

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

studier af spædbørn, hvori de har påvist, at hjemens vækst i det første leveår påvirkes af kvaliteten på den emotionelle udveksling mellem barnet og omsorgsgiverne [9]. Følelser har materielt udtryk, og kroppen taler og producerer mening gennem sine symptomer og reaktioner [10]. Der findes mønstre i biologien, men få retlinjede årsag-virknings-processer, selv på celleniveau.

Samtidig er kønsforskningens uvilje mod at »røre ved« kroppen blevet mindre, nok først og fremmest på grund af de store forandringer i de bioteknologiske muligheder for at styre reproduktionen. Både ændringen i forståelsen af kvindekroppen og etiske dilemmaer, der er knyttet til brug af reproduktionsteknologi, har ført til en fornyet interesse for kroppen blandt kønsforskere. Det fremhæves, at man for at forstå den kønnede krop må undgå additiv tænkning og hellere arbejde inden for et teoretisk komplekst og integreret paradigme om en bio-social-kulturel krop.

Der er også sket en ændring i synet på, hvad der er »naturligt« blandt dyrene. Nyere forskning på partnervalg blandt fugle og dyr viser, at partnervalg er langt mere kompliceret og varierende end tidligere antaget, og at mange arter faktisk ikke passer ind i enkle kønsdikotomier. Hvad en hun er, og hvad en han er, er ikke altid så nemt at afgøre [11]. Dyr og fugle er heller ikke nødvendigvis »naturlige« heteroseksuelle. For nylig blev dette vist gennem udstillingen »Mot naturens orden? En udstilling om homoseksualitet i dyreriket« på Naturhistorisk Museum i Oslo i efteråret 2006. Dermed kan man sige, at man nærmer sig perspektiver og teorier, som ligger tættere på det, kønsforskningen har forfægtet gennem længere tid, nemlig at kønsdikotomien skjuler mangfoldigheden og bruges til at legitimere diskriminering og margina-

lisering på basis af køn eller seksualitet. Resultaterne af nyere forskning peger altså på, at biologisk mangfoldighed også i forhold til køn og seksualitet er det naturlige, og at i den grad, vi skal bruge biologien som referencepunkt, er konsekvensen, at vi bør arbejde for en større accept af det flertydige og det differentierede. Dette åbner for nye spændende møder mellem naturvidenskab og kulturvidenskab i fremtiden, også når det gælder at forstå køn.

Korrespondance: *Harriet Bjerrum Nielsen*, Senter for kvinne- og kjønnsforskning Universitetet i Oslo, Postboks 1040 Blindern, N- 0315 Oslo.
E-mail: h.b.nielsen@skk.uio.no

Antaget: 14. maj 2007
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Tak til professor *Per Andersen*, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo, som venligst har stillet Figur 1 til rådighed.

Litteratur

1. De Beauvoir S. Det andet køn, bind 2. København: Tiderne Skifter, 1999:13.
2. Stoller RJ. On the Development of Masculinity and Femininity. New York: Science House, 1968.
3. Almås E, Benestad EEP. Kjønn i bevegelse. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.
4. Garde K. Køn, psykisk sygdom og behandling. København: Hans Reitzels Forlag, 2003.
5. Fausto-Sterling A. Myths of gender. Biological theories about women and men. New York: Basic Books, Harper Collins, 1992.
6. Laqueur T. Making sex. Body and gender from the Greeks to Freud. Cambridge: Harvard University Press, 1990.
7. Rosenbeck B. Kvindekøn. Den moderne kvindeligheds historie 1880-1980. København: Gyldendal, 1987.
8. Haraway D. Primate Visions: gender, race, and nature in the world of modern science. New York: Routledge, 1989.
9. Murray L, Trevarthen C. Emotional regulation of interactions between two-month-olds and their mothers. I: Field TM, Fox NA, red. Social perception in infants. Norwood NJ: Ablex, 1985.
10. Damasio A. The feeling of what happens. London: Vintage, 2000.
11. Andersen MS, Eliasson EA. Hur görs djur? Könsstereotyper och androcentrism i studier av andra arter än Homo Sapiens. Kvinnovetenskapelig tidskrift 2006,2-3:65-76.

Lægens køn er et socialt køn

Læge Torsten Risør

Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Forskningsenhed for Almen Praksis, og Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Medicinsk Kvinde- og Kønsforskning

I løbet af de seneste hundrede år er andelen af kvinder i lægefaget gradvist øget. Den ændrede kønsfordeling i medicin er på den ene side del i en almen samfundsmæssig udvikling, hvor kvinder får højere uddannelse end tidligere, og på den

anden side ikke fuldt forklaret ved den generelle udvikling. Samtidig er det endnu uklart, hvilken betydning kønsfordelingen har og får for lægefaget og for udøverne af det.

I en analyse af, hvad lægers køn betyder, er det vigtigt at skelne mellem det biologiske køn og det sociale køn. Det biologiske køn er det fokus på menneskets køn, som identificerer anatomiske, fysiologiske og biokemiske forskelle på mænd og kvinder. Dette blik på køn bygger således på en binær forståelse – enten mand eller kvinde – og anvendes ofte i en lineær rationalitet, dvs. hvor kønnet som binær værdi ses som medvirkende eller nødvendig årsagsfaktor f.eks. i udvikling af sygdom. Det sociale køn er et fokus på kønnet som del i en

proces, hvormed mennesker gennem interaktion skaber betydning og social struktur. Forholdet mellem det biologiske køn og det sociale køn er ikke simpelt. Det der f.eks. er forventet adfærd for en mand i et samfund kan opfattes som feminint i et andet. Det, der er alment gældende, er, at mænd socialt er defineret i forhold til kvinder og omvendt, men også at dette er vedvarende til forhandling i en vekselvirkning mellem individets ønsker og socialt bestemte muligheder [1].

Denne forhandling kan iagttages gennem hele den periode, hvor andelen af kvindelige læger er øget. *Nielsine Nielsen*, den første kvindelige læge i Danmark, blev kandidat i 1885. Der var dengang betydelig modstand mod dette blandt læger, der var bekymrede for, om kvinder var tilstrækkelig motiverede til at kunne bidrage til at holde det høje videnskabelige niveau i faget. I løbet af 1900-tallet øgedes kvindeandelen på medicinstudiet langsomt, men især i perioden 1970-1990, hvor andelen af kvinder blandt nystartede medicinstuderende øgedes til de nuværende 65% [2, 3]. Siden 1991 har der været flertal af kvinder blandt nyuddannede kandidater, og omkring 2018 forventer man, at der vil være et flertal af kvindelige læger i Danmark. Antallet af kvindelige speciallæger og overlæger er øget i denne periode, men med en forsinkelse, som ikke kan forklares af barselsorlov i forløbet [4]. I en række andre akademiske fag ses tilsvarende, at der er færre kvinder i ledende stillinger, end man ville forvente ud fra kønsfordelingen.

Køn og lægeuddannelse

Medicinstudiet rekrutterer helt overvejende sine studerende fra gymnasiet, og der er i modsætning til tidligere markant flere piger end drenge, der bliver studenter. Samtidig får kvinder bedre karakterer i gymnasiet end mænd [3]. Den nye kønsfordeling i gymnasiet og kvindernes bedre eksamensresultater er tilstrækkeligt til at forklare, at to tredjedele af de nystartede medicinstuderende er kvinder. Det er interessant, at andelen af kvinder i gymnasiet fortsat blev øget i perioden 1990-2000, uden at dette førte til en yderligere øget kvindeandel på medicinstudiet. I dag kan man således argumentere for, at selektionen fra gymnasiet til medicinstudiet er til fordel for mændene, dvs. at der optages flere mænd på medicinstudiet, end man skulle forvente ud fra kønsfordeling og karaktergenemsnit.

Mens kvinder klarer sig bedre igennem gymnasiet, synes situationen at være omvendt på lægeuddannelsen. Kvindelige lægestuderende forventer i højere grad problemer med studieforløb og arbejdsvilkår [2], og de har større frafald end mænd i løbet af studiet [3]. En del af forklaringen på dette er, at når en kvindelig studerende etablerer familie, er det fortsat hende i højere grad end hendes partner, der varetager en række daglige arbejdsopgaver i forhold til hjem og børn [5, 6]. Det kan være vanskeligt at kombinere med et krævende studie og er medvirkende til kvindernes frafald.

Det har tidligere været anført, at kvinder har sværere ved

at tilegne sig lægens faglighed og lægens rolle, fordi der indlejret i faget findes maskuline værdier, som er vanskelige at forene med en kønsrolleidentitet som kvinde. Men det er tidligere påvist, at det er vanskeligt at finde kønsforskelle i medicinstuderendes idealer for lægerollen og sundhedsvæsenet [7]. Til gengæld findes der tydelige forskelle, når der sammenlignes med andre studerende på humaniora. Det tyder på, at det i højere grad er faget end kønnet, der afgør, om det er såkaldt maskuline eller feminine værdier, der prioriteres.

Efter kandidateksamen kommer der nye udfordringer for især de kvindelige læger. De har vanskeligere end mændene ved at identificere sig med lægerollen, de oplever i højere grad end mændene, at det er vanskeligt at tage faglige spørgsmål op, og de oplever i højere grad end mændene, at det er svært at få hjælp [5]. I undersøgelser af dette konkluderes det, at kvindelige læger som gruppe møder mere modstand og får mindre støtte fra såvel kolleger som sygeplejersker end mandlige læger [8].

Køn og specialevalg

På det tidspunkt, hvor den enkelte læge skal træffe sit valg om et lægeligt speciale, er der således forskellige vilkår for mænd og kvinder. Mændene kan i højere grad vælge efter faglig interesse med en begrundet tiltro til, at familielivet vil kunne tilpasses dette valg. Mændene er i højere grad trygge i deres lægerolle, og kan derfor vælge friere mellem alle specialer, fordi de har en forventning om, at der vil være plads til deres måde at være læge på, uanset hvor de kommer hen.

Kvinderne må i højere grad afveje faglige interesser over for familieliv i specialevalget. De vil også opleve, at der er specialer, som er domineret af en maskulin omgangsform, og hvor det kan være vanskeligt at få plads til at skabe sig en lægerolle, som er forenelig med en identitet som kvinde. Kvinders valg synes derfor at være mere begrænset end mænds, og de specialer, som især vælges af kvinder, synes også at være dem, der er lettest at forene med de nævnte begrænsninger – herunder psykiatri, almen medicin og parakliniske fag [9].

Det er tidligere fundet, at danske lægers specialevalg primært er betinget af faglig interesse. Dette står ikke i modstrid til ovenstående. Den enkelte læge træffer selv sine uddannelses- og karrierevalg, hvor personlige interesser og faglig begejstring har stor betydning. Men samtidig er disse interesser ikke tilfældige. De er nært forbundne med og udviklet af de erfaringer, hver enkelt har med sig, herunder erfaringer, som er knyttet til vores sociale køn. Når mænd og kvinder har forskellige vilkår, er det med til at give forskellige præferencer og forskellige valg.

Forhandlingen om kønnets betydning fortsætter i specialet. Selv om forskellen i lægers tilgang til og opfattelse af arbejdet er større inden for kønnene end imellem dem, kan patienters forestilling om, at f.eks. et gynækologisk problem bedst håndteres af en kvinde [10], være med til at bestemme, hvilke lægefaglige opgaver den enkelte læge har.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

En tilsyneladende kønsforskel inden for almen medicin synes at være betinget af, at man sammenligner de gamle mandlige praktiserende læger med de yngre kvindelige praktiserende læger. Der er således tale om en generationsforskel frem for en kønsforskel. Når der tales om feminisering af almen praksis, er det således muligt, at faget i højere grad end tidligere lægger vægt på kvaliteter som kommunikation, omsorg og styrkelse af patientens netværk, men det er ikke en konsekvens af, at der er kommet flere kvinder i faget, og der er ikke tegn på, at en øget kvindeandel vil forstærke dette [10]. Forandringer i lægens faglighed kan således forveksles med forandringer i kønsfordeling.

Sproget om lægens køn

Parallelt med forskningen diskuteres kønsfordelingen, bl.a. i Ugeskrift for Læger. Der forekommer specielt tre forskellige sproglige formuleringer om kvindelige læger. For det første ses der hyppigt sproglige udtryk om krig og kamp. Der tales om indtog, dominans, slagside, flugt, oprør og galopperende feminisering. For det andet tales der om kompleksitet i vilkår og relationer, som er med til at give kønnet betydning, og at det ikke er kønnet i sig selv, der har betydning for fagets udvikling. For det tredje er der vendinger i stil med »køn betyder intet, men ...« efterfulgt af forbehold, som henviser til, at man alligevel mener, køn betyder noget – noget negativt.

De udtryk, der handler om krig og kamp, er alle fremført af mænd, mens de, der omhandler relationer og kompleksitet, er fremført af kvinder. Det tredje tema fremføres igen kun af mænd og minder om den modstand, der har været mod kvinder, der ønskede at blive læger, lige siden *Nielsine Nielsen*. I 1875 som i dag er det en holdning, der ikke er videnskabeligt grundlag for. Når dette kombineres med budskaber som dem, der er nævnt ovenfor om kamp og krig, er det let at forstå, at kvindelige læger kan opleve, at de får mere modstand og mindre støtte af deres kolleger [5, 8].

Hvad bliver lægens køn brugt til?

Det er ikke blevet vanskeligere for mænd at blive læger, speciallæger eller overlæger. Det er bare blevet lettere for kvinder. At kalde dette for »kvindelig dominans« er en misforståelse, når de ledende stillinger i klinik og forskning fortsat overvejende besiddes af mænd. Det er muligt på samme tid både at være glad for udviklingen i lægernes kønsfordeling, som er et udtryk for bedre uddannelsesmuligheder for kvinder, og at interesse sig for, hvordan lægens identitet, faglighed og patientkontakt er til forhandling, og hvilken betydning lægens køn har for dette. Lægens køn har betydning og konsekvenser. Men det behøver ikke at være hverken specielt negativt eller specielt positivt – bare anderledes.

En del mandlige læger bruger i diskussionen binær viden om kønnet og tænker i årsagssammenhænge, oppositioner og opdeling af udfald i positive og negative – dvs. en vidensopfattelse, som ikke er knyttet til det sociale køn, men til det

biologiske køn. Uanset det biologiske køns betydning, er det ikke muligt at slutte direkte til udformningen af det sociale køn, og dette er i sig selv ikke forklaring på noget som helst – det er derimod et resultat af en social og kulturel interaktion. Vil man forstå det sociale køn, må man forstå denne interaktion, og da denne er lokal, må man vende blikket mod de lokale strukturer, omgangsformer og arbejdsvilkår samt de mennesker, som er med til at skabe dem, vedligeholde dem og forandre dem.

Der er efter min mening ikke fagligt grundlag for at ændre optagelseskriterierne til medicinstudiet, hvis det gøres alene med det formål at få flere mænd til at læse medicin. Der er således ikke dokumentation for, at en stor andel af kvinder i faget vil have nogle negative effekter hverken i forhold til faglighed eller patientkontakt. Der er derimod grund til vedvarende at forholde sig til og interessere sig for, hvilke vilkår mænd og kvinder har som læger, og hvordan det er med til at forme og afgrænse deres lægeroller. Denne interesse bør eksistere både generelt på Lægeforeningens niveau og lokalt på den enkelte arbejdsplads.

Korrespondance: *Torsten Risør*, Forskningsenhed for Almen Praksis, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Aarhus Universitet, DK-8000 Århus C. E-mail: tr@alm.au.dk

Antaget: 27. april 2007

Interessekonflikter: Ingen angivet

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

Litteratur

1. Caplan P. Introduction. I: The Cultural Construction of Sexuality. Pat Caplan, ed. London: Routledge, 1987:1-30.
2. Damsgaard MT, Iversen L, Kringelbach M et al. Kvindelige og mandlige lægestuderendes forventninger til studium og karriere. Ugeskr Læger 1987;149:182-5.
3. Bang H, Petersson BH, Agergaard M et al. Tid for revurdering af adgangskravene til lægestudiet? Ugeskr Læger 2006;168:1753-5.
4. Henningsen I, Colding H. Lægevidenskabelig prestige og køn. Ugeskr Læger 1999;161:5924-7.
5. Petersson BH, Agergaard M, Risør T. Den nyuddannede læge. Ugeskr Læger 2006;168:1756-9.
6. Ligestillingsudvalget. Kvindelige læger på vej. Ugeskr Læger 1996;158:4560-3.
7. Odborg MH, Eriksen TR, Petersson BH et al. Kønnets betydning for lægerollen. Ugeskr Læger 1995;157:4942-6.
8. Korremann G. Læger og køn – spiller det en rolle? København: Nordisk Ministerråd, 1994.
9. Heiligers PJM, Hingstman L. Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. Social Science & Medicine 2000;50:1235-46.
10. Hølge-Hazelton B. Læger, køn og arbejde, et litteraturoverblik. Månedsskr Praktisk Lægegern 2006;84:391-400.