.
- Bjorkman, M. & Malterud, K. (2012) Lesbian women coping with challenges of minority stress: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(3), 239-244.
- Blair, I.V. & Banaji, M.R. (1996). Automatic and controlled processes in stereotype priming. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1142-1163.
- Blehar, M.C. (2006). Women's mental health research: the emergence of a biomedical field. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 135-160.
- Bodenhausen, G.V. (2005). The role of stereotypes in decision-making processes. *Medical Decision Making*, 25(1), 112-118.
- Bourdieu, P. (1998). *Practical Reason. On the theory of action*. Cambridge: Polity.
- Brewer, M. & Layton, L. (1989). The primacy of age and sex in the structure of person categories. *Social Cognition*, 7(3), 262-274.
- British Medical Association. (2009). *Equality and diversity in UK medical schools*. Hämtad senast oktober 2012 från British Medical Association: <http://bma.org.uk/developing-your-career/becoming-a-doctor/equality-and-diversity-in-medical-schools>
- Bylund, C. L. & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 207-216.
- Cameron, D. (2003). Gender and language ideologies. I: J. Holmes & M. Meyerhoff (Red.), *The Handbook of Language and Gender*. Oxford: Blackwell.
- Carlstedt, G. (1992). *Kvinnors hälsa. En fråga om makt*. Falun: Tiden/Folksam.
- Cassell, J. (1996). The woman in the surgeon's body: understanding difference. *American Anthropologist*, 98(1), 41-53.
- Chang, A.M., Mumma, B., Sease, K.L., Robey, J.L., Shofer, F.S. & Hollander, J.E. (2007). Gender bias in cardiovascular testing persists after adjustment for presenting characteristics and cardiac risk. *Academic Emergency Medicine*, 14(7), 599-605.
- Cliffordson, C. & Askling, B. (2006). Different grounds for admission: its effects on recruitment and achievement in medical education. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), 45-62.

- Cohen, J.S. & Patten, S. (2005). Well-being in residency training: a survey examining resident physicians satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*, 5, 21.
- Colameco, S., Becker, L.A. & Simpson, M. (1983). Sex bias in the assessments of patient complaints. *The Journal of Family Practise*, 16(6), 1117-1121.
- Collier, V.U., McCue, J.D., Markus, A. & Smith, L. (2002). Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 384-390.
- Connell, R.W. (1987). *Gender and power*. Stanford: Stanford University Press.
- Connell, R.W. (2002). *Gender*. Cambridge: Polity.
- Connell, R. (2012). Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1675-1683.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Dahlin, M., Fjell, J. & Runeson, B. (2010). Factors at medical school and work related to exhaustion among physicians in their first postgraduate year. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(6), 402-8.
- Daly, C., Clemens, F., Lopez Sendon, J.L., Tavazzi, L., Boersma, E., Danchin, N. et al. (2006). Gender differences in the management and clinical outcome of stable angina. *Circulation*, 113(4), 490-498.
- Danielsson, U., Bengs, C., Lehti, A., Hammarström, A. & Johansson, E.E. (2009). Struck by lightning or slowly suffocating – gendered trajectories into depression. *BMC Family Practise*, 10(1), 56.
- Davies, K. (2001). *Disturbing gender. On the doctor-nurse relationship*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Sociologiska institutionen.
- Dawson, B. & Trapp, R.G. (2004). *Basic and Clinical Biostatistics* (4. uppl.). USA: Lange Medical Book/McGraw-Hill.
- Dijkstra, A., Verdonk, P. & Lagro-Janssen, A. (2008). Gender bias in medical textbooks: example from coronary heart disease, depression, alcohol abuse and pharmacology. *Medical Education*, 42(10), 1021-1028.
- Doyal, L. (1995). *What makes women sick: gender and the political economy of health*. London: MacMillan.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender and health: the need for a new approach. *BMJ*, 323, 1061-1063.
- Einarsson, J. & Hultman, T.G. (1984). *Godmorgon pojkar och flickor. Om språk och kön i skolan*. Malmö: Liber.
- Ekström, H. (2009). Kvinnors hälsa en fråga om hormoner? Hur och varför menopausen blev en sjukdom. I: J. Brodersen, B. Hovellius & L. Hvas (Red.), *Skapar vården ohälsa?* Lund: Studentlitteratur.
- Elvin-Nowak, Y. & Thomsson, H. (2003). *Att göra kön. Om vårt våldsamma behov att vara kvinnor och män*. Smedjebacken: Albert Bonnier Förlag.
- Eraut, M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. London: Routledge.
- Eriksson, K. (2003). *Manligt läkarskap, kvinnliga läkare och normala kvinnor: köns- och läkarskapande symbolik, metaforik och praktik*. Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Sociologiska institutionen.

- Evertsson, M., England, P., Mooi-Reci, I., Hermsen, J., de Bruijn, J. & Cotter, D. (2009). Is gender inequality greater at lower or higher educational levels? Common patterns in the Netherlands, Sweden, and the United States. *Social Politics*, 16(2), 210-241.
- Fausto-Sterling, A. (1992). *Myths of gender. Biological theories about women and men*. New York: Basic Books.
- Fausto-Sterling, A. (2005). The bare bones of sex part 1- Sex and gender. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(2). 1491-1528.
- Fausto-Sterling, A. (2012). *Sex/gender: biology in a social world*. New York: Routledge.
- Fiske, S.T. & Taylor, S.E. (1991). *Social cognition* (2. uppl.). New York: McGraw-Hill.
- Foss, C. & Sundby, J. (2003). The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients. *Patient Education and Counseling*, 49(1), 45-52.
- Fridner, A. (2004). *Karriärvägar och karriärmönster bland disputerade läkare och medicinare*. Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Institutionen för psykologi.
- Gage, N. (1989). The paradigm wars and their aftermath: a "historical" sketch of research and teaching since 1989. *Educational Researcher*, 18(7), 4-10.
- Gergen, M. (1997). Life stories: pieces of a dream. I: M. Gergen & S. Davies (Red.), *Towards a new psychology of gender*. New York: Routledge.
- Gjerberg, E. (2001). Medical women – towards full integration? An analysis of the speciality choices made by two cohorts of Norwegian doctors. *Social Science & Medicine*, 52(3), 331-343.
- Gjerberg, E. (2002). Gender similarities in doctors' preferences - and gender differences in final specialisation. *Social Science & Medicine* 54(4), 591-605.
- Greenhalgh, T., Seyan, K., & Boynton, P. (2004). "Not a university type": focus group study of social class, ethnic, and sex differences in school pupils' perceptions about medical school. *BMJ*, 328(7455), 1541.
- Haavind, H. (1992). Vi måste söka efter könets förändrade betydelse. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 13(3), 16-33.
- Hafferty, F.W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407.
- Hall, J.A. & Roter, D.L. (2002). Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 217-244.
- Hamberg, K. (2003a). Genusperspektiv relevant för många av läkarutbildningens ämnen. Viktigt att betrakta män och kvinnor med helhetssyn. *Läkartidningen*, 100(49), 4078-83.
- Hamberg, K. (2003b). Få och spridda genusinslag i Umeås läkarprogram. Lärarna nyckelgrupp för att sjösätta förslagen till förbättringar. *Läkartidningen*, 100(49), 4084-4085, 4088-4090.
- Hamberg, K. (2004a). Om förvirringen kring biologi, kön och genus i medicinen. I: Vetenskaprådet rapportserie, *Medicinsk genusforskning, teori och begreppsutveckling*. Hämtad senast oktober 2012 från Vetenskaprådet publikationstjänst: http://cm.e-line.nu/servelet/us_pyra?wts.PAGE=h_ix3.htm&p=H
- Hamberg, K. (2008). Gender bias in medicine. *Women's health*, 4(3), 237-243.
- Hamberg, K. & Johansson, E. (2006). Medical students' attitudes to gender issues in the role and career of physicians: a qualitative study conducted in Sweden. *Medical Teacher*, 28(7), 635-641.

- Hamberg, K. & Larsson, M.-L. (2009). Still far to go: gender perspective in written cases used at a Swedish medical school, *Medical Teacher*, 31(4), 131-138
- Hamberg, K., Risberg, G. & Johansson, E.E. (2004b). Male and female physicians show different patterns of gender bias. A paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(2), 144-152.
- Hamberg, K., Risberg, G., Johansson, E.E. & Westman, G. (2002). Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(7), 653-665.
- Hammarström, A. (2003). The integration of gender in medical research and education – obstacles and possibilities from a nordic perspective. *Women & Health*, 37(4), 121-133.
- Hammarström, A. (2005). *Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenhet om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Stockholm: Högskoleverket.
- Haraway, D. (1991). *Simians, cyborgs, and women*. New York: Routledge.
- Hariz, G.-M. & Hariz, M.I. (2000). Gender distribution in surgery for Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 6(3), 155-157.
- Hariz, G.-M., Nakajima, T., Limousin, P., Foltynie, T., Zrinzo, L., Jahanshahi, M., et al. (2011). Gender distribution of patients with Parkinson's disease treated with subthalamic deep brain stimulation; a review of the 2000-2009 literature. *Parkinsonism & Related Disorders*, 17(3), 146-149.
- Heiliger, P.J. & Hingstman, L. (2000). Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Social Science & Medicine*, 50(9), 1235-1246.
- Hirdman, Y. (1988). Genussystemet – reflexioner kring kvinnors sociala underordning. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, nr. 3, 49-63.
- Hirdman, Y. (2001). *Genus – om det stabila föränderliga former*. Malmö: Liber.
- Hirschbein, L. (2006). Science, gender, and the emergence of depression in American psychiatry, 1952-1980. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 61(2), 187-216.
- Hoffman, E., Magrane, D. & Donoghue, G.D. (2000). Changing perspectives on sex and gender in medical education. *Academic Medicine*, 75(11), 1051-1055.
- Hoffnung, M. (2004). Wanting it all: career, marriage, and motherhood during college-educated women's 20s. *Sex Roles*, 50(9-10), 711-723.
- Holge-Hazelton, B. & Malterud, K. (2009). Gender in medicine does it matter? *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(2), 139-145.
- Hubbard, R. (1990). *The politics of women's biology*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Högskoleförordningen, 1993:100 (SFS, 2006:1053) med bilaga 2 Examensordning.
- Högskolelagen, 1992:1434 (SFS, 2006:173).
- Höök, P. (2001). *Stridspiloter i vida kjolar. Om ledarutveckling och jämställdhet*. Doktorsavhandling, Handelshögskolan, Stockholm.
- JAMA, Council on Ethical and Judicial Affairs, AMA. (1991). Gender disparities in Clinical decision making. *JAMA*, 266, 559-562.
- Jaye, C., Egan, T., & Parker, S. (2006). 'Do as I say, not as I do': medical education and Foucault's normalizing technologies of self. *Anthropology & Medicine*, 13(2), 141-155.

- Johannisson, K. (2004). *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedts.
- Johansson, E. & Hamberg, K. (2007). From calling to a scheduled vocation: Swedish male and female students' reflections on being a doctor. *Medical teacher*, 29(1), 1-8
- Karim, F., Islam, A., Chowdhury, A.M.R., Johansson, E. & Diwan, V.K. (2007). Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis. *Health Policy Planning*, 22(5), 329-334.
- Katz, J.N., Wright, E.A., Guadagnoli, E., Liang, M.H., Karlson, E.W. & Cleary, P.D. (1994). Differences between men and women undergoing major orthopedic surgery for degenerative arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 37(5), 687-694.
- Kempner, J. (2006). Gendering the migraine market: do representations of illness matter? *Social Science & Medicine*, 63(8), 1986-1997.
- Kilminster, S., Downes, J., Gough, B., Murdoch-Eaton, D. & Roberts, T. (2007). Women in medicine--is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Medical Education*, 41(1), 39-49.
- Klemm, P., Hurst, P., Dearholt, S.L. & Trone, S.R. (1999). Gender differences on Internet cancer-support groups. *Computer Nursing*, 17(2), 65-72.
- Koch, A., Edwards, A., Haapaniemi, S., Nordin, P. & Kald, A. (2005). Prospective evaluation of 6895 groin hernia repairs in women. *British Journal of Surgery*, 92(12), 1553-1558.
- Lagro-Janssen, T. (2007). Sex, gender and health: development in research. *European Journal of Women's Studies*, 14(1), 9-20.
- Larsson, C., Hensing, G. & Allebeck, P. (2003). Sexual and gender-related harassment in medical education and research training: results from a Swedish survey. *Medical Education*, 37(1), 39-50.
- Legato, M. (2004). *Principles of gender-specific medicine. Vol. 1-2*. London: Elsevier Academic Press.
- Lehti, A. & Mattson, B. (2001). Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women- a general practice perspective, *Family Practice*, 18(4), 445-448.
- Lempp, H. & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *British Medical Journal*, 329(7469), 770-773.
- Lent, B. & Bishop, J.E.H. (1998). Sense and sensitivity: developing a gender issues perspective in medical education. *Journal of Women's Health*, 7(3), 339-342.
- Levinson, W. & Lurie, N. (2004). When most doctors are women: what lies ahead? *Annals of Internal Medicine*, 141(6), 471-474.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Lindberg, O. (2012). *'Let me through, I'm a doctor!'* Professional socialization in the transition from education to work. Doktorsavhandling, Umeå universitet, Pedagogiska institutionen.
- Linden, M., Lecrubier, Y., Bellantuono, C., Benkert, O., Kisely, S. & Simon, G. (1999). The prescription of psychoactive drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(2), 132-140.
- Lindgren, G. (1992). *Doktorer, systrar och flickor*. Helsingborg: Carlssons bokförlag.

- Lindgren, G. (1999). *Klass, kön och kirurgi. Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber AB.
- Lokala mål för läkarprogrammet vid Göteborgs universitet. Hämtade senast oktober 2012 från Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet: <http://www.sahlgrenska.gu.se/utbildning/program/lakarprogrammet/>
- Lokala mål för läkarutbildning vid Karolinska Institutet. Hämtade senast oktober 2012 från Karolinska Institutet: <http://pingpong.ki.se/public/courseId/5586/coursePath/5549/ecp/lang-sv/publicPage.do?item=3850030>
- Lokala mål för utbildningsprogram vid Linköpings universitet. Hämtade senast oktober 2012 från Hälsouniversitetet i Linköping: <http://www.hu.liu.se/lakarprogr/utbildningsokursplaner?l=sv>
- Lokala mål för läkarprogrammet vid Lunds universitet. Hämtade senast oktober 2012 från Lunds universitet: http://www.med.lu.se/laekarutbildning/om_laekarutbildningen/utbildnings_och_kursplaner
- Lokala mål för läkarprogrammet vid Umeå universitet. Hämtade senast oktober 2012 från Umeå universitet: <http://www.medfak.umu.se/utbildning/lakarprogrammet/>
- Lokala mål för läkarutbildning vid Uppsala universitet, Hämtade senast oktober 2012 från Uppsala universitet: <http://www.uu.se/utbildning/utbildningar/selma/utbplan/?pKod=ME2Y&lasar=11%2F12>
- Lokala mål för läkarprogrammet vid Örebro universitet. Hämtade senast oktober 2012 från Örebro universitet: <http://www.oru.se/Utbildning/Program/Utbildningsplan/?format=xml&epi=j&sprak=sv&termin=20122&programkod=VLK2Y>
- Lorber, J. (1994). *Paradoxes of gender*. New Haven: Yale University Press.
- Lorber, J. (1997). *Gender and the social construction of illness*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Lunde, I.M. (2009). Nocebo: när förväntningar skapar sjukdom. I: J. Brodersen, B. Hovellius & L. Hvas (Red.), *Skapar vården ohälsa?*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, E. (1993). *Det får da vaere grenser for kjonn. Voldelig empiri og feministisk teori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Macintyre, S., Hunt, K. & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Social Science & Medicine*, 42(4), 617-624.
- MacLeod, A. (2011). Six ways problem-based learning cases can sabotage patient-centered medical education. *Academic Medicine*, 86(7), 818-825.
- Macrae, C.N. & Bodenhausen, G.V. (2001). Social cognition: categorical person perception. *British Journal of Psychology*, 92(1), 239-255.
- Magnusson, E. (2008). Conflict, danger and difference. Nordic heterosexual couples converse about gender equality and fairness. De-politicising of gender? I: E. Magnusson, M. Rönblom & H. Silius (Red.), *Critical studies of gender equalities. Nordic dislocations, dilemmas and contradictions*. Halmstad: Makadam Publishers.
- Malterud, K. (2002). Feministisk teori kan utveckla medicinsk kunskap. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, Nr 2-3.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Mathers, J. & Parry, J. (2009). Why are there so few working-class applicants to medical schools? Learning from the success stories. *Medical Education*, 43(3), 219-228.

- McHarg, J., Mattick, K. & Knight, L. V. (2007). Why people apply to medical school: implications for widening participation activities. *Medical Education*, 41(8), 815–821.
- Moderna läkare/Appendix. (2012). Medlemstidning för alla medlemmar i Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) och Medicine Studerandes Förbund (MSF). Nr 1, 1-7 (i Appendix). Hämtad senast oktober 2012 från Sveriges läkarförbund: <http://www.slf.se/SYLF/Moderna-lakare/Arkiv/>
- Moi, T. (1997). Vad är en kvinna? Kön och genus i feministisk teori. *Res Publica*, 1–2(35/36), 71–158.
- Nilsson, Å., Fahmy, F. & Ponzer, S. (2000). Att undervisa blivande läkare i manligt/kvinnligt. Läkarens kön spelar roll! *Läkartidningen*, 97(46), 5329–5332.
- Nordenmark, M. (2004). Does gender ideology explain differences between countries regarding the involvement of women and of men in paid and unpaid work? *International Journal of Social Welfare*, 13(3), 233–243.
- Nordgren, M. (2000). *Läkarprofessionens feminisering*. Doktorsavhandling, Stockholms universitet, Statsvetenskapliga institutionen.
- Norstedt, M. & Davies, K. (2003). Läkarutbildningen tycks ”immun” mot köns- och genusdiskussioner. *Läkartidningen*, 100(23), 2056–2062.
- Nyberg, F., Osika, I. & Evengård, B. (2008). ”The Laundry Bag Project” - unequal distribution of dermatological healthcare resources for male and female psoriatic patients in Sweden. *International Journal of Dermatology*, 47(2), 144–149.
- Ohlin, E. (2012a). Kvinnliga läkare tjänar fortfarande mindre än män på samma befattning. *Läkartidningen*, 109(17–18), 870.
- Ohlin, E. (2012b). Barnläkare har lägst lön - patologer tjänar mest. *Läkartidningen*, 109(19), 938–940.
- O’Sullivan, H., van Mook, W., Fewtrell, R. & Wass, V. (2012). Integrating professionalism into the curriculum. *Medical Teacher*, 34(2), 155–157.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Phillips, S. (1995). The social context of women’s health: goals and objectives for medical education. *Canadian Medical Association Journal*, 152(4), 507–511.
- Phillips, S. (1997). Problem-based learning in medicine: new curriculum old stereotypes. *Social Science & Medicine*, 45(3), 497–499.
- Phillips, S. (2002). Evaluating women’s health and gender. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187:22–24.
- Phillips, S. & Austin, E. (2009). The feminization of medicine and population health. *JAMA*, 301(8), 863–864.
- Phillips, S. & Clarke, M. (2012). More than an education: the hidden curriculum, professional attitudes and career choice. *Medical Education*, 46(9), 887–893.
- Pingel, B., Schenk-Gustafsson, K. & Fridner, A. (2009). *Houpe-rapporten. Om ojämställdhet bland läkare*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Ridgeway, C. & Correll, S. (2004). Unpacking the gender system: a theoretical perspective on gender beliefs and social relations. *Gender & Society*, 18(4), 510–531.
- Riessman, C. (2003). Performing identities in illness narrative: masculinity and multiple sclerosis. *Qualitative Research*, 3(1), 5–33.

- Risberg, G. (2004). Genusbias inom medicinen. Om förvirringen kring biologi, kön och genus i medicinen. I: Vetenskapsrådets rapportserie, *Medicinsk genusforskning, teori och begreppsutveckling*. Hämtad senast oktober 2012 från Vetenskapsrådets publikationstjänst: http://cm.e-line.nu/servlet/us_pyra?wts.PAGE=h_ix3.htm&p=H
- Risberg, G., Hamberg, K. & Johansson, E. (2003a) Gender awareness among physicians – the effect of gender. A study of teachers at a Swedish medical school. *BMC Medical Education*, 3, 8.
- Risberg, G., Johansson, E.E. & Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, 8, 28.
- Risberg, G., Johansson, E.E. & Hamberg, K. (2011). 'Important... but of low status': male education leaders' views on gender in medicine. *Medical Education*, 45(6), 613-624.
- Risberg, G., Johansson, E.E., Westman, G. & Hamberg, K. (2003b) Gender in medicine – an issue for women only? A survey of physician teachers' gender attitudes. *International journal for Equity in Health*, 2, 10.
- Risberg, G., Johansson, E.E., Westman, G. & Hamberg, K. (2008). Attitudes toward and experiences of gender issues among physician teachers: a survey study conducted at a university teaching hospital in Sweden. *BMC Medical Education*, 8, 10.
- Rosser, S.V. (1986). *Teaching science and health from a feminist perspective – a practical guide*. Oxford: Pergamon Press.
- Roter, D., Hall, J. & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*, 288(6), 756-764.
- Rubin, G. (1975). The traffic in women: notes on the political economy of sex. I: R. Reiter (Red.), *Toward an anthropology of women*. New York: Monthly review press.
- Ruiz, M.T. & Verbrugge, L.M. (1997). A two-way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 106-109.
- Röndahl, G. (2009). Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 146-152.
- Rönblom, M. (2008). De-politicising of gender? Constructions of gender equality in Swedish regional policy. I: E. Magnusson, M. Rönblom & H. Silius (Red.), *Critical studies of gender equalities. Nordic dislocations, dilemmas and contradictions*. Halmstad: Makadam Publishers.
- Salander, P. (2002). Bad news from the patient's perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Social Science & Medicine*, 55(5), 721-732.
- Salander, P. & Hamberg, K. (2005). Gender differences in patients' written narratives about being diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*, 14(8), 684-695.
- Sandell, K. (2001). *Att (åter)skapa "det normala". Bröstoperationer och brännskador i plastikkirurgisk praktik*. Doktorsavhandling, Linköpings universitet, Centre for Gender Studies.
- Sandström, L. & Johansson, E.E. (2004). Depression - en könad sjukdom i läkemedelsreklam. *Läkartidningen*, 101(7), 582-585.
- Sayer, G.P. & Britt, H. (1997). Sex differences in prescribed medications: another case of discrimination in general practice. *Social Science & Medicine*, 45(10), 1581-1587.
- SCB, se Statistiska centralbyrån.

- Sen, G., Östlin, P. & George, A. (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient, gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network (WGEKN)*. Hämtad senast oktober 2012 från WHO: http://www.who.int/social_determinants/publications/womenandgender/en/index.html
- Simoni-Wastila, L. (2000). The use of abusable prescription drugs: the role of gender. *Journal of Women's health & Gender-Based Medicine*, 9(3), 289-297.
- Smirthwaite, G. (2010). Mellan biologism och diskursfundamentalism. I: B. Wijma, G. Smirthwaite & K. Swahnberg (Red.), *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar*, Lund: Studentlitteratur.
- Smith, R.C., Gardiner, J.C., Lyles, J.S., Sirbu, C., Dwamena, F.C., Hodges, A., et al. (2005). Exploration of DSMIV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 123-129.
- SNAPS, Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor. (2010). *Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna*. Hämtad senast oktober 2012 från Sveriges läkarförbund: <http://www.slf.se/Vi-tycker/Publikationer/Arbetsmarknad/>
- Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården* (Statens offentliga utredningar, SOU 166:133). Hämtad senast oktober 2012 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-103-3>.
- Socialstyrelsen. (2008). *Mot en mer jämställd vård och socialtjänst – Uppföljning av jämställdheten i hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Hämtad senast oktober 2012 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-131-1>.
- Stangor, C., Lynch, L., Duan, C. & Glas, B. (1992). Categorization of individuals on the basis of multiple social features. *Journal of Personality and Social Psychology*. 62(2), 207-218.
- Statistiska centralbyrån. (2010). *På tal om kvinnor och män - Lathund om jämställdhet 2010*. Hämtad senast oktober 2012 från Statistiska centralbyrån: http://www.scb.se/Pages/PublishedPublications_____310617.aspx
- Statistiska centralbyrån. (2011). *Sökande och antagna till högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå höstterminen 2011*. Hämtad senast oktober 2012 från Statistiska centralbyrån: http://www.scb.se/Pages/PublishedPublications_____310617.aspx
- Statistiska centralbyrån. (n.d.). Statistikdatabasen, Arbetsmarknad, Lönestrukturstatistik, Landstingskommunal sektor. Återfinns på: http://www.scb.se/Pages/SSD/SSD_Tree-View.aspx?id=340478
- Stoller, R.J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220-226.
- Stratton, T.D., McLaughlin, M.A., Witte, F.M., Fosson, S.E. & Nora, L.M. (2005). Does student's exposure to gender discrimination and sexual harassment in medical school affect speciality choice and residency program selection? *Academic Medicine*, 80(4), 400-408.
- Sveriges läkarförbund. (2008). *Jämställt specialitetsval- handlingsplan*. Hämtad senast oktober 2012 från Sveriges läkarförbund: <http://www.slf.se/Vi-tycker/Publikationer/Utbildning/>
- Swahnberg, K., Lykke, N. & Wijma, B. (2010). Genus och medicin – en dubbelbottnad och politiskt känslig fråga. *Läkartidningen*, 34(107), 1928-1931.
- Talbot, M. (2003). Gender stereotypes: reproduction and challenge. I: J. Holmes & M. Meyerhoff (Red.), *The handbook of language and gender*. Oxford: Blackwell.

- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioural sciences. I: A. Tashakkori & C. Teddlie (Red.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. California: SAGE Publications.
- Thurén, B.-M. (2003). *Genusforskning – frågor, villkor, utmaningar*. Hämtad senast oktober 2012 från Vetenskapsrådets publikationstjänst: http://cm.e-line.nu/servlet/us_pyra?wts.PAGE=h_ix3.htm&p=H
- Turbes, S., Krebs, E. & Axtell, S. (2002). The hidden curriculum in multicultural medical education: the role of case examples. *Academic Medicine*, 77(3), 209-216.
- van Tongeren-Alers, M. and van Esch, M., Verdonk, P., Johansson, E., Hamberg, K. & Lagro-Janssen, T. (2011) Are new medical students' specialty preferences gendered? Related motivational factors at a dutch medical school. *Teaching and Learning in Medicine*, 23(3), 263-268
- Verdonk, P., Benschop, Y., De Haes, J. & Lagro-Janssen, T. (2008a). Medical students' gender awareness. *Sex Roles*, 58, 222-234.
- Verdonk, P., Benschop, Y., De Haes, J. & Lagro-Janssen, A. (2008b). Making a gender difference: case of gender mainstreaming in medical education. *Medical teacher*, 30(7), 194-201.
- Verdonk, P., Benschop, Y., De Haes, J. & Lagro-Janssen, T. (2009). From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 14(1), 135-152.
- Verdonk, P., De Rijk, A., Klinge, I. & de Vries, A. (2008c). Sickness absence as an interactive process: gendered experiences of young, highly educated women with mental health problems. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 300-306.
- Verdonk, P., Mans, L. & Lagro-Janssen, A. (2005). Integrating gender in a basic medical curriculum, *Medical Education*, 39(11), 1118-1125.
- Visser, J. (2002). The first part-time economy in the world: a model to be followed? *Journal of European Social Policy*, 12(1), 23-42.
- Wainer, J. (1998). Rural women's health. *Australian Journal of Primary Health-Interchange*, 4(3), 80-88.
- Wainer, J. (2003). Gender and the medical curriculum: a rural case study. *Women Health*, 37(4), 67-87.
- Wamala, S.P., Lynch, J. & Kaplan, G.A. (2001). Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm female coronary risk study. *International Journal of Epidemiology*, 30(2), 275-284.
- Wear, D. (1997). *Privilege in the medical academy – a feminist examines gender, race and power*. New York: Teachers College Press.
- Weizblit, N., Noble, J. & Baerlocher, M.O. (2009). The feminisation of Canadian medicine and its impact upon doctor productivity. *Medical Education*, 43(5), 442-448.
- Wennerås, C. & Wold, A. (1997). Nepotism and sexism in peer-review. *Nature*, 387, 341-343.
- West, C. (1993). Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Social Science & Medicine*, 36(1), 57-66.
- West, V. & Zimmerman, D. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1(2), 125-151.
- Westerståhl, A. (2003a). *Encounters in the medical context – issues of gender and sexuality*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Avdelningen för allmänmedicin.

- Westerståhl, A., Andersson, M. & Söderström, M. (2003b). Gender in medical curricula: course organizers views of a gender-issue perspective in medicine in Sweden. *Women & Health*, 37(4), 35-47.
- Wiklund, M., Bengs, C., Malmgren-Olsson, E.-B. & Öhman, A. (2010). Young women facing multiple and intersecting stressors of modernity, gender orders and youth. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1567-1575.
- Zaharias, G., Piterman, L. & Liddell, M. (2004). Doctors and Patients: Gender Interaction in the Consultation. *Academic Medicine*, 79(2),148-155.