

Feminisering af almen lægepraksis

Bibi Hølge-Hazelton

Køn forstås ofte som en central del af den faglige, professionelle praksis, såvel som for det sociale liv i videre forstand. Også selv om kønnet ikke er synligt eller italesættes direkte, kan en belysning af kønnede dimensioner af praksis bidrage til at perspektivere en konkret udvikling i et praksisfelt. Det sker her konkret i forhold til den ændrede kønssammensætning i den klassiske profession – almen lægepraksis. I artiklen er det samtidig hensigten at nuancere diskussionen om konsekvenserne af den ændrede kønssammensætning gennem at lægge distance til den dominerende essentialistiske opfattelse af køn og bevæge sig fra en identifikation af 'kønforskelle' til at se på, om stereotypierne, der så ofte knyttes alene til det biologiske køn, overhovedet holder vand.

Indledning

I denne artikel er det hensigten at vise, hvordan teorier om køn kan perspektivere forståelsen af, hvad det kan indebære at arbejde som praktiserende læge i dagens Danmark. Udgangspunktet tages i et igangværende forskningsprojekt¹, der har som mål at skabe øget forståelse af, hvad det betyder, at almen praksis i disse år undergår gennemgribende forandringer, herunder ikke mindst i den kønsmæssige sammensætning af lægepopulationen. Det er endvidere ambitionen at afklare feminiseringsbegrebets muligheder og begrænsninger i forhold til at perspektivere disse forandringer.

Feminisering af almen praksis

Ca. tredive procent af de praktiserende læger i dag er kvinder, men i løbet af det næste tiår forventes antallet af kvindelige

praktiserende læger at udgøre op mod 2/3². Baagøe Nielsen beskriver – med reference til klassiske studier i dynamikken i kønsarbejdsdelingen – tre kategorier af bevægelser, det ene køn kan foretage mod det andet køns traditionelle arbejdsområder (Baagøe Nielsen og Weber, 1997):

1. *Overtagelse*, som er den sjældne situation, hvor et fag, der har været domineret af et køn, inden for en kort periode bliver et specialområde for det andet køn
2. *Invasion*, som er "en mere evolutionær udvikling, hvor et køn over en årrække i stort antal gradvis træder ind på et andet køns traditionelle domæne uden dog at ekskludere dette køn fra dets traditionelle magt" (Ibid:164)
3. *Infiltration*, som er den situation hvor ganske få personer af et køn indtræder på det andet køns arbejdsområde

Den aktuelle situation i almen praksis kan ud fra denne definition knyttes til invasionsbegrebet, idet der kommer et stort antal kvinder ind i almen praksis, men det er forsat mændene, der tegner fagets værdier, indtager de mest magtfulde positioner og specialiserer sig.

Til at forstå udviklingen indenfor almen praksis³ anvendes flere steder begrebet feminisering, idet der kvantitativt refereres til et konkret antal kvinder (se f.eks. Paik, 2000) eller til studier, hvor kvindelige og mandlige læger f.eks. observeres i kommunikationssituationer, for herefter via analyser at vise, at kvindelige læger er mere patientcentrerede og bruger mere tid på konsultationer end deres mandlige kollegaer (Roter, Hall og Aoki, 2002). Feminisering forstås med andre ord som en ændret kønsarbejdsdeling. Når feminisering debatteres i denne forståelse, sker det ofte med udgangspunkt i en opfattelse af, at et øget antal kvinder vil få negative konsekvenser for fagets udvikling i form

af devaluering af professionen (Nordgren, 2000, Hølge-Hazelton, 2003). Men feminisering kan også forstås som en social og kulturel kvalitativ udvikling, hvor det feminine beskrives som en tilførsel af traditionelt kvindelige værdier, der ikke er knyttet specifikt til det biologiske køn, men snarere til handlinger (Maier, 1999). Feminisering i denne forståelse ses yderst sjældent i litteraturen om den ændrede kønssammensætning af de traditionelle professioner, men vil uden tvivl kunne kaste nye, centrale perspektiver på feltet.

Kønforskningen

Den norske sociolog og kønsforsker Øystein Holter (2000) beskriver fire hovedstadier kønsforskningen har udviklet sig i. Stadierne beskrives som paradigmatisk i den forstand at de hver især afgrænser, hvad der er legitim viden.

Figur 1: Fire hovedstadier i kønsforskningen.

Stadium 1: Neutralitet med tilfældigt køn. I det første stadium er det sjældent kønnet som sådan der analyseres, selvom det somme tider popper op som vigtigt for de begivenheder, der finder sted. Køn ses her som en aktiv kraft, en uafhængig variabel, hvis kraft kommer fra det biologiske køn, ikke fra samfundet. I denne type analyser er køn ofte tæt knyttet til kvinder, idet kvinder betragtes som køn først og mennesker derefter. Man talte således ofte om "problemet med kvinder".

Stadium 2: Forskning i kønsforskelle. Overgangen til dette stadium betyder at køn er noget, man er opmærksom på som et tema. Typiske spørgsmål inden for dette stadium er f.eks.: Hvad er specielt ved *kvindelige* læger? Eller hvordan adskiller kvinder sig fra mænd? Spørgsmål som disse skaber og skaber stadig en mængde forskning – og det er ofte en måde at begynde.

Stadium 3: Relationsanalyser af køn. I dette stadium ses kønnet som en central del af det sociale liv, uanset om det er synligt eller ej. Denne type forskning er fremkommet ved at gå fra at se på forskelle til at se på forbindelser. Holter beskriver dette stadium som først og fremmest empirisk: Her betragtes kønnet ofte som en redefinering af magtrelationer, og spørgsmålene bevæger sig typisk, fra identifikation af forskelle til at se på om stereotyperne er sande og knyttes alene til køn.

Stadium 4: Analyser af socialt køn. Om dette stadium skriver Holter, at man i bedste fald kan gisne om udfaldet, da kønsforskningen efter hans skøn ikke befinder sig der endnu. Før dette finder sted, skal der blandt andet forskes 'indefra' omkring de der har magt, inklusive indefra-forståelser af mænds verdener.

I dette studie knyttes forståelsen af køn primært til stadium 3. Det vil sige at det centrale i forståelsen er, at køn ikke er noget, man har, men noget man er og dermed altomfattende. Køn er således ikke blot en egenskab, men noget, der skabes og genskabes gennem interaktion, og dermed bliver køn også noget, man gør i interaktionen med andre. I denne betydning bliver køn med andre ord mere end (men også) biologi. Det bliver en proces, der indgår på alle niveauer (Trost og Levin, 1996) som noget, man gør, også som praktiserende læge.

Praksis og køn

Begrebet kønnet praksis⁴ skal opfattes som de værdier, karakteristika og kvaliteter, der er indlejret i den praksis lægen udøver, og som ofte forbindes med henholdsvis det ene eller det andet køn på et bestemt tidspunkt og på et bestemt sted, men som sagtens kan være knyttet til det modsatte køn. Et eksempel på dette er, når lægen omtales som 'han' og sygeplejersken som 'hun', eller når der i debatten om den ændrede kønssammensætning af læger argumenteres med udgangspunkt i en biologisk eller essentialistisk opfattelse af køn. Det sker f.eks., når det hævdes, at kvinder har behov for tid til pasning af mand og børn (Ingerslev, 2000), eller ved at hævde, at kvinder er bedre rustet til at imødekomme fremtidens patientkrav om øget engagement fra lægens side end "deres mandlige kollegaer, der har valgt lægegerningen ud fra et traditionelt maskulint værdisæt" (Institut for Fremtidsforskning, 1999), der underforstået ikke omfatter ønsker om engagement og nærvær. Men der mangler stadig kvalitativ forskningsbaseret viden, der belyser, hvorfor almen praksis søges af et stadig større antal kvinder⁵, og hvorvidt dette valg træffes ud fra traditionelle kvindelige værdisæt.

Betragter man udviklingen i almen praksis som defineret af det sociale køn, som noget, der gøres i relationer til andre, kan en måde at analysere praksis som kønnet være at se på hvad der bliver sagt om praksis og på måden, hvorpå det blev sagt. Kulturforsker Anne Scott Sørensen opstiller i artiklen "Når kønnet taler med" (1995) to idealtyper af kommunikation, henholdsvis den autonome/maskuline og den autentiske/feminine, idet hun understreger, der er tale om idealtyper, altså ikke empirisk 'virkelige'.

Den idealtypiske *maskuline* samtalekultur beskrives som bevægende sig fra et udgangspunkt til et resultat, den fremstår som en lineær logik og en instrumentel fornuft. Sagen syntes at være overordnet de deltagende parter og det at samtale.

Skal man sammenfatte den mandlige kommunikationsstil, så handler den om autonome værdier som grænser, forskelle, præstation og progression. Den handler om respekten for empirien, om anerkendelsen af visse logiske, tankemæssige principper og om viljen til konfrontation med henblik på at nå et resultat (Scott Sørensen, 1995:75).

Den idealtypiske kvindelige kommunikationsstil beskrives som autentisk i den forstand, at den handler om respekt for følelser og intuition og om værdier som samhørighed, nærhed og lighed. Den handler om en cyklisk argumentation og en situationensbårne fornuft, der ophæver formelle grænser og logikker og etablerer en anden form for rationalitet end den maskuline – en omsorgsrationalitet (ibid:81).

Kønnede positioner i almen praksis

Når almen praksis debatteres, beskrives eller diskuteres er det sjældent at se en egentlig definition eller afklaring af, hvad det

faktisk er, man taler eller skriver om. På den ene side *ved* alle, hvad almen praksis er, men på den anden side understreges forskelligheden som en central dimension og værdi i denne praksis. Det er derfor ikke sikkert, at det altid er den samme praksis, der refereres til. Ved at følge diverse debatter, læse artikler og læserbreve samt interviewe en række forskellige praktiserende læger fremstår almen praksis i offentligheden som en klassisk profession. Den er spændt ud mellem to positioner, der her tolkes som underliggende kønsbaserede normer jf. Holvers tredje stadium. Det er væsentligt at forstå, at der ikke er tale om overførsel af de biologiske køns kategorier mand og kvinde til henholdsvis den maskuline og feminine position. Dette ville medføre essentialisering af kønnede egenskaber – det vil sige, at kvinder er kvindelige og feminine, og mænd er mandige og maskuline. Dette er en utilstrækkelig og unuanceret forståelse. Det feminine – henholdsvis det maskuline – kan ikke meningsfuldt opfattes som én måde at handle på (Scheuer, 1996:349), men må derimod forstås som en dynamisk – og dermed altid potentiel foranderlig – position.

Den maskuline position

Hvis maskulinitet opfattes som en position, en praksis inklusive de effekter, denne praksis har (Scheuer, 1996:117), fremtræder almen praksis set fra denne position som en hidtil stabil ramme, hvorigennem læger har praktiseret deres fag. Faget består af en række medicinske kerneydelser og arbejdet organiseres typisk omkring en solo- eller delepraksis med en eller flere kollegaer. Tempoet, hvormed inddragelse af hjælpepersonale samt anvendelse af forskellige former for ny teknologi sker, er i en vis udstrækning op til den enkelte læge at bestemme, ligesom den individuelle læge kan eller kan lade være med at sub-specialisere sig efter interesse. Læger i den maskuline

position opfatter ofte de gode indtjeningsmuligheder som en central drivkraft bag arbejdet. Uden denne 'gulerod' mener flere, at de ikke ville yde det samme. Forandringerne i lægens arbejde ses ofte som trusler kommende udefra, dels i form af voksende samfundsmæssige, fagpolitiske og/eller teknologiske krav, og dels forårsaget af ankomsten af 'den nye patient', der grundet bedre uddannelse, lettere adgang til medicinsk viden samt samfundets generelle udvikling, stiller nye og stadig større krav til den praktiserende læges faglige og personlige ydelser og formåen. I denne position kan almen praksis ses som en profession, der er ved at blive overhalet indenom, truet ikke alene af krævende patienter, men også af et politisk system, der ikke har noget som helst begreb om urimeligheden og den faglige (in)kompetence, deres krav indebærer. Konsekvensen er derfor, at lægerne må forsvare deres tilkæmpede rettigheder og goder.

Til denne position hører opfattelsen af, at årsagen til, at der kommer flere kvinder ind i almen praksis, blandt andet er mændenes afgang på grund af den indskrænkede autonomi, det voksende bureaukrati, det øgede dokumentationskrav og den dalende lønudvikling. Kvinder ses fra denne position som velkomne, men kun i det omfang, de ikke overskrider halvtreds-procents-kvoten. Der er her en bekymring for, at såfremt kvinder kommer til at udgøre mere end halvdelen af de praktiserende læger, vil følgende processer finde sted: De-professionalisering, proletarisering og udhuling af den politiske magt (Nordgren, 2000, Hølge-Hazelton, 2003).

Den feminine position

Set fra denne position betragtes almen praksis som en ustabil ramme, hvorigennem 'den nye praktiserende læge' organiserer sit arbejdsliv. Nogle arbejder på deltid, nogle forsker, nogle er tilknyttet tværfaglige helsecentre, nogle engagerer sig fagpoli-

tisk eller i efteruddannelsesspørgsmål. Andre er dybt engageret i ikke-lægelige aktiviteter udenfor praksis. Drivkraften i arbejdet er ofte langvarige og tætte relationer til patienterne, men lægerne hverken kan eller ønsker at stå ubegrænset til rådighed, da der skal være rum til familien og til fritidsaktiviteter og ofte plads til at bakke op om en partners karriereudvikling. Økonomien spiller ikke en afgørende rolle, indtjeningen ses som tilfredsstillende og for nogle er tanken om en rimelig fastlønsordning er ikke fjern.

I den feminine position stiller lægerne ofte selv nye krav til arbejdets indhold og rammer, og set i dette perspektiv er de selv ved at ændre den traditionelle lægerolle i retning af større personligt råderum og mulighed for at foretage individuelle valg. Forandringerne i lægens arbejde ses som kommende inde fra den individuelle læge og er ofte velkomne. Set herfra fremstår praktiserende læger som en gruppe, der følger med tidens krav og patienter, og som formår at integrere lægearbejdet med andre interesser. Bagsiden af medaljen er, at den enkelte praktiserende læge risikerer at opfatte såvel succes og nederlag som primært individuelt forårsaget og selvforskyldt.

Fra denne position betragtes det voksende antal kvindelige praktiserende læger ikke som problematisk, men som en mulighed for at præge faget i retning af en mere helhedsorienteret og rummelig praksis. Det er dog en generel opfattelse, at det er vigtigt, at der er mulighed for at vælge en læge af et specielt køn, og at det kan være problematisk, hvis mandlige læger mister erfaringen med områder for eksempel knyttet til kvinder og børn.

I det følgende inddrages to fortællinger fra praktiserende læger. Fortællingerne er sammensat af udklip fra kvalitative forskningsinterviews⁶ foretaget af artiklens forfatter med M. der har sin egen praksis og K. der er i praksiskompagniskab med tre andre

læger. De er begge fyrrer år. Temaet for interviewene var lægernes egne opfattelser af deres arbejde.

M. fortæller:

Nogle tror, de kan komme med en lille seddel med femten punkter, og så skal vi snakke om det hele, og andre kommer med "kan du lige kikke mig i øret? Og så har jeg ikke mere i dag". Og så går de igen. Men jeg har mange af sådan nogle meget tunge, sådan nogle, der ikke kan finde ud af deres liv og vælter ud med deres problemer. Så det er meget noget med at sige "nu vælger vi i dag, hvad vi skal snakke om, så må I få en ny tid.

Jeg er så at sige aldrig forsinket i min tidsbestilling. Selvfølgelig hvis der er én, der sidder foran mig og bryder sammen og siger, at manden er død eller han har fundet en anden, så lader jeg tidsbestillingen skride. Så kommer min sygeplejerske ind og banker på, når der er gået et kvarter over og siger, at venteværelset er fyldt. Så indhenter jeg det, men det er meget, meget sjældent. Men det er nok noget med, hvordan man er som person. Man kan selvfølgelig tillære sig det, og man kan have nogle kneb med at sige, at så må de vælge, hvad der er det vigtigste, eller afbryde og sige "det er ikke, fordi jeg vil være uhøflig, men jeg har kun afsat et kvarter, og nu er tiden gået så...", man kan jo sige det på mange måder. Det er sådan meget struktureret, og det bliver man nok også, sådan i sit hoved, at der er struktur på, altså man bliver nødt til at køre nogle systemer for at få det til at fungere.

Vores hverdag er bygget op af moduler. Min hverdag kører i 15 minutters moduler, når der er gået et kvarter, så begynder jeg at blive lidt rastløs, sådan er det. Jeg har bare indrettet min dag sådan, at jeg kører med et kvarter, fra kvart over ni til tolv, så skal jeg have en times pause, hvor jeg ikke skal forstyrres, og så kører jeg med et kvarter igen frem til dagen slutter klokken tre.

Jeg har mine for-oplysninger og min sygeplejerske spørger dem: "Hvad drejer det her sig om? Hvad skal I snakke om?". Så jeg har ikke

så meget hyggesnak om "Nå, hvordan går det så derhjemme og hvad er der ellers sket?" Det har jeg ikke. Det er meget lige på: "Jeg kan forstå, du har halsbetændelse". Og hvis jeg så har tid bagefter, så kan jeg godt begynde at snakke om, hvordan de ellers har det og hvad der sker, hvis jeg kan se, at jeg har tid til det. Jeg er sporet ind på det, og jeg ved, hvad det er, der kommer, fordi jeg kan også gemme mine ressourcer, til jeg kan se: "Åh nej nu kommer hende der (...), nu kommer ham der, åh nej". Man kender jo sine patienter efterhånden og ved, hvem af dem der er besværlige, og hvem af dem der er tunge, og hvem man ikke kan nå på et kvarter, og man bliver nødt til at sætte ekstra tid af. Det gør, at så bliver det overskueligt, og jeg kan forudse, hvor belastningen ligger. Til gengæld, hvis der kommer nogle af dem, hvor jeg tror, det her er bare ingen ting, et eller andet hurtigt, og så pludseligt så vælter hele baduljen, så kan jeg ikke være struktureret, så må det flyde lidt, men jeg når at få det samlet op. Det kan jo ikke være mit problem, hvis folk ikke kan finde ud af at komme ud af døren til tiden og komme hen og sidde og være klar til, de har en aftale hos mig. Hvis de ikke kan overholde det, så er det deres problem, fordi det skal ikke være mit, så hvis de kommer for sent, så siger jeg til dem: "Jamen jeg troede slet ikke du kom i dag, nu må vi se, hvad vi kan nå, der er kun fem minutter tilbage". Fordi jeg vil ikke komme bagud, fordi de er nogle rodehoveder (...)

Hver gang man mødes med kollegaer, så i løbet af to minutter snakkes der penge. Det er jo en forretning, det må man ikke glemme. Og der skal kroner i kassen, og man skal have folk igennem, sådan er systemet jo skruet sammen. Og der er prestige i blandt kollegaer at sige "I den her uge har jeg tjent 27.000". Så kan alle andre, der ligger og roder rundt på 15-16.000 sige: "Jamen det er da helt fantastisk, hvor er du dygtig!". Jeg syntes faktisk, at jeg får for lidt [i løn], jeg synes, det er rimelig nok, at jeg skal have penge for det arbejde, jeg laver. Og det fører over til de patienter, der har en liste på ti, jeg får jo ikke mere ud af at høre på ti proble-

mer, end jeg hører på et, så selvfølgelig bliver man da også nødt til at tænke sig om. Jeg kan f.eks. ikke leve af at have patienter i samtaleterapi hver dag, fordi jeg sætter 45 minutter af til det, og jeg tjener ikke en øre på det, groft sagt, og jeg tjener heller ikke mange penge på at tage ud på sygebesøg, og det tager en hulens masse tid. Når sygesikringen siger: "Nu får du penge for at lave det her" – så wups laver vi også det. Så vi er da meget styret af, hvor pengene ligger. Jeg tror, hele systemet ville gå i stå, hvis vi var på fast løn, fordi hvorfor skulle jeg så se tyve, femogtyve i værste fald tredive patienter på en dag, hvis jeg alligevel ikke får mere ud af det, end hvis jeg bare ser tyve? Den der tanke med at være månedslønnet og være ansat, så skal de bruge dobbelt så mange læger. Det med økonomien, tror jeg, er en gulerod, vi lever af de penge, vi tjener og folks taknemlighed, det er dét, der giver os det, der driver til, at man bliver ved, når der kommer en og siger: "Nej, hvor var det fantastisk, det du gjorde for mig, jeg skal aldrig glemme dig, du er virkelig dygtig, hvor er det godt!". Det er jo det, der gør, at man kører videre, det er jo ikke alle de der idioter, der kommer og skælder ud og brokker, og hvis du har dage, hvor der er mest brok, så hjælper det lidt, hvis der også er kommet nogle kroner ud af det, helt banalt set.

Hvis man har det svært med at skulle have penge for det, er det det forkerte sted, man sidder. Det er jo en forretning på lige vilkår, som hvis man er bager eller slagtermester, der skal jo penge ind i kassen, du sidder der jo ikke for hyggens skyld.

Jeg tror, det er det der med vores personlighedsstruktur. Og jeg tror, de fleste læger er meget ansvarsbevidste og meget kontrollerede og virkelig går meget op i at tingene skal være perfekte og i orden, og det er der ingen mennesker der kan leve op til. Men når det er det, som mange af os måske har i os, så vil det fylde meget, hvis man laver en fejl. Det rykker hele ens grundlag, hele ens selvopfattelse bliver ændret, og det er også derfor, at når læger fejler, så bliver de deprimeret. Andre kan måske blive gale

og irriteret, men de fleste af os vender det indad og bliver deprimeret og du kan se, hvor mange der har misbrug. Misbrugende læger, det er også i medierne i øjeblikket. Så jeg tror, det er måden, vi er skruet sammen på, der gør, at vi ender i nogle åndssvage reaktioner. Lige i starten, der tror man bare, man selv er idiot og den eneste, der ikke kan finde ud af tingene, men jeg tror, det er generelt, at det er sådan her, og det er ikke noget vi snakker højt om, fordi det er jo at vedkende, at man er fejlbarlig.(...)

Det er ikke velhørt, at almen praksis er et hårdt fag. Men det er nok også fordi dem, der præger faget, dem man ser udadtil, de er.. det er de der nogleoghalvtresårige, som bare kører derudad, og bare passer deres vagter og har deres tillidsposter og har fuldtidspraksis og har en hjemmegående kone og udeboende børn. Det er dem, der sætter standarden sådan udadtil, og de klarer jo det hele. Og vi andre, der starter op, (...), vi har ikke de samme vilkår, så vi kan ikke...Man må finde sit eget niveau og sin egen standard for, hvordan det her skal køre, man kan ikke gå efter, hvad pingerne eller de officielle mener.

K fortæller:

Vi har afsat et kvarter, og jeg kan ikke holde tiden, det kan jeg ikke, det kan jeg ikke.

Det er blandt andet noget af det der med at kunne ... det har noget at gøre med, at jeg skal sikre mig, at folk går ud af døren og er o.k. Jeg skal sikre mig, at de får en lille gevinst med ud, det er nok det. Og hvis jeg ikke kan give dem en gevinst i forhold til det, de kom for, så gør jeg det nok på en anden måde. Så får de nok et eller andet med, så skal vi lige have talt os til en god stemning eller et eller andet. Hvis folk så begynder at fortælle om, hvad de går og laver i haven, så kan jeg ikke lade være at lige høre lidt om, hvordan det går med haven og... ja, så er der nogle gange, så tænker jeg "det her har jeg egentlig ikke tid til", det gør jeg helt sikkert, men der er det svært at... Men jeg gør det nogle gange, og så ved jeg, at jeg træner med mig selv, når jeg gør det, altså for eksempel siger at "Nå, vi skal stoppe nu, fordi de venter derude", eller:

"vi skal stoppe nu, fordi jeg kan ikke nå det, vores tid er gået". Hvis jeg skal sige det, så ved jeg, at jeg træner med mig selv, jeg skal gøre det **meget** bevidst, så... det ender oftere med, at folk de siger "nå, men du har jo mange, der sidder og venter, så vi må hellere stoppe". Der er heldigvis mange af dem, der er nogle meget søde mennesker, sådan er de fleste mennesker jo.

Men jeg har det sådan, at hvis det kun går ud over mig, så har jeg meget svært ved at stoppe folk, hvis det for eksempel er den sidste patient inden frokost eller den sidste patient den dag, så kan jeg ikke sige til folk: "ved du hvad, du bliver nødt til at få en ny tid", hvis jeg virkelig har travlt og er bagud, så gør jeg det, men så er det jo, fordi der sidder nogle andre derude, og jeg bliver mere forsinket, jeg kan ikke gøre det bare for at tage hensyn til mig selv, det kan jeg simpelthen ikke finde ud af, og det er jeg enormt irriteret over, det syntes jeg, at jeg burde kunne, fordi det er sådan noget der gør, at man er træt, når man kommer hjem, hvis man har tre-fire konsultationer, hvor folk har tre eller fire problemer med, så begynder man at blive lidt slidt. Men det giver sådan lidt, man bliver lige lidt stiv i nakken og "ja, jeg kommer jo ikke så tit til læge, jeg vil jo ikke rende jer på dørene, så jeg har skrevet lidt ned her", og så har de fire eller fem punkter på, og det er svært at gøre noget ved. Jeg burde tage på kursus i konsultationsprocessen, der kunne jeg lære et eller andet. Men det er en personlig ting, det med at finde ud af, at vi er to mennesker, og vi har hver vores behov, vi er lige vigtige, og jeg er her for at hjælpe dig, og så må vi prøve at se, hvor langt vi kan nå, og så aftaler vi bare en tid igen. (...)

Jeg tænker ikke så meget over det med penge ... altså.... Jeg syntes, at det at skulle være virksomhedsejer og sådan noget, det har været en udfordring også det, at man skal til at beskæftige sig med et helt nyt felt, det er der ikke noget, jeg har forstand på. Men jeg har besluttet mig for at betale mig fra det ved at have en revisor, der kan køre det for mig og ved det, at jeg blev skilt, så ser det ikke så forfærdelig sundt ud med økonomien, og jeg har besluttet

mig for, at jeg vil aldrig tænke på penge, når jeg arbejder, det gider jeg simpelthen ikke.

Jeg kan godt gribe mig selv i at sidde og have lidt dårlig samvittighed over at en patient har taget for lang tid, fordi så når jeg ikke lige så mange patienter som de andre, men sgu ikke af hensyn til økonomien. Jeg syntes også, vi tjener udmærket, min løn er udmærket, jeg ved godt at lige nu løber det ikke så godt, men det er, fordi jeg blev skilt. Jeg har en kæmpegæld, men den bliver betalt af, og så har jeg en bedre økonomi end de fleste mennesker, så det

Jeg kikker aldrig på tallene, jeg kikker ikke engang på, hvor meget jeg får om måneden, det går ind på en konto, som jeg egentlig ikke må hæve på, så har jeg et eller andet fast beløb, så det gør jeg aldrig, det gør jeg faktisk ikke. (...)

Hvis jeg var ansat med fast løn, så ville jeg jo ikke kunne lave noget om. Jeg syntes det er rart at kunne bestemme det der selv, og så kan jeg også bestemme, hvor klinikken skal ligge og i princippet kunne vi sælge den i morgen og bygge om, og vi kan drive det, som vi synes, vi kan blive enige om, det er sådan et lille kollektiv, hvor vi bliver enige om, hvordan vi synes tingene skal være.

Jeg har altid tænkt på, at du tager så meget af din personlighed med ind i det her fag, at det har utrolig stor betydning hvem du er, og hvad du er (...)

Jeg synes bestemt ikke, vi er gode til at få vores problemer frem i offentligheden, jeg ved ikke hvorfor, vi har jo nogle udmærkede folk, som kunne gøre det, jeg tror måske, de er bange for ikke at blive taget alvorligt... De skal jo koncentrere sig om det faglige og vores overenskomst og tale med pressen om de ting, der bliver taget op, og de går ikke videre med de der bløde emner eller følelsesmæssige ting som vi kunne opleve. Der bliver tænkt meget politisk og taktisk i den måde, de lægger det frem

Analyse

M. fortæller om en del 'tunge' patienter, der 'vælter' deres problemer ud. M. ved som regel, hvem disse patienter er, og er

derfor forberedt på at sætte grænser, så tiden overholdes og "systemerne fungerer". Når en patient en sjælden gang tager længere tid, indhentes det forsømt i løbet af dagen. I M.'s egen analyse af sit arbejdsliv begrundes på den ene side systematikken i en nødvendighed, der er knyttet til interesser i familielivet og privatsfæren, og på den anden side tales om lægers "personlighedsstruktur", om at læger er meget ansvarsbevidste, meget kontrollerede og meget optaget af, at tingene skal være perfekte og i orden. M. ser sin praksis som en forretning, hvor kombinationen mellem patienternes tilfredshed og indtjeningen driver værket. Problemstillinger og succeser er knyttet til M. som individ. Selv om M. er bevidst om, at der findes andre læger, der føler på samme måde, er der ingen forventninger om, at lægekollektivet kan eller vil beskæftige sig med det, M. oplever som problematisk i faget, da dette vil opleves som en erkendelse af, at læger også kan fejle, hvilket er tabuiseret.

Via M.'s fortælling skabes billedet af en overvejende maskulin idealtypisk position, idet M. i et forholdsvist kort og præcist sprogbrug beskriver sig selv som disciplineret, struktureret og grænsesættende over for sine patienter. M. ser ikke sig selv principielt forskellig fra andre virksomhedsejere, der lever af kundernes tilfredshed og et økonomisk overskud. Man kan således forstå M.'s måde at kommunikere om sit arbejde på som et udtryk for et ønske om oprettholdelse af en sagsorienteret objektivitet som symbol på en teknisk-rationel-maskulin professionel identitet.

Men M.'s fortælling producerer også elementer af den feminine position, idet M. ser forandringer som indefra kommende og overvejende positive.

I forståelsen af M.'s fortælling, kan køn beskrives som noget, der skabes og forhandles afhængigt af, hvilken situation og hvilke krav der stilles udefra og indefra af

M selv. I nogle tilfælde trækkes på en autentisk/feminin kommunikationstype, i andre, som er de fleste, trækkes på en autonom/maskulin kommunikationstype.

K. har brug for at give sine patienter succesoplevelser med hjem og kommer derfor somme tider til at overskride sine egne personlige og tidsmæssige grænser. K. har svært ved at sige fra og springer derfor ofte frokosten over eller kommer for sent ud ad døren, hvilket i sidste ende trætter og giver mindre overskud på hjemmefronten. I K.'s egen analyse af sit arbejdsliv beskrives en bevidst 'arbejden med sig selv', og at dette nok skyldtes personlighed og erfaringer igennem livshistorien. K. styres ikke af økonomien, men opfatter det at være medejer af en virksomhed som en mulighed for principielt selv at bestemme, herunder indretning, indkøb og placering af praksis. K. oplever ikke, at praktiserende lægers virkelige problemer kommer frem i lægeoffentligheden og mener, dette blandt andet kan skyldes en taktisk fagpolitisk manøvre og bekymring for ikke at blive taget alvorligt.

Via K.'s fortælling produceres gennem et associerende og følelsesladet sprog en position, der overvejende er feminin. Her synes indholdet i lægearbejdet styret af K.'s personlighed og evne til at arbejde med sig selv. K. ønsker at etablere relationer og samhørighed med sine patienter og hænger sig derfor ikke meget i formelle tidskrav, slet ikke hvis det kun går ud over K. selv. K.'s patienter sætter somme tider disse grænser for K. ved at afslutte konsultationerne med henvisning til de andre ventende patienter. K. anvender i overvejende grad den autentiske/feminine kommunikationstype.

Der ses hos disse to læger en lang række forskelle, men også nogle ligheder. Forskellene handler blandt andet om praksisform (M. har solopraksis, K. er i kompagniskab), om holdningen til arbejdets form (M. beskriver sig selv som disciplineret og som havende viljen til at konfrontere sine patienter

med henblik på at opnå strukturer og resultater, mens K. beskriver sig som op-hævende formelle rammer og arbejdende ud fra en omsorgsrationalitet). Ligeledes udtaler de forskelle omkring holdningen til arbejdets økonomiske drivkraft (der er væsentligt større for M end for K) og om privatsfæren (M er gift, har en partner med en lederstilling i det private og har to mindre børn, K er skilt, har en kæreste, der også er læge, og har to lidt større børn).

Lighederne handler om synet på forandringer i arbejdet (de skal komme inde fra lægen selv), om oplevelsen af lægearbejdet, som grundlæggende er krævende, og beskrivelsen af, at det er vanskeligt at finde genlyd for dette i lægeoffentligheden. M. og K. er lige gamle og uddannet stort set samtidig. Deres opfattelser af, hvad der skal til for at ændre på deres arbejdsforhold i hverdagen, ses ikke som et kollektivt eller offentligt anliggende, men som et individuelt projekt, hvilket kan beskrives som i tråd med det, professionsforskeren Katrin Hjort (2001) kalder moderniseringsdiskursen.

Det er blevet hævdet, at professionaliteten er en væsentlig dimension i tilskrivningen og praktiseringen af køn (Sjørup, 1995), og at en måde at analysere praksis som kønnet er at se på, hvad der bliver sagt om praksis. Ud fra denne betragtning kan man sige, at almen praksis, som den fremstilles af M. og K., ikke er entydigt kønnet, men snarere er knyttet til den enkelte læges fortolkning og handlinger, der tillige ofte vil være ustabile og under forhandling.

Afrunding og nye spørgsmål

Invasionsprocessen (jf. Baagøe Nielsen og Weber, 1997) har efterhånden været undervejs i en årrække og ser ud til at fortsætte, så måske er tiden kommet til at spørge: Er almen praksis ved at blive ændret, under påvirkning af kvinders tilgang til faget,

mod et fokus på mere feminint konnoterede værdier? Eller skyldes ændringerne i faget andre faktorer?

Er der snarere tale om forandringer, der afspejler, at nye generationer af praktiserende læger – uanset køn – i stigende grad vægter værdier i deres praksis, der er 'feminint' konnoterede – og at det således snarere er et generationsspecifikt og ikke et (afledt 'biologisk') kønsspecifikt spørgsmål?

Eller er forandringerne i almen praksis snarere påvirket af omkringliggende faktorer som 'moderniseringen' af den offentlige sektor (jf. Hjort, 2001), der f.eks. betyder en begrænsning af autonomien til fordel for et mere servicepræget (og måske feminiseret?) fag – i en tid, hvor 'kunderne' stiller stadig større og mere kritiske krav både til lægens medicinske kunnen og til de kommunikative og relationelle kompetencer? Hvis det sidste er tilfældet, så skyldtes (en evt.) feminisering af almen praksis måske i mindre

grad antallet af konkrete kvinder i praksis, men derimod helt andre komplekse kulturelle, samfundsmæssige og politiske bevægelser?

Som det gerne skulle fremgå af denne artikel, kan køn, når det betragtes som en central del af det sociale liv, og uanset om det er synligt eller ej, bidrage til teoretisk at perspektivere en konkret udvikling i et praksisfelt. Det har været hensigten at lægge distance til den dominerende essentielle opfattelse af køn, der f.eks. definerer kvinder som emotionelle og mænd som rationelle. Denne teoretiske perspektivering af praksis udfordrer samtidig de analyser af køn, der blot vil identificere kønsforskelle knyttet til det biologiske køn uden at rejse spørgsmål til, om stereotypierne overhovedet er sande.

Om der er noget, jeg har glemt? Nå ja: M. er en forkortelse for Maren og K. en forkortelse for Keld.⁷

NOTER

1. Projektet: Er en læge en læge? Kønnets betydning for almen læge-praksis, er et post.doc. projekt finansieret af Statens Humanistiske Forskningsråd via programmet Forskningens Konkurrenceevne. Projektet forventes afsluttet august 2005.
2. Disse tal er Lægeforeningen PLO's bedste skøn – foretaget ud fra den viden man har om det antal mandlige læger, der i de kommende år forlader faget, og den andel af kvinder, der vælger almen medicin. Der er naturligvis forbundet noget usikkerhed om hvor præcise tallene bliver – på grund af lægemanglen arbejdes der f.eks. aktuelt intenst på at fastholde de ældre læger og lykkes dét, vil billedet være lidt anderledes. Hovedtendensen er dog forsat klar – der kommer flere og flere kvinder ind i faget.
3. – og en lang række andre klassiske professioner, der i disse år undergår tilsvarende udvikling herunder teologi, jura, ingeniørfaget.
4. I denne sammenhæng anvendes begrebet praksis både om det, lægen gør, udførelsen af hendes/hans virksomhed, og om det sted, lægen arbejder, i almen læge-praksis.
5. Andelen af kvindelige medicinstuderende udgør nu mere end halvdelen, men der er stadig en skæv kønsfordeling, når der skal vælges specialer, kirurgi er f.eks. forsat maskulint domineret.
6. Udklippene er valgt ud fra udskrifter af interviews på 1,5 til 2,5 time, de er anonymiseret og rensat for forskellige karakteristika. Tegnet (...) indikerer, at der er foretaget et væsentligt klip eller spring i materialets kronologi.
7. derligere informationer kan findes på forfatterens hjemmeside: www.ruc.dk/inst10/om_inst10/Personale/VIP/bhh samt på: www.ruc.dk/inst10/forskningsprojekter/professionsidentitet

REFERENCER

- Baagøe Nielsen, Steen & Weber Kirsten (1997): *Jagten på den mandlige omsorgskompetence*, Arbejdsrapport vedr. et indgangsforløb til Social- og sundhedsassistentuddannelsen for mænd, Roskilde, Roskilde Universitetscenter.
- Hjort, Katrin (2001): *Tekster om moderniseringen af den offentlige sektor – Pas-dig-selv pædagogik, forhandlingskompetencer, forhandlet modernisering, videnskabelse*, Roskilde: Erhvervs- og voksenuddannelsesgruppen, Institut for uddannelsesforskning, Roskilde Universitetscenter.
- Holter, Øystein (2000): Arbejdsrapport fremlagt på workshop om køn på Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitetscenter. (upubliceret).
- Hølge-Hazelton, Bibi (2003): Er en læge en læge? *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 10.
- Ingerslev, Niels (2000): Fortid – nutid – fremtid (?) – Tanker ved praksisophør – *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 10.
- Institut for Fremtidsforskning (1999): *Sundhedsvæsnets i fremtiden*, Rapport for Sundhedsministeriet.
- Maier, Mark (1999): On the gendered substructure of organisation – Dimensions and Dilemmas of Corporate Masculinity, i Powell, Gary N. (Ed.) *Handbook of Gender and Work*, London, Sage Publications.
- Nordgren, Margrethe (2000): *Läkarprofessionens feminisering – Et köns- och maktperspektiv*, Stockholm, Department of political science, Stockholm University.
- Paik, Jodi Elgart (2000): The Feminization of Medicine, *MSJAMA*, 283, 2, 666.
- Roter, Hall & Aoki (2002): Physician Gender Effects i Medical Communication, *JAMA*, 288, 6, 756-764.
- Scheuer, Jann (1996): *Sprog, køn og magt i jobsamtaler*, ph.d. afhandling, Københavns Universitet.
- Scott Sørensen, Anne (1995): Når kønnet taler med, i Elisabeth Flensted-Jensen et al. *Køn og kultur i organisationer*, Odense: Odense Universitetsforlag.
- Sjørup, Karen (1995): Rationalitet og kønsarbejdsdeling i opbrud med den medicinske praksis som eksempel, i Elisabeth Flensted-Jensen et al. *Køn og kultur i organisationer*, Odense, Odense Universitetsforlag.
- Trost, Jan & Levin Irene (1996): *Att förstå vardagen*, Lund, Studentlitteratur.

Bibi Hølge-Hazelton, sygeplejerske, cand. cur. ph.d. post.doc. stipendiat ved Institut for uddannelsesforskning, Roskilde Universitetscenter.

e-mail: biho@ruc.dk