

Kva er nytta av eit kjønnspektiv i utdanninga av legar i Noreg?

**5. årsoppgåve
av
Ingjerd Helene Jøssang mk-00**

**Rettleiar:
Anna Luise Kirkengen
Allmennpraktikar og Dr. Med.**

Universitetet i Tromsø 15.09.05

INNHALDSOVERSIKT

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Innleiing | 1 |
| 1.1 Innhaldsoversikt | 1 |
| 1.2 Resymé | 2 |
| 1.3 Innleiing | 4 |
| 2. Kjønnsperspektiv – kva vil det seia i medisinsk samanheng? | 7 |
| 2.1 Innleiing | 7 |
| 2.2 Historisk drøfting av fornufta sin mannlighet | 7 |
| 2.3 Toril Moi om Simone de Beauvoir – Kjønn og kropp i feministisk filosofi | 11 |
| 2.4 Metaforar i medisinen | 12 |
| 2.5 Medisinen har mykje å læra av vitskapen om kjønn | 16 |
| 3. Medisin og akademia | 18 |
| 3.1 Innleiing | 18 |
| 3.2 Kjønn i akademia – tru og viten | 19 |
| 3.3 Medisinsk akademia | 21 |
| 4. Genusperspektivet i medisინutdanninga ved Umeå Universitet i Sverige | 22 |
| 4.1 Innleiing | 22 |
| 4.2 Bakgrunn og arbeidsmåte for genuskomiteen ved Umeå Universitet | 22 |
| 4.3 Gjennomgang av semestera ved Umeå Universitet med tanke på genusperspektiv | 24 |
| 4.4 Analyse av svara i undersøkinga, ut frå kva som er diskutert og vedteke | 26 |
| 5. Kjønnsperspektiv i Tromsø? | 30 |
| 5.1 Innleiing | 30 |
| 5.2 Gjennomgang og kommentarar til utvalde planar | 30 |
| 5.2.1 Samfunn og Sykdom | 30 |
| 5.2.2 Samfunnsmedisin del 1 | 31 |
| 5.2.3 Samfunnsmedisin del 2 | 32 |
| 5.2.4 Fagplan for undervisning i medisinsk etikk, vitenskapsfilosofi, egenforståelse, kommunikasjon og samarbeid | 33 |
| 5.2.5 Organkurs i hjerte og kar | 34 |
| 5.3 Samla kommentarar til planane ved medisინutdanninga i Tromsø | 35 |
| 6. Konklusjon | 37 |
| 7. Referansar | 40 |

1.2 Resymé

Bakgrunn

Bakgrunnen for denne oppgåva er at eg sakna diskusjonar kring kjønn innan det medisinske fagfeltet. Dette er eit perspektiv eg interesserar meg for på andre område i livet, og eg undrar over kvifor ikkje er med i den medisinske utdanninga. Kan det vera ein idé å sjå kva eit kjønnsperspektiv kan gjera for å utvida forståinga vår av sjukdom og helse? Det er kome ei ny bølge av kvinnelege medisinstudentar siste åra. Vil denne ha noko å seia for legerolla i framtida? Vil det at vi er fleir kvinner automatisk bringa med seg eit anna perspektiv inn i studiet, eller tek vi over den tradisjonelle tenkinga som er der frå før? Kjem den kjønnsdelte arbeidsmarknaden som møtar oss når vi skal spesialisera oss til å halda seg slik? Fins det strukturar i medisinsk akademia som set sperrer for tenking i kjønnsperspektiv innan medisinen? Spørsmål som dette dannar grunnlaget for oppgåva.

Material og metode

Oppgåva er eit litteraturstudium. Eg tek utgangspunkt i studieplanane for medisinstudiet frå Umeå Universitet i Sverige, og frå Universitetet i Tromsø for å sjå kva perspektiv dei begge har på kjønn. I tillegg nyttar eg faglitteratur frå andre fagfelt som filosofien og sosialantropologien til å utdjupa forståinga av kva eit kjønnsperspektiv er.

Funn og hovudkonklusjonar

Gjennom å utdjupa kva eit kjønnsperspektiv er innan medisinen, finn eg haldepunkt for at dette er svært viktig å inkludera i medisinutdanninga. Å tenkja kjønn i eit heilskapsperspektiv, i staden for å berre ankra opp kjønn i biologi, kan gje oss nyttig kunnskap om førebygging, førekomst, og behandling av sjukdom.

Umeå Universitet har greidd å utarbeida ein studieplan som integrerar kjønnspektivet i heile legestudiet. Men medisinutdanninga i Tromsø, og medisinsk akademia i Noreg, har svært lang veg å gå før den kan oppnå same nivå som i Umeå.

1. INNLEIING

"Genusperspektivet tar sin utgangspunkt i att biologiska könsskillnader tolkas olika i olika samhällen, det vil säga vad som uppfattas som mannligt och kvinnligt varierar socialt och kulturellt"

- Anna Hammarström
*Medisinen har mycket att
lära av genusvitenskapen*

Etter å ha grunna lenge og omstendeleg over kva eg skulle velja som tema til 5.årsoppgåva, landa eg på å skriva om ein draum, eller ein visjon. Det einaste eg visste i byrjinga var at eg ville skriva om kvinneperspektivet innan medisinen. Kvinne- og kjønnsperspektiv er noko eg arbeider med på andre felt i livet mitt, og eg tykte det var heilt på sin plass å ta dette med inn i utdanninga mi. Det er svært relevant for legeyrket på mange område: Eg kunne ha valt å skriva ei oppgåve berre om det kjønnsdelte yrkeslivet vårt, kor eg kunne ha fokusert på den nye bølga av kvinnelege legar. Vil det at så mange unge kvinner utdannar seg til å bli lege ha ei innverknad på legeyrket? Eg kunne ha valt å fokusera på kva som er typisk kjønnsdeling innan spesialiseringane i yrket vårt, og på kva som ligg til grunn for denne skeive fordelinga. Eller eg kunne ha skrive om kommunikasjon: Har kjønn noko å seia for kommunikasjonen mellom lege og pasient? Eller eg kunne ha undersøkt om forskinga som ligg til grunn for kunnskapen vår er basert på kvinner i like stor grad som menn? Stemmer det til dømes at store delar av forskinga gjerast på menn, fordi dei har meir "stabile" kroppar enn menstruerande, gravide, ammande eller menopausale kvinner? Og at resultatane av denne forskinga likevel nyttast på kvinna, sjølv om ho ikkje var ein del av undersøkingsmaterialet? Eg kunne fordjupa meg i forskning som fortel om ulik behandling av kvinner når det gjeld hjarte- og karsjukdomar, eller om dei helsemessige konsekvensane av vald mot kvinner. Eg kunne og ha skrive om kvinners helse i internasjonalt perspektiv, med fokus på reproduktive rettar. Og mykje meir.

Det er vel ikkje rart at det vart vanskeleg å velja fokus. Den utløysande faktoren for valet av nett denne oppgåvetittelen kom då eg søkte på eit reisestipend som vart lyst ut frå Kvinnforsk ved Universitetet i Tromsø. Dette var eit stipend for å delta på ein konferanse som heiter Women's Worlds 2005. Dette er ein stor internasjonal tverrfagleg konferanse som fokuserar på kvinne- og kjønnsforskning. Krav til deltaking på konferansen var at eg skulle halda eit innlegg. Då bestemte eg meg for å snakka om "The Education of Physicians from a Feminist's perspective". Og då vart det plutselig klårt for meg at det var nett dette eg skulle skriva om i 5.årsoppgåva mi og. Etter fem år på legestudiet i Tromsø har eg berre lest om dei tema eg har referert til ovanfor på eiga hand. Det har ikkje vore tatt opp i undervisninga på noko måte, så vidt eg kan hugsa. Kvifor er eit så stort og viktig tema utelukka frå studiet vårt? Etter å ha undersøkt vidare fann eg ut at ved Umeå Universitet i Sverige har dei innført genusperspektiv i läkarutbildningen. Det vart grunnlaget for oppgåva mi.

Eg skal først gjera greie for kva som ligg i ordet 'kjønnsperspektiv' og kvifor det er relevant i medisindanninga. Den vestlege filosofien ligg til grunn for vår tenking rundt kva som er fornuft, kunnskap og den rette vitskapen. Med utgangspunkt i Genevieve Lloyd si bok om mannlig og kvinnelig i Vestens filosofi, Toril Moi si analyse av Simone de Beauvoir sine teoriar om kropp og kjønn, og Emily Martin si bok om kulturell analyse av reproduksjon, skal eg forsøka å gje eit bilde av kva ordet kjønnsperspektiv inneber innan medisinen.

Korleis er det med kvinner si stilling innan akademien generelt, og medisinsk akademien spesielt? Eg vil nytta ein artikkel skriven av Harriet Bjerrum Nielsen som var med i ei gruppe som undersøkte likestillinga i akademien ved Universitetet i Oslo. UiO har som målsetting å bli Europa sitt første likestilte universitet. I artikkelen tek ho for seg antatte påstandar om kvinner i akademien, og eg vil visa at dette er svært relevant innan medisinsk akademien. Forståinga av kjønn innan medisinen vil truleg ikkje retta seg opp før ein får søkjelys på kjønn i både kunnskapsproduksjonen og i undervisninga. Her dukkar viktige spørsmål opp som vedkjem alle som arbeider med legeyrket. Kven styrar den medisinske forskinga i Noreg? Kven er i "toppsjiktet" innan medisinsk akademien i Noreg?

Deretter vil eg retta blikket mot Sverige, og visa korleis Universitetet i Umeå har klart å innføra kjønnspektivet i medisnutdanninga. Eg vil visa kva dei har lagt vekt på ved innføringa av genusperspektivet, og kva innhaldet i dette er der.

Har vi noko liknande i Tromsø? Finn vi spor av slike tankar kring kjønn i studieplanane ved medisnutdanninga på UiTø? Eg vil ta føre meg kursplanar og målskildringar frå medisnutdanninga i Tromsø, og sjå om der fins noko liknande tankar kring kjønnspektivet her hjå oss. Innhald i studieplanar er ein måte å finna ut korleis det medisinske miljø tenkjer rundt likestilling og kjønnspektiv. I tillegg til å referera til innhaldet, vil eg kommentera kva som eventuelt kunne vore bakt inn i planane for å få dekkja eit kjønnspektiv. Konklusjonen i oppgåva vil ta føre seg ei kort oppsummering av kor viktig eit kjønnspektiv er i medisinen.

Eg vil gjerne få takka min hovudrettleiar, dr.med. Anna Luise Kirkengen, som stilte opp og sa ja til å rettleia meg gjennom denne oppgåva. Takk for all oppmuntring, og ikkje minst for inspirasjon til å halda fram! Ein stor takk og til 1. amanuensis Eli Berg tipsa meg om Anna Luise! Vidare vil eg retta ein hjarteleg takk til Lise og Elisabeth på Kvinnforsk ved UiT. Sjansen til å presentera dette arbeidet mitt på ein internasjonal konferanse har vore svært inspirerande i arbeidet vidare. Til slutt ein takk til familien min og til alle feministiske venninner og venner som er med på å arbeida vidare for å syna at ei anna verd er mogleg!

2. Kjønnsperspektiv – kva vil det seia i medisinsk samanheng?

2.1 Innleiing

I dette kapitlet vil eg undersøkje litteratur som set fokus på kvinner og teoriar om kjønn. Dette er for å gje ein innfallsvinkel til å kunna skjønna kvifor det er viktig å ha eit særskilt fokus på kvinner og kjønn innan medisinen. Faget vårt byggjer på lange tradisjonar av tenkjarar. Heilt frå dei gamle grekarane si tid har filosofar søkt den rette kunnskapen og lagt grunnlaget for korleis vi driv vitenskap i dag. Dette har bore med seg ei viss form for tenking inn i medisinen og. Dersom vi tenkjer på kven som har definert kva som er grunnlaget for vår filosofi og vår definisjon rundt kunnskap, ser vi at historisk sett er det hovudsakleg menn som har stått for dette. Slik har og biletet av menn og kvinner blitt til slik det er i dag. Her vil eg presentera nokre forfattarar som stiller spørjeteikn ved denne tradisjonen. Først vil eg ta for meg filosofen Genevieve Lloyd si bok om filosofihistoria, *Mannlig og kvinnelig i Vestens filosofi* (1) som skildrar korleis det kvinnelege gjennom heile historia har blitt utelukka og / eller undertrykt frå filosofisk tenking. Vidare vil eg ta for meg litteraturvitaren Toril Moi si tolking av Simone de Beavouir som skriv om kjønn og kropp i feministisk filosofi: *Hva er en kvinne? Kjønn og kropp i feministisk teori* (2). Deretter vil eg referera til sosialantropologen Emily Martin, som har gjort ein kulturell analyse av reproduksjon: *The Woman in the Body – A Cultural Analysis of Reproduction* (3). Desse teoriane vil gje eit grunnlag for å skjønna kvifor det er viktig å ha fokus på kvinner og kjønn innan medisinen.

2.2 Historisk drøfting av fornufta sin mannlighet

I boka *Mannlig og kvinnelig i vestens filosofi* skriv Genevieve Lloyd om korleis filosofane si utvikling av tenking har utelukka det kvinnelige frå fornufta. Det kvinnelege er blitt halde ute frå definisjonen av fornufta og heller blitt forbunde med det sansesege, det partikulære og det private. Ho skriv om metaforane som nyttast i filosofien til å

skildra fornufta. Ho hevdar at dette er metaforar som favoriserar det mannlige. Når vi oppfattar fornufta gjennom slike metaforar får det store følgjer for korleis vi oppfattar oss sjølv som "mannleg" eller "kvinneleg". Lloyd skriv: "Hindringene i veien for utviklingen av kvinnelig utvikling av fornuft, skriver seg fra det faktum at våre fornuftsideal historisk sett har utelukka det kvinnelige, og at kvinneligheten selv delvis er bygget opp gjennom slike utelukkingsprosesser." (1; s 21)

Filosofar har til alle tider skrive om kva som er spesielt med menneskelivet, og kva som bør vera hovudfokus i menneska sine liv. Dette har resultert i tankar om karakterideal som konsentrerer seg om fornuftstanken. Boka til Lloyd handlar om desse karakterideala og om fornuftsmennesket. Ho skriv at desse har i stor grad, bevisst eller ubevisst, leia til opphøgde tankar om det mannlige. Ho stiller spørsmål med universaliteten og nøytraliteten til desse ideala. Når ein innser at desse ideala ikkje er kjønnsnøytrale, ser ein at det får følgjer for korleis vi forstår sosialt tinga kjønnskilnader i dag.

Filosofar har alltid jakta på rasjonell kunnskap. Kunnskapen har ofte vore skildra som ei overskriding, endring eller kontroll av naturlege krefter. Det kvinnelege har blitt forbunde med det den rasjonelle kunnskapen søker å overskrida og å herska over. Allereie Pythagoras formulerte på 500talet f.Kr. ei liste over motsetningar. Det kvinnelege vart forbundet med det uavgrensa, det vage, det ubestemte, i motsetning til det avgrensa, det klare og det bestemte som vart forbunde med det mannlige. Denne forbindinga mellom mannen og det bestemte vidareførast i skiljet mellom form og materie i gresk filosofi. Det mannlige vert knytta til aktiv bestemt form, og det kvinnelege til passiv, ubestemt materie. Platon samanliknar den avgrensa forma med faren, og den ubestemte forma med mora. Aristoteles samanliknar forholdet mellom form og stoff, med mannleg og kvinneleg. Denne tenkinga leier til at kunnskapen sitt vesen blir knytta til utelukking av det som symbolsk sett var forbunde med det kvinnelege.

Frances Bacon meiner og at vitenskapleg kunnskap er herredømme over naturen. Men i hans definisjon av natur er skiljet mellom form og materie fjerna. Han einar materie og form. Han framstillar naturen som kvinneleg og mogleg å erkjenna. Når naturen (som er

kvinneleg i sin form) blir mogleg å erkjenna blir vitskapen si oppgåve å utøva den rette typen herredøme over henne. Bacon meiner at kunnskap er hersking over naturen.

Grekarane overskrider materien for å oppnå viten, medan Bacon kontrollerar naturen for å nå viten. Begge desse har avgjerande roller for korleis ein forstår det kvinnelege i våre idear om kunnskap, seier Lloyd. (1; s 40)

Filon nytta greske filosofar sine modellar til å tolka jødiske skrifter. Han seier at framskritt "er faktisk intet annet enn å oppgi det kvinnelige kjønn og forandre det til mannlig, fordi kvinnekjønn er materielt, passivt, kroppslig og sansbart, mens mannen er aktiv, rasjonell, ikke-kroppslig og mer i slekt med sjel og tanke." (1; s 51) Vidare seier han: "Det rasjonelle, som hører sammen med sjelen og fornuften, er maskulint av kjønn, mens det irrasjonelle, sansenes område, er feminint. Sjelen tilhører et kjønn som er sansene totalt overlegent, akkurat som mannen er i forhold til kvinnen." (1; s. 52)

På 300-talet skriv Augustin at slike underkastingstankar ikkje kan einast med den kristne tanke om åndeleg likskap mellom menneska. Han ønskjer å forsvara kvinna mot undertrykkinga i Bibelen, men han plasserar framleis kvinna på ein tvetydig måte i forhold til fornufta. Thomas Aquinas legg vekt på at også kvinna er skapt i Guds bilete når det gjeld rasjonell tenking. Han gir kvinna fornuft, men ho blir symbolsk plassert i sfæra som berre har med reproduksjon å gjera. Lloyd oppsummerar dette slik: "En utelukkelse eller overskridelse av det kvinnelige er bygget inn i fortidens fornuftsideal som det ypperste menneskelige karaktertrekk. Og dermed er kvinnelighetens innhold delvis blitt formet av slike utelukkelsesprosesser." (1; ss 64-65)

På 1600-talet startar ein å tenkje om fornufta som ein bedrift, og ikkje berre som eit typisk trekk ved menneskeslekta. Det blir noko som må lærast, noko som er annleis enn andre tenkjemåtar. I tillegg vert fornufta sitt tilhøve til andre sider ved menneskjenaturen endra. Descartes sin metode visar oss dette. Han startar ei tenking om eit radikalt skilje mellom sjel og legeme. Han ønskte å skriva på fransk i staden for latin, slik at alle menneskje kunne få viten. Metoden hans skulle gjera kunnskap tilgjengelig for alle,

inkludert kvinnene. Men den fekk heilt andre konsekvensar. Han er ueinig med middelalderfilosofien si oppdeling av sjela i høge og låge sjelsområder. Han meiner sjela er ei udeleleg einheit. Men han innfører ein streng dualisme mellom sjel og lekam. Den ikkje-rasjonelle delen av menneskje er nå fullstendig bunden til kroppen. ”Det er kroppen alene vi må tilskrive alt i oss som står i motsetning til vår fornuft”, seier han. (1; s 75)

Denne tenkinga skulle vera tilgjengeleg for alle, men kvinnene si stilling i samfunnet, den sosiale røynda, gjorde at kvinnene vart utelukka frå å ta del i denne utviklinga. Fornufta var no blitt ein prestasjon som utelukka kvinnene.

Filon, Augustin og Aquinas framstiller kvinneligheten som underlegen i forhold til ein målestokk for det fullkomne. Det blir ein annan tone på 1700-talet. Rousseau ser på menn og kvinner sine bevisstheter som så forskjellige frå kvarandre at dei utfyllar kvarandre. Kant meiner og at i det komplementære tilhøvet blir mannen meir fullkommen som mann, og kvinna meir fullkommen som kvinne. Men det mannlege blir framleis brukt som norm. Hegel snakkar om den kvinnelege underverda. Han set likskapsteikn mellom kvinnelig bevissthet og familielivet, som er eit primitivt stadium.

Genevieve Lloyd oppsummerar:

”Tankene våre om manns- og kvinneidealene er blitt formet innenfor herredømmestrukturer – strukturer som bestemmer overlegenhet og mindreverdighet, ”normer” og ”annerledeshet”, ”positivt” og ”negativt”, det ”vesentlige” og det som er ”komplementært”. Skillet mellom mannlig og kvinnelig har ikkje bare fungert som et deskriptivt klassifikasjonsprinsipp, det har også uttrykt verdier.” (1; s 142)

Kvinnelighet er blitt underordna mannligheten, og innhaldet i kvinneligheten er blitt forma av ein intellektuell tradisjon. Kvinner er blitt utelukka, og gjennom denne utelukka er kvinneligheten blitt konstituert.

Dette er tankar vi må ta med oss inn i medisinen. Er det universelle lovar som ligg til grunn for kva vi reknar som kvinneleg eller mannleg i våre møte med pasientar og kollegar? Eller er det mogleg at tradisjonar har utvikla denne måten vår å tenkja på? ”Det at ideer om mannlighet har utviklet seg under dekke av angivelige nøytrale fornuftsideal, har vært en ulempe for både kvinner og menn”, skriv Lloyd.(1; s 147)

Filosofane har gjennom historia hovudsakleg vore menn. Dette betyr at omgrepet fornuft er utelukkande skapt av menn. Fornuft og jakta på den rette kunnskap er viktig innføre alle akademiske retningar, og i medisinen. Difor er det viktig at vi stiller spørjeteikn med universaliteten og nøytraliteten til desse lovene. At det kvinnelege har blitt ekskludert i filosofien, treng ikkje vera ei samansverging mellom mannlege filosofar, men dei filosofiske tekstane får sin realitet i samspel med dei eksisterande samfunnsstrukturane.

2.3 Toril Moi om Simone de Beauvoir - Kjønn og kropp i feministisk filosofi

”Kroppen er ikke en ting, men en situasjon. Den er vårt grep om verden og en skisse av våre prosjekter.”

Simone de Beauvoir (2; s 91)

Kva er ei kvinne? Korleis kan vi skjønna kjønn? Er kroppen grunnlaget for kjønn, eller er kjønn berre konstruert frå sosiale normar? Bli kjønn lettare å skjønna dersom vi skil mellom sosialt og biologisk kjønn? Desse spørsmåla stiller Toril Moi seg i eit essay som kom ut i 1998 (2). Her tek ho for seg filosofen Simone de Beauvoir, og hennar kritikk av poststrukturalismen sitt syn på kjønn. På femti og sekstitalet utvikla tankane om skiljet mellom biologisk og sosialt kjønn seg. De Beauvoir uttrykker ettertrykkeleg at uansett kva biologiske skilnader som eksisterar mellom kjønna, så kan desse ikkje danna grunnlag for spesifikke samfunnsmessige normer eller strukturar (2; s 51). Ho er oppteken av å unngå biologisk determinisme, som vil seia at kroppen ikkje kan vera opphav til å rettferdigjera spesifikke kulturelle og psykologiske normar. (2; s 62) De Beauvoir byggjer vidare på tankar frå poststrukturalismen. Poststrukturalismen kritiserar skiljet mellom biologisk og sosialt kjønn. Dei ville visa at biologisk kjønn var like konstruert som sosialt kjønn. Mennesket er meir enn biologisk og sosialt kjønn, det er alder, rase, klasse, seksuell orientering og nasjonalitet. Alle desse er med på å forma den opplevinga den enkelte har til å høyra til det eine eller andre kjønnet. Men de Beauvoir vektlegg likevel biologien, men dette blir på ein annan måte enn den tidligare oppfattinga

av biologisk kjønn, sidan ho har ei eksistensialistisk oppfatting av kva eit menneske er. "Eksistensen går forut for essensen" er eit kjent sitat frå eksistensialistane. (2; s 95) De Beauvoir skildrar kroppen som ein *situasjon*: "Kroppen er en situasjon, men den er en fundamental situasjon fordi den er grunnlaget for min erfaring av meg selv og av verden. Den er en situasjon som alltid er en del av min levde erfaring [*expérience vécue*]. Derfor kan kroppen aldri bare være en rent materiell ting for meg. Bare den døde kroppen er en ting. (2; s 95) Vidare forklarar Toril Moi at vi alltid er situerte, men vår situasjon er stadig i endring, blant anna fordi vår levde erfaring stadig endrar seg. (2; s 96) Slik visar Moi at de Beauvoir ikkje ser på skiljet mellom sosialt kjønn og biologisk kjønn på same måte som poststrukturalistane før henne; hennar forståing av kroppen fell ikkje under dette skiljet, for ho ser ikkje på kroppen som eit objekt. Ho er altså heilt inneforstått med at vi kan studera kroppen vitskapleg, men denne naturvitskapen kan ikkje gje ein gyldig filosofi om menneskeleg eksistens. Sjølv naturvitskapleg forskning føreset menneskeleg erfaring. Kroppen er vårt perspektiv på verda, og samstundes er den involvert i dialektisk interaksjon med verda rundt oss, med alle situasjonane som kroppen finn seg innan. Denne interaksjonen formar den måten vi erfarer – lever – våre kroppar på. Moi nyttar eit eksempel for å illustrera dette. Dersom eg var sjuk ville eg erfara verda på ein annan måte enn dersom eg var frisk. Og verda ville reagera annleis på meg enn dersom eg var frisk. Simone de Beauvoir sin måte å tenkja på kroppen på, tilsvarar korkje sosialt eller biologisk kjønn. Ho snakkar altså om levd erfaring, og at denne erfaringa omfattar alle våre erfaringar (nasjon, klasse, etnisitet, alder, osv), og det er meir dekkjande enn det psykologiserande omgrepet "kjønnsidentitet". De Beauvoir er ikkje motstandar av naturvitskapen, men av det ho kallar scientistisk filosofi. Hennar reiskap – kroppen som situasjon – gir oss moglegheit til å løysa opp kjønnsteoriar som er objektiviserande.

2.4 Metaforar i medisinen

I know no woman – virgin, mother, lesbian, married, celibate – whether she earns her keep as housewife, a cocktail waitress, or a scanner of brain waves – for whom her body is not a fundamental problem: its clouded meaning, its fertility, its desire, its so-called frigidity, its bloody speech, its silences, its changes and mutilations, its rapes and ripenings. There is for the first time today a possibility of converting our physicality into both knowledge and power.

- Adrienne Rich: *Of Woman Born* (3; s xxi)

I boka *The Woman in the Body – A Cultural Analysis of Reproduction* (3) skriv Emily Martin om korleis kvinner sin reproduksjon blir sett på i amerikansk kultur. Ho undersøkjtar metaforane som nyttast på menstruasjon, menopause og fødsel. Ho har intervjuet ei mengd kvinner, frå forskjellige klassar, og av forskjellig etnisitet. Martin skriv at likskapen mellom alle desse kvinnene er at dei er alle definerte som ”kvinner”, alle har, i forskjellig grad, underordna posisjonar i forhold til menn. Enten det er i jobbsamanheng, i familien, i kulturell samanheng, eller i språket. Dei har alle kvinnelege kroppar, og delar erfaringar frå menstruasjon og fødsel: ”[A]ll are affected in one way or another by medical and scientific views of female bodily processes.” (3; s 5) Ho har undersøkt tekstbøker som nyttast i undervisninga til medisinstudentar, og handbøker som nyttast på sjukehus. I tillegg har ho høyrte på førelesningar som medisinstudentar fekk. I det følgjande skal eg gje nokre eksempel frå desse lærebøkene.

Martin har undersøkt kva metaforar som nyttast på kroppslege funksjonar. Blant anna skriv ho om korleis diverse kontrollsystem i kroppen er skildra. Ta til dømes kvinna sitt hjerne – hormon – ovarie system. Ho finn det ikkje skildra som eit feedbacksystem, men som eit hierarki der denne strukturen har tydelege relasjonar til den dominerande form for organisering i samfunnet vårt. Det Martin ønskjer å visa er at slike metaforar har følgjer for korleis vi oppfattar kroppen. Når denne hierarkiske funksjonen opphøyrar, treff menopausen inn, og den skildrast som ein ”feil” i systemet sidan den opprinnelege organiseringa ikkje fungerer på same måte lenger. Ho refererer og til Frederick T. Gates (3; ss 36-37) som lagde metaforar for å forklara korleis kroppen fungerer. Han samanliknar kroppen med eit industrialisert samfunn. Martin visar vidare til cellene som blir samanlikna med fabrikkar. Den økonomiske metaforen på delar av kroppen er og nytta i stort mon.

I Martin sine undersøkingar av korleis menstruasjon blir forklart i medisinske skulebøker, finn ho ei gjennomgåande negativ ordlegging av menstruasjonen. Han blir skildra som det som skjer dersom ein implantasjon av det befrukta egget er mislykka. ”When fertilization fails to occur, the endometrium is shed, and a new cycle starts. This is why it used to be taught that ’menstruation is the uterus crying for a baby.’” (3; s 45) Ein

mislykka implantasjon blir sett på som noko negativt, og skildrast deretter. Ord som "degenerate", "decline", "withdrawn", "spasm", "lack", "weakened", "leak", "discharge" og "repair" (3; s 47) blir nytta til å skildra prosessen som skjer når endometriet brytast ned, og blir til menstruasjon. Emily Martin finn ikkje den same negative ordlyd i skildringa av den mannlege reproduksjons fysiologien: "The mechanisms which guide the *remarkable* cellular transformation from spermatide to mature sperm remain uncertain.... Perhaps the most *amazing* characteristic of spermatogenesis is its *sheer magnitude*: the normal human male may manufacture several hundred million sperm per day (emphasis added)." (3; s 48)

Eit motargument som Emily Martin ser føre seg er at menstruasjon objektivt sett *er* ein nedbrytningsprosess, og difor naturleg skildrast i negative termar. Då trekk ho parallellen til magesekken, og den fornyinga av mucuscellelaget som kontinuerleg skjer der. Den blir skildra i meir positive termar enn menstruasjon, sjølv om det er mykje likt med desse to mekanismane: "the periodic renewal of the lining of the stomach" (3; s 50) er eit eksempel på dette. Det blir ikkje brukt ord som "degeneration", "weakening", "deteriorating", eller "repair". Heller ikkje dei meir nøytrale orda som "shedding", "sloughing" eller "replacement". (3; s 50) blir nytta i skildringa av kva som skjer med magesekken sin vegg. I tillegg finn ho at skildringa av menopause skjer med like stor negativ klang. Det er tap av funksjon i ovariene. Emily Martin fortel at forfattarane av dei tekstbøkene ho har sett på har valt å leggja vekt på negative aspekt av kvinna sin reproduksjon. Ho kjem etterpå med eit eksempel på korleis ein kan nytta andre ord for å skildra dette: "It would seem that although menopausal women do have an estrogen milieu which is lower than necessary for *reproductive* function, it is not negligible or absent but is perhaps satisfactory for *maintenance of support tissues*. The menopause could then be regarded as a physiologic phenomenon which is protective in nature – protective from undesirable reproduction and the associated growth stimuli." (3; s 52)

Når det gjeld skildringa av fødsjar i medisinsk litteratur, så finn Martin mykje av det same mønsteret. Kroppen har ofte blitt samanlikna med ein maskin. (3; s 54) Legen er teknikaren eller maskinisten som rettar opp feila i maskinen. I obstetrikklitteraturen har denne metaforen vore nytta i stor mon. Ein interessant notis som Martin gjer seg er at det

engelske ordet "labor" blir nytta på både arbeidet kvinna gjer under fødselen, og på arbeid som blir utført i samfunnet. Ho hevdar at dette inneheld ein dobbel ironi. (3; s 66)

Når antropologar skriv om labor, blir dette som oftast skildra som arbeidet menn gjer i fabrikkar, og dei vektlegg det arbeidet som gjerast utanfor heimen. Kvinner sitt arbeid blir ofte oversett. Når legar skildrar den "labor" som kvinner gjer under fødinga, er ofte hovudfokus på kva metodar, instrument og teknologi som kan nyttast for å kontrollera den som er i arbeid – "labor". I begge desse tilfella er kvinnene taparane.

2.5 Medisinen har mykje å læra av vitskapen om kjønn

Anna Hammarström skriv om kva det vil seia å ha eit kjønnsperspektiv innan medisinen (4). Ho seier at kjenneteiknet for kjønnsvitskapen si utvikling er perspektivrikdom og mangfald. Kjønnsskilnader er ikkje konstante og upåverkelege. Kjønn handlar om meir enn berre forskjellige kromosom og hormon. Det handlar om korleis ”mannleg” og ”kvinneleg” skapast i ulike sosiale og kulturelle samanhengar. Eit kjønnsperspektiv tek utgangspunkt i at biologiske kjønnsskilnader vert tolka ulikt i ulike samanhengar, det vil seia kva som vert oppfatta som mannleg og kvinneleg varierar sosialt og kulturelt.

Kjønnsperspektiv innan medisinen kan hjelpa oss å oppdaga at der fins samspel mellom biologiske og sosiale faktorar. Eksempel på dette kan vera studien til Janet W. Rich-Edwards og Taryan A. Grizzard (5). Denne studien peikar på risikoen for for tidleg fødsjar blant svarte kvinner i USA. I denne studien visar dei at det psykososiale stresset som desse kvinnene er utsette for leier til endringar i dei nevroendokrine stressresponsane i kroppen, som igjen leier til for tidleg fødsel. Desse kroniske stressfaktorane dei er utsette for er til dømes rasisme, utrygge nabolag og fattigdom. Kjønnsperspektivet kan hjelpa oss å finna skjulte eller ukjende folkehelseproblem.

Hammarström analyserar maktperspektivet innan folkehelsevitskapen i eit kjønnsperspektiv. Fleire forhold som verkar saman med kategorien kjønn er viktige analytiske problemstillingar innan kjønnsforsking. Desse forholda er alt frå sosial, kulturell og etnisk bakgrunn, i-lands- og u-landstilhøyre, religion, seksuell legning og alder. Det er viktig å ta omsyn til desse for at ein ikkje skal havna i den essensialistiske fallgruva. Desse er viktige å ta omsyn til når det kjem til epidemiologisk forsking om årsakar til og utbreiing av sjukdomar i samfunnet. Ho skriv om den poststrukturalistisk maktmodellen. Denne modellen byggjer på Michel Foucault sine teoriar om at makt ikkje alltid kjem ovanfrå, frå ei gruppe mot ei annan gruppe. Makt førekjem i alle kvardagslege samanhengar, i alle interaksjonar mellom menneskje, og makta strøymer i alle retningar. Som kjønnsforskar ser Hammarström at det på mikronivå fins mange hierarki som byggjer på kjønn, der den dominerande maskuliniteten ekskluderar og marginaliserar det

feminine. Innan denne modellen ser ein på makt som produktiv, i både positiv og negativ forstand. Hammarström poengterer at ein må løfta fram kvinner frå å vera passive objekt til vera handlande subjekt i denne samanhengen. Som kjønnsforskar innan medisinen har ho ei viktig oppgåve i å synleggjera ”rådande paradig utifrån genusvetskapliga referensramar.” (4; s 1224) Ho nyttar seg av eit eksempel: Dersom ein ung mann dør i bilkræs med bilen sin under kappkøyring med kompisane sine, så kjem ikkje dette av nokon mannleg medfødd måte å vera på. Den voldsame bilkøyringa er heller eit uttrykk for korleis unge menn demonstrerer sin ”maskulinitet”, korleis dei vil gjera seg sjølv til menn. Slik tydeleggjer ho at eit kjønnspektiv byggjer på at ideane om mannleg og kvinneleg kjem av sosialt, kulturelt og historisk konstruerte normer.

3. Medisin og akademia

3.1 Innleiing

Det er interessant å tenkja på kva som ligg til grunn for valet av arbeidsstad for nyutdanna legar. Stiller kvinner og menn likt i alle grupper av dei forskjellige spesialiseringane? Tal frå Lægeforeningen viser at kvinner og menn har ein tendens til å velja forskjellig. I tillegg veit vi at Noreg er eit av landa i Europa med størst kjønnsdelt arbeidsliv, noko som er temmeleg overraskande i eit elles så likestilt land som vårt. Sidan denne oppgåva i hovudsak dreier seg om kjønnspektivet innan medisnutdanninga, kan det falla naturleg å fokusera på kva som er tilhøvet for kvinner i medisinsk akademia.

Anders Taraldset, statistikkjef i Den norske lægeforeningen, har svart meg på spørsmål vedrørende kvinner i medisinsk akademia. Generelt fortel han at det ser ut til at kvinndelen innan medisinsk akademia aukar saktare enn i heile legepopulasjonen. Tala hans gjeld berre for hovudstillingar. Det vil seia at til dømes professor i bistilling og overlege i hovudstilling ikkje er med i tala. Slik ser tala ut for kvinndelen per i dag (august 2005) for legar i vitskaplege hovudstillingar ved universitet eller universitets-/regionssjukehus:

Professor 9%

Stipendiat 51,3%

Førsteamanuensis 31,3%

Lektor 11,1 % (1 av 9)

Forskar 25,0%

Post.doc. stipendiat 45,2%

Totalt sett er kvinndelen for legar i hovudstillingar i Noreg 34,0%, medan tilsvarande del var 29,3% i 1995. Det betyr at medan kvinndelen i 1995 var 2,7% poeng høgare for legar i vitskaplege hovudstillingar enn i heile populasjonen av yrkesaktive legar under 70

år, er kvinnedelen no 3,1% poeng lågare for legar i vitskaplege stillingar enn i heile populasjonen av yrkesaktive legar under 70 år.

3.2 Kjønn i akademia – tru og viten

I ein artikkel i Kirke og Kultur skriv Harriet Bjerrum Nielsen om likestilling i akademia i Noreg (6). Ho sat i ei idégruppe som var nedsett i 2003 av rektor ved Universitetet i Oslo. Denne gruppa såg på idear som skulle gje ein ny giv til likestillingsarbeidet ved UiO. Universitetet i Oslo har som ambisjon å bli Europa sitt første likestilte universitet.

Det eksisterar visse antatte påstandar om kvifor kvinner ikkje like ofte er tilsette i faste stillingar på universitetet som menn. Bjerrum Nielsen visar at det manglar dokumentasjon for visse antatte sanningar, som blir avslørte som myter. Ho formulerar tre myter som vi alle truleg har høyrte før: 1. Myta om at dagens bilete med få kvinner i faste stillingar på universiteta er eit etterslep frå tider då det var flest mannlege studentar på universiteta. Dette vil jamna seg ut med tida sidan det no er fleir kvinnelege studentar. 2. Myta om at det ikkje finst nok kvinner som er kvalifiserte til desse stillingane. 3. Myta om at kvinner vel vekk desse jobbane fordi dei prioriterar annleis av eiga vilje.

Den første myta knekkast først. Tala på uteksaminerte kvinner har auka stort sidan 1970-talet, men det har ikkje vore ei tilsvarande auke i talet på faste tilsette kvinner ved universiteta. Tal visar at det i fag som sosiologi, sosialantropologi og pedagogikk har vore ei stor stigning i tilsettingsrata for kvinner. Men i medisin, statsvitskap, filosofi og økonomi har det vore lita samanheng i talet ferdigutdanna kvinner og kvinner i faste stillingar. Det visar seg at det er ei stor lekkasje frå stipendiatstilling til fast stilling når det kjem til kvinnedelen, og at dette gjeld for mange fag. Og i overgangen frå hovudfag til professorat fell det fleir kvinner frå enn menn i alle fag. Det ser ut til at det ligg meir bak enn berre tanken om at det vil gå seg til med tida.

Neste myte, om at det ikkje finst nok kvalifiserte kvinner til stillingane, tilbakevisast på denne måten av idègruppa ved UiO: "Det er i dag kvalifiserte kvinner nok på alle

rekrutteringsnivåer – men sannsynligvis ikke innen alle fagfelt- Hvis man vil ha inn flere kvinner, må flere stillinger lyses ut på felt hvor kvinner finnes.” (6; s 316)

Tredje myta som seier at kvinner vel og prioriterar annleis, stemmer heller ikkje i følgje gruppa ved UiO. Det visar seg at kvinner er underrepresenterte som søkerar til stillingar, men når dei søker blir dei tilsette i like stor grad som menn. (6; s 317) Det kan virka som om dette ikkje er eit problem som ligg hos kvinnene, men heller i universitetskulturen. Nokon vil seia at det kjem av manglande sjølvtilitt og mangel på konkurranseinstinkt. Gruppa set spørjeteikn ved dette og rettar heller merksemda mot universitetskulturen. Dei visar til Maktutredninga si eliteundersøking som har kome fram til at det i hovudsak er menn i den akademiske elita som meiner at det er omsorgsforpliktingar som held kvinner frå å søkja på stillingar, medan kvinner innan den akademiske elita meiner det er fagkulturen som er problemet (6; s 317).

Gruppa visar og til at konkurransen om stillingar er sterkare hjå kvinner enn hjå menn, og at korleis utlysingsteksten er formulert kan vera ein sterk måte å favorisera menn på. Dei skriv vidare at kvinner ofte forskar på område som har låg prioritet og låg prestisje.

Eit viktig moment som gruppa visar til, er at dei to kjønna ikkje blir gitt like stor moglegheit til å visa talentet sitt. Ofte er våre oppfatningar av kva som er ein ”god student” eller ”god forskar” knytt til positive utgåver av mannlighet (6; s 319). Desse oppfatningane svarar ikkje like godt til kva vi oppfattar som positiv kvinnelighet. Det er vanskelegare og gjerne mindre sosialt akseptert for kvinner å gli inn i rolla som ”god student” og ”god forskar”. Det blir med andre ord vanskelegare for kvinner å stå fram som kompetente: ”For menn står ikke kompetanse i samme kulturelle spenning til deres kjønn. Dette gir ulike fortolkningsrammer for kvinner og menn, for eksempel er det ofte mye større aksept hos folk flest for kvotering av menn inn i tradisjonelle kvinneyrker, enn for kvotering av kvinner inn på menns domener. Det første assosieres ofte til at dette kan være bra for antatt uheldige sider ved ensidige kvinnemiljøer, det andre vekker bekymring for om kjønn vektlegges mer enn kompetanse” (6; s 319). Bjerrum Nielsen visar til ein studie frå Danmark som viser at kategorien ”kvinne” ofte blir assosiert med

kategorien "masse", medan "mann" heller blir assosiert med ein som skil seg frå mengda. Når vi koplar desse metaforane opp til academia ser vi at tanken om å velgja "den beste" oftast blir ein mann, sidan han nettopp skil seg frå "massen". Slik blir det vanskeligare for kvinner å visa fram kva talent dei har, dei er allereie utelukka frå "det fremragende" gjennom at dette symboliserast til mannlegdom. (6; s 320)

Bjerrum Nielsen visar og til sosiologen Pierre Bourdieu: "Det 'rene' univers av endog den 'reneste' vitenskap er et sosialt felt likesom ethvert annet. Det har sin fordeling av makt, sine monopolordningar, sine kampfelt og sine strategier, sine interesser og sine fortjenester." (6; s 321) Dette fortel oss at vi skal vera observante på usynlege maktordningar innan academia.

3.3 Medisinsk academia

Så la oss gå tilbake til tala frå Lægeforeningen som visar oss at der blant anna fins berre 9% kvinnelege professorar i Noreg. Det seier oss at denne artikkelen frå gruppa ved UiO i aller høgste grad er relevant for medisinsk academia. Dei tre antatte påstandane som Bjerrum Nielsen skriv om i artikkelen er like relevante å få stilt spørsmål ved innan medisinen som andre delar av academia.

Medisinsk academia skal forska på sjukdomar og helse, noko som er relevant for heile folket, både kvinner og menn. Skal vi vera sikre på at alle felt blir forska på i lik grad, at alle sider av medisinen blir tatt på alvor, at fordelinga av ressursar blir rettferdig, treng vi stemmer frå kvinner òg i det medisinske academia. Mykje av artikkelen til Harriet Bjerrum Nielsen syner oss at det ikkje er like enkelt for kvinner å bli representert i academia, og at det ikkje kjem til å gå av seg sjølv. Har vi nokon til å gjera oss medvitne om dette i løpet av studietida, eller er dette noko vi kvinnelege medisinstudentar må jobba oss gjennom eit langt arbeidsliv for å finna ut av sjølv? Svaret gir seg sjølv. Dette er noko både mannlege og kvinnelege studentar treng å vera merksame på.

4. Genusperspektivet i medisinerutdanninga ved Umeå Universitet i Sverige

”I den mån sociala villkor inte berörs risikerar könsskillnader att framstå som medfödda och helt knutna till biologin.”

Katarina Hamberg (7; s 2)

4.1 Innleiing

Før eg går vidare på innhaldet i planane frå Umeå, vil eg utdjupa omgrepet som på svensk heiter *genus*. Innan kjønnsforskning i Sverige talar ein om kön og genus. Dette svarar til dei engelske orda sex og gender. Med kön, eller biologisk kön meiner ein dei biologiske forholda som er særskilde for menn og kvinner, til dømes kromosom og kjønnsorgan. Når ein snakkar om genus, også kalla sosialt kön, talar ein meir om sosiale, kulturelle og psykologiske aspekt ved det å vera kvinne eller mann. Innan medisinen i Sverige nyttast definisjonen *Genus = kön med helhetssyn*. Då omfattar eit genusperspektiv både dei biologiske fakta, samstundes som sosiale, kulturelle og psykologiske tilhøve kjem med. På norsk har vi berre ordet *kjønn* som omfattar både dei biologiske aspekta, og alt anna. Denne mangelen på ord kan til dømes innan medisinen her i Noreg gjera at ein fort kan tenkja i retning av *berre* biologi når ein høyrer ordet *kjønn*.

I dette kapitlet skal eg gå gjennom arbeidet som er gjort ved Umeå Universitet med tanke på kjønnspektivet (7).

4.2 Bakgrunn og arbeidsmåte for genuskomiteen ved Umeå Universitet

I 2001 starta arbeidet ved Umeå Universitet med å få innført genusperspektiv ved medisinerutdanninga. Arbeidet starta fordi Fakultetsnemnda vedtok at alle utdanningar ved medisin og odontologiske fag skulle kvalitetssikrast gjennom eit genusperspektiv. Det vart oppretta ein eigen Genuskomité som skulle vera ein reiskap for å gjennomføra dette.

Dei fekk ansvar for å initiere prosessen, koma med idear og støtta arbeidet vidare.

Arbeidet starta med at Genuskomiteen i samarbeid med dei forskjellige kursansvarlege utarbeida basisidear for korleis ein skulle fokusera på genusperspektivet innan kvart kurs gjennom heile studiet. Forslaget dei kom opp med dekkjer alle semester, med varierende vektlegging innan dei forskjellige kursa.

Korleis var det mogleg å starta dette arbeidet som skulle inngå i pensum i heile legeutdanninga? Arbeidet starta som sagt med ein analyse av situasjonen i dag. Alle dei kursansvarlege innan utdanninga fekk i oppdrag å oppgje dei områda innan sitt kurs som vart rørt av kjønn/genustematikken, samstundes kva dei klarte gjennomføra haustsemesteret 2001. Genuskomiteen (GK) valde slik sett å fokusera på gjennomføringa heller enn målplanen. GK fekk tilbakemelding frå dei kursansvarlege, der dei ønskte få svar på kva idear og planar dei hadde for å innføra kjønnsperspektiv i undervisninga, og eventuelt kva hindringar som låg i vegen for å gjennomføra dette.

Nokre av resultata etter denne første runden med oversikt over undervisninga som GK samla saman frå kursleiarane viste at i til dømes kommunikasjonsundervisninga hadde ein dekkja området ganske bra. I tillegg fann dei ut at når studentane arbeidde i grupper, vart det alltid streba etter å oppnå god blanding av kvinner og menn i gruppene. Nokre kurs tok til og med opp problemstillingar som oppstår med tanke på det å vera mannleg eller kvinneleg medisinstudent, med tanke på likestilling og negativ særbehandling. Generelt såg dei at biologiske aspekt vart i større grad fokusert på enn anna som omfatta kjønn/genus. Og biologiske kjønnskilnader vart ikkje belyst godt nok når det gjaldt utbreiing av sjukdommar og behandling. Det var endå mindre fokus på korleis sosiale levekår og kjønn verkar inn på mennesket sin biologi og helse, korleis det til dømes utløyser eller påverkar sjukdom. Dette gjeld skilnader mellom menn og kvinner sine livsstilar, arbeidstilhøve, normer for kvinnelighet og mannlighet og så bortetter. ”I den mån sociala villkår inte berörs risikerar könsskilnader att framstå som medfödda och helt knutna til biologin”, skriv ordførar i GK, Katarina Hamarström (7; s 2). GK konkluderar med at det i undervisninga på medisinstudium i Umeå hovudsakleg formidlast eit biomedisinsk perspektiv. Det blir mest fokusert på biologiske forhold, og på biologiske

årsaker til sjukdom. Dei meiner at eit slikt fokus går dårleg saman med genusperspektivet. For å dra inn dette perspektivet må ein i undervisninga knyta dei biologiske tilhøva saman med sosiale forhold, kultur og psykologi. Enkelt sagt; genus er kjønn med heilskapsperspektiv.

4.3 Gjennomgang av semestera ved Umeå Universitet med tanke på genusperspektiv

Genuskomiteen foreslår at dei momenta som allereie fins skal framleis eksistera, medan dei kjem opp med forslag om kva moment som bør innførast (7). Her er ein gjennomgang frå alle terminane (T):

- T1 A) Introduksjon og teori om kjønn og genus innførast på første termin i det vitenskaplige basiskurset. Her blir grunnlaget lagt for andre kurs. Dette handlar om vitenskapssyn, teoriar og kjønn/genus sin relevans i forskning, og bør ligga innom det vitenskaplige basiskurset.
- B) Cellekurset planlegg og gjennomfører eit forkurs for lærarane (alternativt for lærarane i celle og organkursa) om genusaspekter på relasjonar mellom lærarar og studentar.
- T1-3 Medisinsk psykologi:
- A) Moment om genusperspektiv i utagerande åtferd.
- B) Moment om genus i gruppeprosessar blir testa.
- T3 Organskurs: Her foreslår GK ein case om osteoporose der ein integrerer genusperspektivet. Frå ein slik case kan ein diskutera oppbygginga av bein og funksjonen på kjeminivå og stilla det i relasjon til livsvilkår og oppvekst. Biologi og sosiale vilkår si samanfletning kan illustrerast på preklinisk nivå.
- T5 Kurssamordnarar og lærargruppe presenterar om/korleis genus tas opp/kjem til å tas opp innan dei grunnleggande kursa i sjukdomslære. Konkrete moment skal bli skildra.

- T6-7 A) I kliniske undersøkingsmetodar vert det utarbeida moment kring berøring, avkledning og kroppsundersøking ut frå eit genusperspektiv, samt moment om mannlige og kvinnelige legar i konsultasjonane.
- B) Innan det kliniske basiskurset skal det verte innført eit moment om forkinga som finnast kring genus i relasjon til årsaker til sjukdom og forløp. I staden for å ta det opp ved kvart tilfelle kan det med fordel gjerast oversikteleg i til dømes ei førelesing, etterlesing eller litteraturstudiar.
- C) Genus i relasjon til hjarte- og karsjukdomar bør rettast søkjelys på i case under klinisk basiskurs.
- D) Kjønnsbias i helsevesenet. Kva veit vi, korleis kan vi vika unna det? Oversiktsforelesing eller etterlesing til passande case?
- E) Genusperspektiv på legearbeidet. Utgangspunkt i den ujamne kjønnsfordelinga i visse kirurgiske spesialitetar skal bli ordna i til dømes eit seminar eller temadag i regi av kirurgi, ortopedi og eventuell annan spesialitet.
- T8 Sjukdomar i røyrslapparaten i eit genusperspektiv, og genusperspektiv på rehabilitering.
- T9 Psykiatri
- A) Case om depresjon i genusperspektiv
- B) Nokre samlande moment som fokuserar på genus og psykiatri (sjukdomspanorama, møte med pasienten og så bortetter) Som forelesing, etterlesing, seminar eller gruppearbeid.
- T10 Kvinne/barn.
Utdanning av lærarane. Integrering av genus i PBL-eksempla og dokumentasjon av erfaringane.
- T6-11 Undervisning om mishandling av kvinner bør bli utvikla og samordna. Det skal bli danna ei arbeidsgruppe med representantar frå til dømes psykiatri, kirurgi, ortopedi, gynekologi og allmenntillegisin.
- T6-11 PU/Anvendt tillegisin
- A) Moment som fokuserar på maktasymmetrien i pasient – lege forholdet i eit kjønnserspektiv skal bli innført i stadium III.

- B) Moment som fokuserar på genusperspektivet mellom ulike yrkesgrupper i helevesenet skal bli innført under den seinare delen av utdanninga.

Generelt for dei fleste terminane:

- T1-11 Kursevalueringa bør ha spørsmål om negativ særbehandling. Eksamen bør inkludera genus. Kurslitteraturen må bli granska ut frå eit kjønnspektiv. Nye bøker trengs ikkje å bli skrivne, men kanskje kunne ein ha som tema at studentane les pensum med *genusglasögonen*. Seinare kunne ein ha eit seminar om genus i kurslitteraturen. Lærarar og studentar blir då dradd inn i dette saman, og pedagogikken blir sikkert betre enn om litteraturen var aldri så genus-korrekt. Utdanning av lærarane på førehand må bli gjennomført. Dette bør bli utvikla lokalt/kursvis for å bli tilpassas til respektive lærargruppe sitt behov. Basal genusteori og betydinga av genusperspektiv bør bli innarbeida i lærarkursa som alle nye lærarar skal gjennomgå. Relasjonar mellom lærarar og studentar bør i tillegg vurderast i eit genusperspektiv i alle kurs.

4.4 GK si analyse av svara i undersøkinga ut frå kva som er diskutert og vedteke

- Kropp, helse, sjukdom – biologiske og sosiale aspekt

Innan dei fleste kursa er ein merksame på kjønnskilnader i insidens og forløp av sjukdomar, men utover dette ser det ut til at kunnskap om kjønn/genus tas opp i svært lita grad, eller ikkje i det heile teke, i mange av dei "tunge" kursa på studiet. Her høyrer til dømes kunnskap om genusaspektet ved hjarte- og karsjukdomar, diabetes, depresjonar og røyrslorgana sine sjukdomar til.

I medisinen blir det sjeldan diskutert korleis sosiale levevilkår og genus påverkar menneska sin biologi og helse, utløyser eller påverkar sjukdomar sitt forløp (til dømes menn og kvinner sin levestil, vilkåra i arbeidslivet som kvinne eller mann, menn og

kvinne sitt handlingsrom og innflyting i samfunnet). Kjønnsskilnader risikerer å framstå som medfødde og berre knytte til biologien. Generelt blir sosiale omstende sin innverknad på biologiske funksjonar altfor sjeldan problematisert. Ein tenkjer ofte ut frå XX eller XY kromosoma for å definera kven som er mann og kven som er kvinne. Med ein slik tanke om at kjønnsskilnader er heilt knytte til biologien, risikerar legen / studenten å ”klumpa ihop alla individer av ett kön till en homogen grupp och förbise *variationer inom könen och likheter mellan könen.*” (S10 dokument frå GK)

- Utreiing og behandling

Genuskomiteen fann lite i granskinga om det som dreier seg om kjønnsskilnader i utreiing og behandling. Dei peikar på at det fins forskning som viser at pasienten sitt kjønn avgjer kva type behandling ein får. Til dømes gjeld dette ved angina pectoris hjå kvinner. I tillegg gjeld det og for colon irritable. Det fungerer lettare å identifisera dette hjå kvinner enn hjå menn. Dessutan fins etterkvart ein del forskning om skilnader i effekt og biverknader av legemiddel. Andre eksempel som dei tek opp er kjønnsstereotype forventingar og førestillingar om kvinner og menn. Det er til dømes lågare list for å skriva ut antidepressiva til kvinner enn til menn. Genuskomiteen konkluderar med at slike kjønnsbias oppstår på to måtar. Det blir danna skilnader mellom menn og kvinner når det ikkje bør bli danna, og det blir ikkje gjort skilnader andre gonger når ein faktisk bør ta omsyn til kjønn. GK seier med dette at det er gode argument for å innføra undervisning om kjønnsbias. I granskinga dei gjorde, fann dei ut at det ikkje blei fokusert på dette i det heile tatt ved utdanninga i Umeå.

- Møte med pasientane

I undervisninga om kommunikasjon og møte med pasientane er allereie genusperspektivet inkludert. Dette blir diskutert innan til dømes gynekologikurset og infeksjonskurset. Men i kurs som undersøkingsmetode og psykiatri fokuserar ein ikkje på det. I begge desse kursa kunne det vore interessant å diskutera tydinga av legen og pasienten sitt kjønn, gjerne ut frå rollespel, diskusjonar om case og liknande.

Maktasymmetrien som ofte fins innan pasient – lege forholdet blir heller ikkje tatt opp. Kjønn og makt er to element som spelar inn i konsultasjonen. I utgangspunktet er maktfordelinga i legen sin favør, og her spelar truleg kjønn og ei rolle. GK konkluderar med at det i undervisninga bør bli utforma moment som tek opp spørsmål som korleis ein som lege handterer makt, rett til å ta avgjersler, overordning og underordning.

- Arbeidsvilkår

Genusperspektiv på arbeidsvilkår blir allereie satt ljøs på innføre eit semester og kjem tilbake seinare i studiet i gruppediskusjonar. Komiteen foreslår at dette temaet bør bli tatt opp innføre kirurgi- og ortopedikursa. Ut frå dagens kjønnsfordeling og den diskusjonen som går føre seg om kvinner sine moglegheiter skulle desse vera passende kurs å diskutera dette innføre. GK forslår å bringa inn ein eller fleir spesialitetar med kvinnedominans i denne diskusjonen, slik som hud/barn/allmenntilleggsmedisin. Vidare peikar GK på at genusperspektivet er av betydning i yrkesmessige relasjonar mellom legar og andre personalgrupper, til dømes sjukepleiarar og laboratoriepersonell.

I granskinga såg GK at i kurset om cella, på første semester, blir det fokusert på relasjonen mellom lærarar og studentane sidan dei fleste lærarane er menn, og majoriteten av studentane er kvinner. Det fins planar om korleis dette bør bli teke opp av lærarane i utdanninga. Desse kan gjerne nyttast av andre lærarar og, fastslår GK. Under infeksjonskurset har ein stilt spørsmål om negativ særbehandling med tanke på kjønn i evalueringa. Det bør tas med på andre kurs og.

- Vald mot kvinner

Komiteen fann nokre innslag i undervisninga som fokuserar på kvinnemishandling. Dette er i kvinne/barn kurset, litt under psykiatrikurset, og noko i starten av utdanninga med tanke på pasientintervjuet. Genuskomiteen seier klårt at kvinnemishandling er eit stor folkehelseproblem. Det er dokumentert at legar kvir seg for å ta dette opp som tema i samtale med pasientane, og det ser ut for at studentane har lite kunnskap om kva ein som lege skal og bør gjera i slike tilfelle. Ved Umeå Universitet fins mykje kunnskap om

kvinnemishandling, og GK foreslår at studentane skal undervisast i, og eksaminert i, den handlingsplanen som fortel korleis ein skal gå fram når ei mishandla kvinne søker helsevesenet. Denne planen eksisterer, men er ikkje inkludert i studiet. Dei foreslår at ei særskilt gruppe som skal utarbeida opplegg for undervisninga blir danna, slik at dette kjem inn i studiet så snart som råd.

- Teoriar, omgrep og vitenskapssyn

I kurset om samfunnsmedisin får genusperspektivet stor plass. Men dette kurset kjem til slutt i studiet. GK fastslår at studentane allereie i starten av studiet må få innføring i grunnleggjande begrep (som til dømes genus, kjønn, sex, gender, sosialt kjønn og så bortetter), teoriar om korleis kjønn blir skapt og endra, og gransking av forskinga ut frå eit genusperspektiv. Studentane treng denne kunnskapen tidleg i studiet om ein skal klara å diskutera, og kritisk granska forskning, praksis og ikkje minst sin eigen litteratur.

- Lærarane sitt behov for utdanning

Genuskomiteen kjem fram til at det generelt sett er eit stort behov for utdanning om genus blant lærarane. Berre eitt kurs har allereie starta med slik utdanning, og det er for lærarane i allmennmedisin. Dei forskjellige kursa må laga denne utdanninga sjølv, men GK kan bli kontakta for råd, rettleiing og forslag. Alle nye universitetslektorar gjennomgår eit kurs før ein startar. Allereie her må genusperspektivet bli tatt opp og undervisast i.

5. Kjønnsperspektiv ved medisinutdanninga i Tromsø

5.1 Innleiing

Så vidt eg har klart å finna ut er det aldri blitt vedteke at ein skal fokusera spesielt på kjønnsperspektiv ved medisinutdanninga i Tromsø. Difor er det spanande å undersøkje eit utval av kurs- og målskildringane med tanke på om det i desse i det heile tatt er vektlagt noko som har med kjønnsperspektiv å gjera.

Kursmateriellet og målskildringane eg har vald ut er følgjande:

- Samfunn og Sykdom – Undervisningsplan høsten 2005
- Kursbeskrivelse for Samfunnsmedisin del 1, høsten 2004
- Kursbeskrivelse for Samfunnsmedisin del 2, våren 2005
- Fagplan for undervisning i medisinsk etikk, vitenskapsfilosofi, egenforståelse, kommunikasjon og samarbeid, 1999
- Mål- og timebeskrivelse for Organkurs 9: Hjerte og kar, høsten 2004

Eg vil i det følgjande skriva litt om innhaldet i dei forskjellige tekstane, og deretter peika på kor det ville vore passande å ta med eit kjønnsperspektiv.

5.2 Gjennomgang og kommentarar til utvalde planar

5.2.1 Samfunn og Sykdom

Dette er eit kurs som blir gjennomført i første semesteret av studiet. Kurset er for medisin- og odontologistudentar. Målsettinga for kurset er å ”belyse faglige og etiske utfordringer i lege- og tannlegeyrket i lokalt, nasjonalt og globalt perspektiv.” (8; s 1) Som læringsmål er mellom anna desse satt opp: ”lære seg å identifisere etiske utfordringar i egen yrkesrolle i forhold til pasienter og samfunn”. Vidare står det at studentane skal bli utfordra til å stilla spørsmål ved si eiga yrkesrolle i forhold til eigen

person, pasientar og samfunn. Mykje av undervisninga går på seminar og gruppearbeid der tema er til dømes: "Hendelser til ettertanke", "Utfordringer i internasjonal helse", "Utfordringer i psykiatrien", "Hvem befinner seg bak pasienten".

- Kommentarer

Dette er eit kurs som kjem svært tidleg i studiet, og er difor egna til å gjera studentane medvitne om tenking i eit kjønnspektiv. Slik kan studentane ha dette med seg resten av studietida og i arbeidslivet. Dette er og eit kurs som skal førebu studentane på eit liv i som lege / tannlege. Målskildringa uttrykkjer at studentane skal reflektera over si eiga rolle som lege i tilhøve til både kollegar, pasientar og samfunn. Her kan ein absolutt føya til at studentane skal diskutera si eiga rolle som lege i tilhøve til både kollegar, pasientar og samfunn i eit kjønnspektiv. Verkar det inn på kollegar at legen er mann eller kvinne? Kva vil det seia i møtet med pasienten om legen er mann eller kvinne? Kva vil det seia i eit samfunnspektiv om legen er mann eller kvinne? Vidare burde det til dømes vore spesifikt nemnt i timen som heiter "Utfordringer i internasjonal helse" at helsa til kvinner på verdsbasis er ein stor utfordring.

5.2.2 Samfunnsmedisin del 1

Dette kurset er på andre året i studiet. I starten av denne målskildringa står det at studenten skal: "- skaffe seg kunnskap om forhold som virker inn på helse, sykkelighet og dødelighet, om fordeling av ressurser, nasjonalt og globalt, og om hvordan helsetilstanden hos individer og grupper påvirkes av helsevesen, livsstil og samfunnsforhold". (9; s 2) Når planen skildrar kva kunnskapar studenten skal ha innan vitenskapleg metode står det at studentane skal få: "...en kritisk og søkende holdning i det medisinske arbeid, lære å vurdere et vitenskapelig arbeid med hensyn til pålitelighet og anvendelighet, og lære betydningen av å evaluere helsearbeid". (9; s 3) Vidare er det satt opp generelle læringsmål under følgande overskrifter: Epidemiologi, Klinisk epidemiologi / beslutningsanalyse, Forebyggande medisin og Psykiatri (berre ei lita introduksjon). Det er verdt å merka seg formuleringa under førebyggande medisin: "Med forebyggande medisin menes kunnskap når det gjelder sykdommers etiologi, mulighetene

til å forebygge, implementering av forebyggende tiltak og følger av å forebygge sykdom.” (9; s 5) I tillegg haldast der tre seminarer med følgande titlar: ”hva er normalt / sykt”, ”epidemiologi og forebygging” og ”kritisk kildevurdering”.

- Kommenterarar

Ingen av punkta i denne kursskildringa har med noko konkret om kjønnsperspektiv. Det er relevant innan alle dei punkta eg har referert t til frå kurset. Dette kurset inneheld og svært mange underpunkt som er relevante å sjå på i eit kjønnsperspektiv. Studentane skal og læra kva samfunnstilhøve som verkar inn på helsetilstanden. Her er det absolutt relevant å ta med kjønn som ein del av diskusjonen rundt kva som verkar inn på sjukdom. Studentane skal og læra å vurdere vitenskapleg arbeid i dette kurset, og dei skal læra ei kritisk haldning i det medisinske arbeidet. I desse tilfella er det og naudsynt å eksplisitt fella ned i planane at dette og skal gjerast i eit kjønnsperspektiv.

5.2.3 Samfunnsmedisin del 2

Dette kurset kjem på fjerde året, og byggjer i stor grad på Samfunnsmedisin del 1 frå andre året. I tillegg er det eit førebuande kurs til dei seks månadane studentane skal i praksis på femte året. Målskildringa tek for seg emna allmennmedisin, forebyggende medisin, sosial- og trygdemedisin, epidemiologi og statistikk, helsetjenesteforskning, menneskerettighetsproblematikk og konsultasjon / kommunikasjon. I den konkrete timeskildringa er det lettare å få innblikk i kva den enkelte timen skal innehalda, men framleis er det lite som legg føringar for kva timane skal romma. Her er nokre eksempel på kva timane inneheld: ”Konsultasjonen”, ”Allmennlege for samiske pasienter”, ”Infeksjoner i allmennpraksis”, ”Etiske dilemmaer i allmennpraksis”, Muskel-skjelettundersøkelse”, ”Mann med vondt i magen” og ”Mann med tung pust”. Under timeskildringa står det nemnt tre timar som dekkjer eit tema som det er verdt å trekkja fram som svært positivt ved målskildringa: ”Er familievold et medisinsk anliggende? Forelesningen forankres i epidemiologisk dokumenterte sammenhenger mellom ulike krenkelser, også seksuelle overgrep, i barndommen og helseproblemer i voksenlivet.

Studienes tall gis liv og mening gjennom sammenflettede livs- og sykdomshistorier. Slik vises veien fra krenkelse til sykdom.” (10; s 9)

- Kommentarer

Dette kurset rommar heldigvis timar om helseproblem rundt vald mot kvinner, og korleis vi som legar skal møte kvinner i ein slik situasjon. Spørsmålet er om temaet blir vektlagt grundig nok i tilhøve til kor omfattande dette problemet er i Noreg. I denne undervisninga kan ein gjerne samarbeida tverrfagleg med til dømes Krisesenter og liknande institusjonar for å skjønna omfanget betre. Under sosial- og trygdemedisin kan ein og leggja vekt på kjønnspektivet og gjera greie for ulikskapar i kven som får ytingar etter trygdelova. Ein kan vidare drøfta ut frå eit samfunnspektiv kva som er grunnen til at det eventuelt er ei skeiv kjønnsfordeling av trygdeytingar. I tillegg er det og teke fram tre eksempel frå typiske tilfelle i allmennpraksis. Det eine eksempelet er om barn, dei to andre er om menn. Her burde ein absolutt teke med ei typisk sjukehistorie med ei kvinne i sentrum.

5.2.4 Fagplan for undervisning i medisinsk etikk, vitenskapsfilosofi, egenforståelse, kommunikasjon og samarbeid

Denne planen er omfattande og gjeld for heile medisinstudiet. Den dekkjer all undervisning i desse områda under alle kursa i heile studiet, inkludert organkursa. Ein viktig del av denne fagplanen dreiar seg om kommunikasjon. Vidare står det at målet med undervisninga på 6.studieår er: ”en ny bearbeidelse av sentrale problemer innen etikk og vitenskapsfilosofi basert på de mange praktiske erfaringer studenten har gjort seg i Stadium III”. (11; s 6) Frå denne planen vil eg spesielt trekkja fram ein setning under den delen som dreier seg om Medisinsk etikk og vitenskapsfilosofi på Stadium II: ”Målet med undervisningen er at studenten blir i stand til å anvende den grunnleggende forståelsen han eller hun har tilegnet seg i Stadium I, til å identifisere og diskutere relevante problemstillinger av etisk og / eller vitenskapsfilosofisk karakter. Med ”relevante” siktes det her både til ”klassiske” emner som for eksempel abort og eutanasi,

og mindre åpenbare problemstillinger, som for eksempel den latente paternalisme i forebyggende helsearbeid.” (11; s 5)

- Kommentarer

Dette er einaste staden eg har funne ordet ”paternalisme” i dei planane eg har studert. Det er bra at det i det heile tatt er nemnt. Noko interessant er formuleringa ”Mindre åpenbare problemstillinger, som for eksempel den latente paternalisme forebyggende helsearbeid”. Det kan høyrast ut som om det er svært skjult at det kan liggja til grunn ein paternalistisk tankegang, I tillegg er det interessant at denne formuleringa berre nyttast på førebyggjande helsearbeid, og ingen andre stader i dei planane eg har studert. Når det gjeld delane som dreier seg om kommunikasjon i denne fagplanen fins der mykje vitenskapleg arbeid som kunne vore nytta i undervisninga for å få innblikk i kva kjønnskjønns seia for kommunikasjonen mellom pasient og lege. Dette burde absolutt vore inkludert i fagplanen her.

5.2.5 Organkurs i hjerte og kar

Denne målskildringa skil seg ut frå dei som er ovanfor sidan dette er eit organkurs (12). Her er det skildra mål innanfor mange fag: Anatomi / embryologi, Patologisk anatomi, Fysiologi og patofysiologi, Biokjemi / Klinisk biokjemi og Mikrobiologi. Det er lista opp fleire underpunkt innan kvart fagfelt, men dette er berre stikkordsmessig. Vidare er det ramsa opp Sykdomslære, Diagnostikk / Spesialundersøkingar, eller Behandlingsaspekter. Neste del i målskildringa tek for seg Samfunnsmedisinske aspekt. Under epidemiologi står det: ”Gjøre rede for risikofaktorbegrepet og kjenne betydningen av disse faktorene med henblikk på koronar hjertesykdom. Kunne angi den omtrentlige hyppighet av de viktigste hjerte- karsykdommer og kjenne den omtrentlige fordelingen av risikofaktorer og sykdom med hensyn til kjønn, alder og geografi.” (12; s 7)

- Kommentarer

Innan epidemiologidelen er kjønn nemnt, men det er jo sjølvsagt sidan det er snakk om epidemiologi. Men det er ikkje vektlagt spesielt anna enn å seia noko om fordelinga og

risikofaktorar mellom kjønna når det gjeld hjarte- og karsjukdomar. Det er i det heile lagt lite vekt på kjønnskilnader, eller kjønnslikskapar, og grunnar til desse likskapane eller skilnadane. Dette er underleg sidan forskning i den seinare tida gir tydelege bevis på at det finnast kjønnskilnader både i diagnostikk, behandlingstilbod og risikofaktornivå.

5.3 Samla kommentarar til planane ved medisinstuderinga i Tromsø

Etter å ha studert desse planane i eit kjønnsperspektiv – eller med genuglasögon som det så fint kan formulerast på svensk - kan eg først og fremst seia at det har vore vanskeleg å plukka ut noko konkret å ta tak i. Om det er på grunn av at planane er ganske generelle i utgangspunktet, eller om det er fordi det er svært lite om kjønnsperspektiv er usikkert. Truleg er det ei blanding av desse to. Men det som er heilt tydeleg er at kjønnsperspektivet ikkje er teke med i det heile tatt i desse planane eg har studert. Det er og tydeleg at det ikkje har skjedd noko på dei fem åra eg sjølv har studert, sidan eg har fått tak i dei nyaste planane som det blir undervist i. Dette er og noko underleg. Medisinen er elles svært oppteken av å ta med nyaste forskning innan kvart område. Men forskinga som fins, og som bringar fram solid evidens for at kjønn har medisinsk betyding både for førekomst av sjukdom, forløp, behandling, prognose, kommunikasjon, levetid og så bortetter, blir ikkje tatt med i undervisninga for medisinstudentar i Tromsø. Her kan vi trekkja trådane tilbake til Harriet Bjerrum Nielsen sin artikkel som visar oss dei skjulte strukturelle føringane som tek kontroll over kva som skal vera fokus i akademien og i undervisninga.

Hovudtanken som slår meg i alle desse forskjellige planane er at det blir opp til kvar enkelt lærar å avgjera kva som skal tas med i undervisninga, så lenge ein dekkjer det studieplanen seier. Når den ikkje eksplisitt seier at studentane skal læra om kjønnsperspektiv, så kjem det jo heilt an på om dette perspektivet er eit tema som læraren tenkjer er viktig eller som læraren i det heile tatt har tenkt over. Som vi har sett tidlegare i denne oppgåva er tankane rundt eit kjønnsperspektiv fråverande i utdanninga av legar. Difor er det svært lita sjans for at lærarane skal ta med seg dette inn i undervisninga sjølv.

Når vi ser på kva som er gjort i Umeå, ser vi at det blir lagt opp til at alle lærarar skal undervisast i kjønnsperspektiv innan medisinen. Det vil nok ikkje endra seg utan eit slikt tiltak her i Tromsø.

I tillegg har eg lyst til å trekkja fram det internasjonale perspektivet som kjem fram både i Samfunn og Sykdomskurset, og begge Samfunnsmedisinkursa. Her bør det absolutt vera sentralt i undervisninga at kvinner er spesielt utsette for dårleg helse i eit globalt perspektiv. Ein kan nemna FN sine konferansar om kvinner si helse. I den internasjonale debatten kring kvinner si helse er det stort fokus på kvinner sine seksuelle og reproduktive rettar. Sjølv om vi bur i eit rikt land, bør vi bli undervist i at reproduktive rettar er ei konkretisering av allereie vedtekne menneskerettar, som inneber retten til sjølv å velja når og om ein skal ha barn, og til å sleppa uønska relasjonar. Svangerskap, fødsjar og abort er framleis risikable hendingar i fattige land. Dei siste åra har ein forstått at kvinner blir utsette for helserisiko av biologiske, sosiale, kulturelle og ikkje minst økonomiske årsaker. Og det ser ut til at situasjonen forverrast, i og med at fattigdomen feminiserast. Stadig fleire av verdas fattige er kvinner. Dersom dette ikkje er nedfelt i studieplanane, vil det vera lett å unngå desse tema.

6. Konklusjon

Det har vore ei interessant ferd frå start til slutt på denne oppgåva. Eg har møtt mange medstudentar som seier: "Hæ? Kjønnsperspektiv? Kva har det med oss å gjera?". Men like spanande har det vore å møta folk som er oppriktig interessert i kva innhaldet er, og som set pris på og har sakna at temaet blir teke opp innføre faget. Eg har i løpet av oppgåva fått det klart for meg kva eit kjønnsperspektiv er, og kvifor dette er viktig innan medisinen og. Gjennom å lesa filosofihistoria med *genuslasögon* med hjelp av Genevieve Lloyd, har eg skjønt meir av bakgrunnen for metaforane i filosofien. Metaforane innan medisinen har og vore nyttige å studera. Emily Martin har synt meg at språket innføre medisinen er både positivt og negativt ladd, og at det er fullt av metaforar som speglar til dømes økonomiske samfunnsstrukturar og hierarkiske strukturar. Kvinner sin reproduksjon er særleg skildra i negative ordelag. Dette er kanskje ikkje noko ein student legg merke til i pensumlitteraturen, og ho har kanskje ikkje har problem med dette i det heile teke. Men då blir det endå viktigare å setja lys på kva for ein tradisjon vi faktisk arvar, og å stilla spørjeteikn ved om vi framleis vil ha det slik.

Toril Moi si analyse av Simone de Beauvoir sine tankar er og interessant for å syna at kjønn ikkje treng delast opp i kategoriar som biologisk kjønn og sosialt kjønn. de Beauvoir viser at vi kan tenkja på menneskje som situerte i ein situasjon, stadig i endring, og at både den ramma eg lev innan og den kroppen eg har er med på å forma den eg er. Tenkjer ein slik om kjønn blir det lettare å sjå at det er viktig å tenkja breiare om kjønn i medisinen enn berre biologi.

Kva er det som set sperrar eller som opnar for endringar på dei medisinske fakulteta? Kven er det som legg føringar for kva som skal undervisast i? Analysen til Harriet Bjerrum Nielsen og gruppa som såg på likestilling ved UiO er interessante i denne samanhengen. Vi såg at der ligg strukturar til grunn som gjer det vanskelegare for kvinner å koma til i faste stillingar, og dette vil igjen sannsynlegvis ha konsekvensar for kva som blir utarbeida av fagplanar og innhald i undervisninga. Gjennom analysen av eit utval av studieplanar frå Universitetet i Tromsø fann eg at det ikkje er noko fokus på

kjønn i det heile, utanom det reint biologiske. Det er ikkje nedfelt noko i dei studieplanane eg studerte at studentane skal læra meir enn berre fordelinga av sjukdom mellom menn og kvinner. Med andre ord: Det finst ikkje noko kjønnspektiv ved medisnutdanninga i Tromsø, og det har heller ikkje skjedd noko med tanke på dette i løpet av dei fem åra eg sjølv har studert her. Frå Umeå Universitet såg vi at fakultetsnemnda vedtok at utdanninga i medisin og odontologi skulle kvalitetssikrast gjennom eit kjønnspektiv. Ei slik kvalitetssikring manglar i Tromsø.

Eit viktig moment frå Umeå Universitet er at Genuskomiteen har valt å innføra kjønnspektivet i heile studiet, med andre ord å integrera det i utdanninga. Dette er etter mitt syn svært viktig. Dersom det ikkje blir ei integrert del av undervisninga risikerar ein at det som har med kjønn og kvinner å gjera blir noko "særskilt", noko "anna", noko "sært". Slik kan ein lett falla i fallgruva å stigmatisera grupper, enten det til dømes gjeld kvinner, menn, homofile eller urfolk. I Tromsø sine studieplanar finn vi til dømes nokre få timar om vald mot kvinner. Dette bør vera eit eige tema, ja, men det bør kanskje og integrerast i all undervisning i organkursa der ein må tora å nemna vald i heimen som ein differensialdiagnose ved visse skader og sjukdomar. Dette er berre eitt eksempel. Dersom vi klarar å innføra kjønnspektivet i heile utdanninga kan studentane læra at korleis vi bevisst eller ubevisst tenkjer om kjønn er med på å styra våre tankar om diagnose, prognose, behandling og oppfølging. Klarar vi å dette, kan kjønnspektivet bli eit integrert perspektiv som studentane tek med seg ut i kvardagen som lege.

Eit anna viktig tiltak frå Umeå er utdanning og kursing av lærarane i kva eit kjønnspektiv er, og kvifor dette er relevant innføre medisinen. Dette er ein start for å få til endringar i tillegg til forplikting gjennom studieplanen at kjønnspektivet skal vera tilstades.

Det er svært lett å sjå forbi spørsmål som har med kjønn og kvinner å gjera i vårt norsk samfunn. Vi blir ranka av FN som eit av verdas mest likestilte land, og tenkjer at vi har det greitt. Men ser vi på tal som syner oss kva spesialitetar nyutdanna legar vel, så ser vi

ei tydeleg kjønnsdeling. Kvifor er det slik? Er dette bra for pasientane? Personleg tur eg ikkje det er bra for pasientane, og det er mykje vi kan gjera for å endra vårt eige syn på kvifor det er slik. Ein naturleg stad å starta er i utdanninga av legar, og eg vil foreslå ein temadag slik dei har innført i Umeå. Gjennom ein slik temadag kan ein fokusera på dei spesialitetane som er mest typisk for kvinner, og dei som er mest typisk for menn, og få studentar og spesialistar til å diskutera saman om det er slik vi vil ha det, og kvifor det er slik det har blitt.

Dersom vi kan få innført ei tenking i medisinen som får oss til å skjønna at kjønn er meir enn berre biologi, at der fins sosiale hendingar og tilhøve som kan virka inn på biologiske tilhøve, så har vi kome eit godt stykke lenger. Men vi har eit stykke å gå i Noreg før vi er der.

Referansar

1. Lloyd, G. Mannlig og Kvinnelig i vestens filosofi. Halden: Cappelen Akademisk Forlag a.s, 1995.
2. Moi, T. Hva er en kvinne? Kjønn og kropp i feministisk teori. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2002.
3. Martin, E. The Woman in the Body – A Cultural Analysis of Reproduction. Boston: Bacon Press, 1992.
4. Hammarström, A. Medicinen har mycket att lära av genusvetenskapen. Läkar tidningen 2001; 98: 1222-1227.
5. Rich-Edwards JW, Grizzard TA. Psychosocial stress and neuroendocrine mechanisms in preterm delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005; 192: 30-35
6. BN. UiO som kjønnsbalansert universitet? I: Lønning I, Hafstad K (red). Kirke og kultur. Otta: Universitetsforlaget, 2004.
7. Genus i läkarutbildningen, Umeå Universitet
http://www.umu.se/medfak/aktuellt/dokument/Genusinventering_lakarprogram.d
oc
8. (Dokument frå Genuskommitteen, 2003-01-14)
9. Samfunn og Sykdom. Undervisningsplan høsten 2005 – Medisin/Odontologi Universitetet i Tromsø.
10. Samfunnsmedisin del 1. UiT. 13.09.2004-08.10.2004.
11. Kursmateriell kurs 16, Samfunnsmedisin del 2, UiT. Våren 2005.
12. Fagplan for undervisning i medisinsk etikk, vitenskapsfilosofi, egenforståelse, kommunikasjon og samarbeid. Det medisinske fakultet, UiT, 1999.
13. Orientering om Kurs 9, Hjerte/kar. 27.09.04-22.11.04.