

Annette Hauch, Eva Ethelberg, Jytte Møller, Elisabeth Borch,
Hanne Christensen, Johanne Drachmann, Elsebet Frydendal
Pedersen

Magt og køn i sundhedsvæsenet

Lægerne er den mest magtfulde gruppe i sundhedsvæsenet, og de har samtidig en magtfuld position i samfundet.

Selve lægegerningen er udformet og domineret af en mandlig tankegang, hvor hovedvægten er lagt på behandling af patienternes sygdomme, mens pleje og omsorg, der normalt ligger udenfor mænds arbejdsområde, ikke giver prestige. Pleje og omsorg varetages af sundhedsvæsenets kvinder, som imidlertid af lægerne også har fået tildelt eller pålagt visse behandlingsfunktioner. Da kvinderne gerne vil ligestilles med mænd, ønsker de – eller har hidtil ønsket – behandlingsfunktionerne opprioriteret.

Den køns- og magtkamp, som foregår i samfundet, har også sin form og sine skjulte udtryk i sundhedsvæsenet. Patienternes afmagt indenfor det officielle sundhedssystem kan bl.a. ses i lyset af denne kamp.

Artiklens forfatter beskriver 3 konsekvenser af kvindelige værdiers lave prestige i lægevidenskaben, og artiklen afsluttes med et ønske om, at kvinder og mænd indser disse konsekvenser og ændrer køns- og magtbalancen i sundhedsvæsenet til fordel for omsorg for og pleje og behandling af mennesker.

Indledning

Begreberne magt og køn afspejler sig i sundhedsvæsenet som en særlig opdeling af dets personalegrupper i to kategorier:

1. lægegruppen, som er den magtfulde kategori med klassisk patriarkalsk struktur og med mænd i stort set alle de overordnede stillinger, og
2. resten af personalegrupperne, som på forskellig vis er underordnet lægerne, og som overvejende består af kvinder.

Lægegerningen, som den ser ud idag, bygger på en rent mandlig tradition, hvor tidligere tiders pleje og omsorg er spaltet fra.

Som illustration af, at det at være læge er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig betingelse for at komme til tops i sundhedssektoren, kan vi pege på kvindelige lægers advancementsmuligheder. Et stigende antal kvinder uddannes nu som læger, men på grund af advancementskravene – så og så mange meter artikler handlende om hvadsomhelst, blot det kan kaldes videnskabeligt – er der stadig i firserne kun få kvindelige overlæger og ingen professorer. En vigtig forudsætning for at opfylde advancementskravene er, at man har en hjemmegående hustru, og det er der ikke mange kvinder, der har.

Vi har således en top af mandlige læger ovenpå en pyramide af underordnet kvindeligt personale med meget forskellig uddannelsesbaggrund, strækkende fra kvindelige læger til sygehjælpere.

Annette Hauch, Eva Ethelberg, Jytte Møller, Elisabeth Borch,
Hanne Christensen, Johanne Drachmann, Elsebet Frydendal
Pedersen

Magt og køn i sundhedsvæsenet

Lægerne er den mest magtfulde gruppe i sundhedsvæsenet, og de har samtidig en magtfuld position i samfundet.

Selve lægegerningen er udformet og domineret af en mandlig tankegang, hvor hovedvægten er lagt på behandling af patienternes sygdomme, mens pleje og omsorg, der normalt ligger udenfor mænds arbejdsområde, ikke giver prestige. Pleje og omsorg varetages af sundhedsvæsenets kvinder, som imidlertid af lægerne også har fået tildelt eller pålagt visse behandlingsfunktioner. Da kvinderne gerne vil ligestilles med mænd, ønsker de – eller har hidtil ønsket – behandlingsfunktionerne opprioriteret.

Den køns- og magtkamp, som foregår i samfundet, har også sin form og sine skjulte udtryk i sundhedsvæsenet. Patienternes afmagt indenfor det officielle sundhedssystem kan bl.a. ses i lyset af denne kamp.

Artiklens forfatter beskriver 3 konsekvenser af kvindelige værdiers lave prestige i lægevidenskaben, og artiklen afsluttes med et ønske om, at kvinder og mænd indser disse konsekvenser og ændrer køns- og magtbalancen i sundhedsvæsenet til fordel for omsorg for og pleje og behandling af mennesker.

Indledning

Begreberne magt og køn afspejler sig i sundhedsvæsenet som en særlig opdeling af dets personalegrupper i to kategorier:

1. lægegruppen, som er den magtfulde kategori med klassisk patriarkalsk struktur og med mænd i stort set alle de overordnede stillinger, og
2. resten af personalegrupperne, som på forskellig vis er underordnet lægerne, og som overvejende består af kvinder.

Lægegerningen, som den ser ud idag, bygger på en rent mandlig tradition, hvor tidligere tiders pleje og omsorg er spaltet fra.

Som illustration af, at det at være læge er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig betingelse for at komme til tops i sundhedssektoren, kan vi pege på kvindelige lægers advancementsmuligheder. Et stigende antal kvinder uddannes nu som læger, men på grund af advancementskravene – så og så mange meter artikler handlende om hvadsomhelst, blot det kan kaldes videnskabeligt – er der stadig i firserne kun få kvindelige overlæger og ingen professorer. En vigtig forudsætning for at opfylde advancementskravene er, at man har en hjemmegående hustru, og det er der ikke mange kvinder, der har.

Vi har således en top af mandlige læger ovenpå en pyramide af underordnet kvindeligt personale med meget forskellig uddannelsesbaggrund, strækkende fra kvindelige læger til sygehjælpere.

Lægerne er den mest magtfulde faggruppe i sundhedsvæsenet, og også en magtfuld gruppe i samfundet. Lægernes magt i samfundet er ikke bare en magt, de selv har tiltaget sig. De har fået/overtaget en del af præsternes/religionens magt. Lægerne er lige under Gud. De kan genskabe liv – måske endda skabe liv – og de kan sejre over døden. De fleste læger kommer selv fra højt placerede lag, måske var deres far og onkler læger. De har organiseret sig stærkt fagforeningsmæssigt, og de er placeret på centrale poster i offentlige og politiske udvalg.

Lægernes plads på elfenbenstårnets tinde er også skabt af offervillige hustruer og beundrende sekretærer og sygeplejersker. Det er svært at komme ned, når man hele tiden skubbes op igen. Men på den anden side har lægerne vidst at sætte pris på magten og betragte den som deres ret.

Lægerne er generalister. Formelt kan de påtage sig alt sundhedsarbejde. Den form, som arbejdsdelingen i sundhedssektoren har fået, indebærer ganske vist, at lægene ikke bruges til alt, men det er af praktiske grunde, bl.a. fordi de er for få og for dyre. De kvindelige pleje- og behandlingsgrupper, fx. sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, osv. kan nok med rette hævde, at de er uddannet direkte mod en bestemt funktion, og at deres oplæring og praksis gør dem bedre egnede end lægerne til vedkommende opgave. Alligevel kan ingen hævde funktionsmonopol overfor lægerne. Ingens autorisation udelukker lægerne. Det er nemlig lægernes fagspecifikke kundskab, der er det teoretiske grundlag for de øvrige sundhedsprofessioner. Sygeplejerskerne har ganske vist eneret på at kalde sig sygeplejersker, men de kan ikke hindre, at også lægerne må pleje syge. Tilsvarende har alle læger ret til at være fødselshjælpere, psykoterapeuter, fysioterapeuter, etc.

Lægerne står som det personificerede udtryk for hele sundhedsvæsenets videnskabsideal: det kontrollerede kliniske forsøg. Et videnskabsideal, som de selv har skabt, og som de har magt og agt til at håndhæve. Lægernes magt viser sig endvidere ved, at de har behandlingsansvaret for alle andre sundhedsprofessioners virke. Ved en hjemmefødsel, hvor jordemoderen normalt har ansvaret, overgår hele ansvaret også for hendes arbejde til lægen, fra det øjeblik han træder ind ad døren.

Mandlige lægers magt og dominans er således en central faktor – for ikke at sige grundpillen – i sundhedsvæsenets opbygning.

At kvinderne har ladet og lader sig rende over ende, efter at de har plejet og passet i flere tusind år, og at de finder sig i at blive ledet af og dirigeret rundt med af læger, kan efter vor mening kun forstås på baggrund af vores kulturs patriarkalske karakter.

Denne artikel er skrevet ud fra vores praksis som behandlere med pleje- og omsorgsfunktion, og vore erfaringer som kvinder i sundhedssektoren. Mht. dokumentation af ulighederne vil vi dels henvise til opgørelser over løn- og ansættelsesvilkår fordelt på køn og fag (fx. i de respektive fagforeninger og i amtskommunerne), dels vil vi henvise til patientberetninger (fx. i dagspressen, i publikationer fra „Forældre og Fødsel“ og fra patientforeninger). De fleste patienter ved, at pleje og omsorg er et nødvendigt grundlag for et godt behandlingsresultat, men de har også oplevet plejepersonalets travlhed, oplevet ikke at turde forstyrre os ved blot at bede om et glas vand, endsige en snak om det, der trykkede dem. Også vore egne

oplevelser som patienter har, på trods af den særbehandling vi som ansatte i sundhedssektoren har modtaget, peget i samme retning.

Vi vil derfor beskrive sundhedssektorens køns- og magtkamp med vore egne ord, og som vi ser den. Denne kamp har og har haft vigtige konsekvenser for patienterne. Det er nemlig også på baggrund af køns- og magtkampen, at patienternes afmagt i sundhedsvæsenet skal ses.

Med udgangspunkt i ovenstående vil vi beskrive, hvilke konsekvenser vi mener at se for kvinderne i sundhedssektoren. Vi vil opdele disse konsekvenser i tre hovedområder:

1. Fraspaltning af pleje og omsorg.
2. Kvindernes uddannelser og placering i hierarkiet.
3. Kvindernes personlighedsstrategier.

Fraspaltning af pleje og omsorg

Historien viser, at det er kvinderne i lokalsamfundene, der indtil for et par hundrede år siden ulønnet har behandlet, plejet og passet størstedelen af befolkningen. Lægerne var knyttet til de rige. De forlangte løn for at behandle, men plejen og omsorgen for deres patienter overlod de til kvinderne.

Siden reformationen har den lægevidenskabelige forskning i tiltagende grad gået ud på at udvikle nye og flere raffinerede behandlingsformer, der oftest har haft et snævert (og statusgivende) sigte. Det er lægerne, der beslutter hvilke behandlingsformer, der skal udføres af læger, og hvilke der kan overlades til de kvindelige pleje- og behandlingsgrupper. Lægerne kræver uophørligt iværksættelse af nye behandlingsmetoder indenfor de kvindelige pleje- og behandlingsgruppers virke under påberåbelse af deres behandlingsansvar. Men disse krav bliver også integreret hos den enkelte kvindelige behandler i form af underkendelse af hendes eget fags omsorgs- og plejetradition. Eftersom omsorg og pleje er fraspaltet lægegerningen, kan lægerne rubricere disse arbejdsfunktioner som uvidenskabelig tomgang, som det kvindelige personale må dyrke ved siden af det egentlige: det lægeordnede. Imidlertid er omsorg og pleje en del af den faglige kerne i de kvindelige behandleres praksis. Når disse funktioner nedprioriteres tidsmæssigt og statusmæssigt, mister de kvindelige behandlere en vigtig del af deres traditionelle faglige identitet og bliver reduceret til manipulerbare håndlangere.

Lægerne – ikke patienterne – er hovedpersonerne i behandlingsplanlægningen. Kommunikationen går mellem lægerne og de forskellige kvindelige pleje- og behandlingsgrupper og ikke imellem kvinderne indbyrdes. Det tværfaglige samarbejde består i, at lægerne disponerer over en række kvindelige behandlergrupper. Disse kan så i tilfældige pauser imellem sig fordele den pleje og omsorg for patienterne, som de alligevel ikke kan negligere, at patienterne har brug for, og som kan give vigtige informationer om patienternes egentlige behov.

Hidtil har der indimellem været tid til at give omsorg og pleje „bag forhængen“, og der har også i mange situationer været tid til samtaler på patienternes egne betingelser. I de senere år har udviklingen af det tekniske lægebehandlings- og overvågningsudstyr imidlertid reduceret den tid, som pleje- og behandlingsperso-

nalet ellers har haft sammen med patienterne. Hvis de varslede økonomiske nedskæringer rammer pleje- og omsorgsfunktionerne lige så hårdt som eller hårdere end lægebehandlingen og det tekniske udstyr – og det må man vel forudse – vil det katastrofale i lægegerningens fraspaltning af pleje og omsorg for alvor blive tydeligt: hospitalerne vil blive reduceret til maskinstationer for menneskelige organer, og patienterne vil blive udskrevet hurtigst muligt til gratis pleje i familien.

Hermed får den systematiserede viden – den lægevidenskabelige erfaringsdannelse – en direkte uformidlet styrende funktion overfor praksis, så fru Jensen ikke mere er en person af kød og blod. Hun bliver slet og ret et apparat, der skal indstilles på den rigtige medicindosis, en statistisk størrelse, som får sine overlevelsesmuligheder opgjort i procenter.

Kvindernes uddannelser og placering i hierarkiet

Der findes i dag mere end 40 forskellige uddannelser, der sigter mod beskæftigelse indenfor sundhedssektoren. Disse uddannelser søges oftest af kvinder, da de formelle krav til forudgående skoleuddannelse er lavere end til det medicinske studium, og uddannelsernes varighed svarer til halvdelen eller mindre end medicinerstudiet. Det spænder så vidt som fra 7 måneder for fx. sygehjælpere til 3 år for fx. sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter.

Ønsket om børn får formentlig mange unge kvinder til på forhånd at fravælge længerevarende uddannelser. Det bidrager yderligere til dette valg, at kvinders selvtilid mht. intellektuel formåen traditionelt er lavere end mænds. Unge kvinder indbygger stadig – i modsætning til unge mænd – deres fremtidige familieliv i deres karriereplaner. De forventer dobbeltarbejde, og må derfor også vælge uddannelse efter muligheden for deltid.

Der er endvidere sket en kraftig vækst i antallet af personer, der er beskæftiget i sundhedssektoren. For lægers vedkommende er der over en tyve-årig periode tale om en cirka tredobling – for personale med anden sundhedsuddannelse – f.eks. jordemødre, fysio- og ergoterapeuter – er der tale om en cirka firedobling. For sygeplejerskers vedkommende er der kun tale om en fordobling, men hvis man tæller sygehjælperne med, ser det anderledes ud. Vi ser oprettelsen af sygehjælpergruppen som undergruppe til sygeplejerskerne som et udtryk for det pres, som lægerne har lagt på sygeplejerskerne i retning af at fraspalte pleje og omsorg til fordel for varetagelse af administration og af teknologiserede lægebehandlinger.

Den kraftige vækst af sundhedssektoren indebærer et øget antal kvinder indenfor de traditionelle kvindearbejdsområder. Samtidig bliver det mere almindeligt, at mænd uddanner sig indenfor disse områder – bl.a. indenfor sygepleje og fysioterapi. Den indflydelse, som kvinderne burde have i kraft af deres antal, arbejde og ansvar, får de nu endnu sværere ved at få. I givet fald skal de ikke blot kæmpe med mandlige læger om at afgive en del af magten, men de skal nu også kæmpe mod de mænd, der sidder i topstillingerne indenfor deres egne rækker.

De ikke-lægelige faggruppers faglige grundlag er hovedsageligt defineret af mandlige læger, som finder lydihøre allierede blandt de nytilkomne mænd i de traditionelle kvindefag. Kommunikationen går lettere fra mand til mand. Når de nytilkomne mænd ydermere sidder i de høje stillinger, kommer de til at cementere

overførslen af lægevidenskabelig tankegang i de traditionelle kvindefag. Dermed støtter de fraspaltningen af pleje- og omsorgsfunktionerne fra kvindefagene.

Uddannelsen af jordemødre og sygeplejersker har altid været baseret på mesterlære-princippet – dvs. uddannelser inden for systemets mure. Systemet i sundhedssektoren sikrer sig sin egen overlevelse ved, at lægerne, som også uddannes efter mesterlære-princippet, definerer de andre sundhedsuddannelsers værdigrundlag. I kraft af at mesterlæren primært er en praksis-orienteret uddannelsesform, overføres værdier og normer fra systemet stort set ukritisk, fordi de er indbygget i færdighedsindlæringen og derfor er usynlige for bevidstheden. Mesterlæren medfører således en risiko for ukritisk praksis, også fordi kontrollen med denne praksis udføres på systemets præmisser.. Denne uddannelsesform, som også er en socialiseringsform, får stor betydning for sygeplejersker og jordemødre.

Uddannelsesinstitutionernes mulighed for at formidle skepsis og kritik af sundhedssystemet tilgodeses ikke for jordemoder- og sygeplejerskeuddannelsernes vedkommende. Her må underviserne fare med lempe – trods mange års erfaringer indenfor et kritisabelt system – fordi jordemoder- og sygeplejeeleverne ude på afdelingerne er helt afhængige af de vidnesbyrd, de får, ikke kun for deres faglige virke, men også for deres moralske adfærd og holdninger. Sundhedsvæsenet fører på sin egen måde kontrol med, at systemet ikke udklækker systemkritikere. Anderledes er det f.eks. for fysio- og ergoterapeutstuderende, som har visse muligheder for at formidle en teoretisk og praktisk kritik af og skepsis overfor sundhedsvæsenet, fordi fysio- og ergoterapeutstuderende ikke på samme måde som jordemødre og sygeplejersker er afhængige af afdelingernes/hospitalets/systemets direkte vurdering af, hvorvidt deres adfærd og holdninger er acceptable eller ej.

Det jordemoderløfte, som indtil for 10 år siden blev aflagt af jordemødrene ved afslutningen af uddannelsen kan illustrere kravet om livslang tilpasning:

„ ... at jeg i mit kald *såvel som i mit liv og levned* vil forholde mig således efter de gældende love og den mig meddelte instruks, at ingen skal have grund til i nogen måde at besvære sig over mig.“ (vores understregning)

Teoriene, der doceres indenfor sundhedssektorens mellemuddannelser, udspringer ikke af deres praksis. Når vi efter endt uddannelse går ud i praksis, opdager vi, at der er modstrid mellem det, vi har lært (teoriene) og praksis. Løsningen af praksisproblemerne findes ikke indenfor teorien, men praksisproblemerne trænger sig på hver eneste dag. Forskellen mellem mandlig og kvindelig praksis (se f.eks. Dahle, 1984) bliver da, som vi ser det, at mændene løser praksisproblemerne ved at tilpasse praksis til teorien, og at kvinderne løser dem ved at koncentrere sig om praksis og sætte sig ud over teorien.

Som kvinder får vi nemt skyldfølelse, når vi ikke kan leve op til systemets fine teorier og idealer, og ej heller kan bruge det tillærte naturvidenskabssyn, hvis force er at måle og veje. I det daglige arbejde har vi svært ved at begrunde vores praksis teoretisk, og vi får derfor store vanskeligheder med at få faglig anerkendelse indenfor det etablerede behandlingssystem.

Det er et direkte udtryk for den mandlige dominans, at sundhedsuddannelserne er baseret på mandlige teorier og værdinormer og på mandlige arbejdsformer. Den estimering, som vores fag har krav på, opnås kun, når vi lever op til de mandlige

normer. Men gør vi dette, straffes vi som kønsvæsner, som vi skal se i det følgende hovedafsnit.

Kvindernes lave indplacering i hierarkiet er bestemmende for vores aflønning. Den almindelige lønundertrykkelse af kvindefag finder derfor også sted i sundhedsvæsenet. Kvinderne bruger en masse kræfter på at få deres løn trukket op på et plan, så den ligner løn og ikke et symbolsk vederlag. Mange af sundhedssektorens kvindefag er skifteholds- og deltidsfag – og en direkte forlængelse af omsorgs- og plejearbejdet i hjemmet. I skifteholds- og deltidsfag svækkes sammenholdet – både indenfor fagene og fagene imellem – i kampen for vagttillæg med deraf følgende vurdering af, hvem der laver mest/mindst/hvornår. Der er oftere en lavere fagpolitisk interesse, fordi skiftehold og deltid næsten altid er en slags nødvendig nødløsning for kvinder med små børn. Kvindernes individuelle løsninger på deres modsætningsfyldte arbejdssituation er på denne måde med til at usynliggøre deres dobbeltarbejde.

Mandlig dominans og kvinders personlighedsstrategier

Som beskrevet i det forrige er der i sundhedsvæsenet ligesom i det øvrige samfund mandlig dominans – et udtryk for mænds relativt større magt i forhold til kvinder. Den mandlige dominans kan ses og mærkes i det mellem menneskelige forhold mellem kønnene, som vi skal se nedenfor. Inden da skal en vigtig faktor ved den mandlige dominans omtales.

Denne vigtige faktor er – såvel i samfundet iøvrigt som i sundhedssektoren – at den mandlige dominans søges skjult eller usynliggjort i samspillet mellem kønnene i overensstemmelse med den herskende lighedsideologi: åbenlys dominans er ikke moderne mere. Derfor må den tilsløres i en sådan grad, at de involverede parter ikke selv opdager den.

Hvordan kan man nu usynliggøre mandlig dominans? Jo, i sundhedssektoren kan den fint skjules under dække af større videnskabelighed, faglig dygtighed og saglighed. Og hvem opstiller idealerne for denne videnskabelighed, faglige dygtighed og saglighed? Det gør mænd i magtfulde positioner: mandlige læger. Når mændene således placerer sig mere magtfuldt end kvinderne i sundhedssektoren, får højere løn og bedre ansættelser, kommer det til at se ud, som om det er på grund af større videnskabelighed, faglig dygtighed og saglighed.

Men hvis det virkelig forholder sig således, at idealerne for videnskabelighed, faglig dygtighed og saglighed er bestemt af den skjulte mandlige dominans, hvordan kan en kvinde så være videnskabelig, faglig dygtig og saglig og samtidig bevare sin identitetsfølelse som kvinde?

Vi kender det samme dilemma fra skolen, hvor det (omend uofficielle) ideal for en god elev er en aktiv dreng – i modsætning til pigeidealet: den stille, men hjælpsomme pige (Hultman & Einarsson, 1981).

En anden parallel til modsigelsen mellem faglighed og kvindelighed er modsigelsen mellem idealerne for en psykisk sund kvinde og et psykisk sundt menneske. I en amerikansk undersøgelse (Broverman et al., 1970) af behandlere (psykiatere, psykologer og socialrådgivere med psykoterapeutisk arbejde) idealer for psykisk sundhed fremgår det, at det kønsneutrale ideal for psykisk sundhed (dvs. et psykisk

sundt menneske) ligger tæt op af idealet for psykisk sundhed for mænd, hvorimod det adskiller sig betydeligt fra idealet for psykisk sundhed for kvinder. Det skal tilføjes, at der blandt de 70 adspurgte var stor enighed om karakteristika for hvert af de tre idealer. Ud fra denne undersøgelse må man slutte, at en psykisk sund kvinde ikke kan leve op til idealet for et psykisk sundt menneske.

På tilsvarende måde mener vi, at der er tale om en reel modsigelse mellem det traditionelle fagligheds- og videnskabelighedsideal (som indebærer skjult mandlig dominans) og at blive opfattet som kvinde. Det er således ikke muligt at leve op til begge dele på en gang, fordi de udelukker hinanden. Udfra den synsvinkel står kvinderne indenfor sundhedssektoren overfor at skulle vælge mellem at blive accepteret som fagligt dygtige og at blive accepteret som kvinder.

Det betyder, at kvinderne i sundhedssektoren kan vælge og vælger imellem *enten* en kønsneutral til maskulin opførsel *eller* en traditionelt kvindelig til ultra-feminin opførsel. Eftersom arbejdet indenfor sundhedssektoren oftest strækker sig over det meste af kvindens voksenliv, må man regne med, at dette valg bliver integreret i personligheden. Vi har valgt at kalde denne integration for kvinders personlighedsstrategi overfor mandlig dominans.

Om valget for den enkelte kvinde falder på den ene eller den anden del af modsigelsen mellem faglighed og kvindelighed, afhænger for det første af hendes oprindelige (5-7 årsalderen) valg af personlighedsstrategi overfor mandlig dominans i barndommen (Ethelberg, 1983), for det andet afhænger det af hendes placering i sundhedssektorens uddannelses- og magthierarki.

Kvinder med akademiske uddannelser synes generelt at „foretrække“ at blive accepterede som saglige videnskabsmænd, og dermed give afkald på at deltage i det almindelige køns- og dominansspil mellem kønnene med dets skjulte underkastelse for kvinder. Det valg kan aflæses af ydre (og indre) kendetegn ved dem af os, det gælder: relativt kønsneutralt tøj, ingen eller meget diskret make-up, „hjemmelavet“ frisure, ingen flirtende sideblik eller afvæbnende smil, ingen spontane følelsesudbrud, men en behersket eller dominerende kontaktform, osv. Alligevel er en del af dem (os) ikke helt villige til at give afkald på at blive opfattet som kvinder også. Dette kan f.eks. give sig udtryk i forskellige grader af „lille-pige“ udseende og opførsel – formentlig ud fra den ubevidste forestilling, at man på denne måde kan komme uden om det farlige kvindeideal, der medfører, at man ikke tages alvorligt rent fagligt. Det skal understreges, at ovennævnte modpoler, faglighed eller kvindelighed, ikke er positive alternativer, eftersom de udelukker hinanden. Endvidere får de netop som modpoler eller modsætninger deres karikerede form. Derfor er prisen høj for at vælge (oftest ubevidst) den ene fremfor den anden. Der findes dog en tredje mulighed: oprørerne – dem, der er bevidste om modsigelsen og ikke vil vælge side. Vi mener, at de f.eks. kan findes indenfor Medicinsk Kvindeforskning og anden kvindeforskning indenfor sundhedssektoren. Men vi mener at kunne se, at også de mærker presset i begge retninger: faglighed eller kvindelighed.

Når det drejer sig om den store gruppe kvinder fra mellemuddannelserne indenfor sundhedssektoren, ser vi, at det er den anden del af modsigelsen mellem faglighed og kvindelighed, der oftest vælges, nemlig at blive opfattet og accepteret som kvinde. Hvordan dette valg viser sig hos den enkelte kvinde, afhænger natur-

ligvis af alder og fysiske forudsætninger iøvrigt. Der er de unge, lækre og sexede og de modne, men ikke mindre kokette damer. Dem af os, der befinder sig i denne gruppe, er *de egentlige medspillere* i det (næsten) usynlige mandlige dominans-spil i sundhedssektoren. Undertrykte både fagligt, kønsmæssigt og økonomisk indgår denne gruppe kvinder i samspil med de mandlige læger på en sådan måde, at begge parter får bekræftet deres respektive kvindelighed og mandlighed, *som om* det var kønsspecifikke *egenskaber* hos dem hver især og ikke udtryk for henholdsvis underkastelse og dominans.

Blandt de mellemuddannede kvinder i sundhedssektoren er der også en del, der trods det sociale pres foretrækker at blive accepteret for deres faglige dygtighed. Det skaber naturligvis stor forvirring i feltet, idet de således unddrager sig deres pligter som bidragsydere til den fælles opbakning af den maskuline selvfølelse. Desuden findes der også i denne gruppe en tredje udvej: de regulære oprørere, der hverken vil give afkald på faglig dygtighed eller kvindelighed. Som levende modeller for modsigelsen skaber de usikkerhed hos kvinder på samme uddannelsesniveau og hos mandlige overordnede, og der iværksættes store bestræbelser for at få dem til at vælge side.

For god ordens skyld skal det tilføjes, at prioriteringen af kvindeligheden intet har at gøre med større eller mindre reel faglig dygtighed. Det er blot et spørgsmål om viljen til at underspille sin dygtighed for at undgå at virke ukvindelig.

Den vestlige religions tvedelte kvindebillede har i sundhedssektoren givet sig udtryk i en tilsvarende spaltning: den kølige, glatte og lækre kvindelighed projiceres over på det kvindelige sundhedspersonale, medens den varme, våde og ulækre kvindelighed projiceres over på de kvindelige patienter. I forhold til patienterne får den store gruppe kvindeligt sundhedspersonale, der har anlagt den unge-smukke-dugfriske strategi, en rolle som forlænget arm for den mandlige (lægelige) dominans. Kvinden signalerer den mandlige (lægelige) dominans til patienterne gennem dens modstykke (den synligt veltilpassede, men usynligt underkastede kvinde) og viderefører dermed sin egen undertrykkelse i sexualiseret form.

Den overdrevne sexualitet, som vi kender fra vore egne faggruppers arbejdsituationer, er naturligvis også compensation for den daglige omgang med liv og død. Det trykkende arbejdsmiljø kommer til at virke mere muntert og frit, når lægen under operationen spyer erotiske spøgefuldheder ud over operationsfeltet og serverer halve opfordringer til intime narrestreger i skyllerummet eller vagtværelset. Vi lokkes til at søge lunkne fordele, måske rangordningsmæssigt og fagligt, mod ellers nemt at blive stødt ud i mørket.

Den hvidkittede underkastelse og masochisme har vi selv oplevet. Vi blev til madonna og luder i samme lækre indpakning. Opofrelse, kald og lidenskab forenet i én tjenende ånd.

Afslutning

For at dæmme op for konsekvenserne af sundhedssektorens skjulte køns- og magtkamp må kravet være, at kvinderne bryder med den tavshed, som vi er opdraget og uddannet til at omgærde os med.

Vi skal fremover bygge på vores egen systematiserede viden – dvs. teorier

udviklet på basis af vores egen praksiserfaring. Vores forskningsmæssige udgangspunkt må være problemer i vores praksis – virkelige og centrale problemer for klienter og patienter. Vi må ikke lade den teoretiske udvikling af vore fag kvæles af et snævert naturvidenskabeligt forskningsideal. Det er hele mennesker, i en kompliceret tilværelse, i et kompliceret samfund, der er vores forskningsgenstand. For at beskrive, forstå og ændre på disse komplicerede forhold må vi være parate til videnskabelig nytænkning, der omfatter analyser af sammenhængene mellem fænomener på samfunds-, gruppe-, på individ- og organniveau. Vi skal ikke lade os nøje med snævre problemstillinger, snævre metoder og snævre resultater. I den forbindelse må vi lære at argumentere for vigtigheden af nye veje i forskningen, og ruste os mod anklager for uvidenskabelighed. Nye veje er vanskelige at bane og giver ikke nødvendigvis umiddelbar anerkendelse og økonomisk støtte.

For at de overhovedet kan blive genstand for forskning, må vi synliggøre og opprioritere vigtige bestanddele af vores praksis – f.eks. det selvstændige arbejdsområde, der består i pleje af patienter. Vi må forstå og fremlægge i den offentlige debat, hvorfor plejen af patienter er blevet en minimal del af vores behandlingsfunktion og sammenholde dette med den nuværende ofte ineffektive behandling af patienter. Vi må demonstrere patientplejens afgørende betydning for den enkelte patients bedring og ligestille plejen med den øvrige behandling, såvel den af lægen ordinerede som den af os udførte.

Vi har troet på, at vores selvstændighed som behandlere hang sammen med, hvor dygtige vi var til at udføre den ordinerede behandling, og hvor professionelt vi håndterede de vekslende behandlingsmetoder. Vi fra sundhedssektorens mellemuddannelser har såmænd lidt af den vrangforestilling, at vi ville kunne løsrive os fra lægerne og blive selvstændige på denne baggrund. Men vi har glemt, at lægernes magt i forbindelse med ordination af behandling står i modsætning til vores eget ønske om selvstændighed.

Kvinderne i sundhedssektorens mellemuddannelser må kæmpe med lægerne om vores selvstændighed. For patienternes og for vores egen skyld må vi bryde lægernes dominans. Vi har mulighed for gennem den tætte kontakt med patienterne under varetagelsen af deres pleje at kortlægge deres individuelle behov for såvel mere og anden pleje som for hvilke former for behandling, andre faggrupper skal træde til med – herunder læger.

Herved skabes der i offentligheden mulighed for at bevise, hvori plejens betydningsfuldhed består, nemlig at plejen retter sig imod det enkelte individs behov, hvorimod den traditionelle lægelige behandling oftest har sit primære udgangspunkt i en diagnose. Denne diagnose er fjernet fra den konkrete person, idet den er en statistisk abstraktion. Og befolkningen tager i tiltagende grad afstand fra at blive rubriceret under standardbehandling A eller B, og vi ser nu, at befolkningen kræver at blive betragtet som individer med individuelle behov. Det vidner den store søgning til de alternative behandlingstilbud om.

Hensigten med dette indlæg har været at rette opmærksomheden mod strukturelle og mellemmenneskelige forhold som gavner én faggruppe og ét køn indenfor sundhedssektoren: lægestanden og mændene. Men vi har også villet pege på den manglende lyst i store kredse af denne gruppe til at indse deres magtstilling, endsige at afgive den.

Litteratur

- Broverman, Inge K. et al. (1970). „Sex role stereotypes and clinical judgements of mental health“. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 34.
- Dahle, Rannveig (1984). „Forskjeller mellom „mannlig“ og „kvinnlig“ fysioterapi“. *Fysioterapeuten*, 51, 23-30.
- Ethelberg, Eva (1983). *Kvindelighedens modsigelse - om kvinders personlighedsstrategier overfor mandlig dominans*. København: Antropos/Semi-forlaget.
- Hultman, Tor G. & Einarsson, Jan (1981). *Språk och kön i skolan*. Løbende projekt ved afdelingen for svensk. Lunds Universitet: Institutionen för ämnesmetodik och ämnesteori.