

Reflektioner över kvinnodominansens betydelse för vårdområdet

Margareta Hallberg

I denna artikel diskuteras vilken betydelse det har för vårdens och omsorgens inriktning att dessa områden domineras av kvinnor. Påverkar kvinnors kvinnlighet vårdens utformning eller är det kanske tvärtom så att vård och omsorg skapar föreställningar om kvinnlighet? Och vad betyder det att vård- och omsorgsverksamheter är inriktade mot andras behov och begär?

Margareta Hallberg är filosofie doktor i vetenskaps-teori och arbetar inom forskningsprogrammet Forskningens villkor vid Göteborgs universitet. En av programmens uppgifter är att studera kunskapsbildning i ämnen där både forskning och praktik har stor plats.

Inledning

Världen över är det kvinnor som ansvarar för vård och omsorg. Såväl erfarenheten som kunskapen säger oss entydigt att det är kvinnor som vårdar, sköter om och ger omsorg till gamla, sjuka, barn och handikappade. Skillnaderna mellan länder, epoker och nationer är förvånansvärt små när det gäller detta mönster. Oavsett om omsorgen sker inom familjen eller bedrivs i offentlig regi, bygger på kunnande som överförs direkt mellan kvinnor i olika generationer eller tar vägen via utbildning, är kvinnodominansen överväldigande.

Under lång tid tycks det som om vårdområdets kvinnodominans kunnat konstateras utan att förundra. Kanske ligger det nära till hands att förklara det stabila med hänvisning till det som uppfattas som 'naturligt' och frågan varför kvinnor och inte män dominerar vård och omsorg behöver inte ens formuleras om svaret anses givet. Men på senare år har emellertid allt fler och utifrån skiftande utgångspunkter ställt sig frågan om det är någonting särskilt med detta att vara kvinna och man som kan förklara den påtagliga skillnaden mellan antalet kvinnor och antalet män i vårdande praktiker. Är kvinnor och män fundamentalt olika så att de föredrar och väljer sysslor och praktiker utifrån köns-

skillnader? Eller är det kanske traditionens makt, vad som nu kan menas med det, som försvårar eller omöjliggör radikala förändringar? Eller är det en fråga om över- och underordning där skillnaden över huvud taget inte alls eller endast i ringa utsträckning har med val eller tradition att göra?

Också frågan vad *det betyder* att kvinnor och inte män dominerar i vården och omsorgen har blivit väsentlig att ställa. Hur påverkas dessa praktiker av kvinnonärvaron och hur inverkar det i sin tur på kvinnorna att så många av deras konkreta förebilder finns inom vårdande områden?

När frågorna om betydelsen av vårdens kvinnodominans väl formulerats tycks det således inte möjligt att bara hänvisa till något 'naturligt'. För vad är i så fall det naturliga och hur skall vi någonsin kunna fastställa det? I stället har flera olika vägar prövats för att närma sig andra svar och också i flera fall för att söka efter förändringar. Vårdens och omsorgens kvinnodominans uppfattas av många som ett problem som inverkar negativt på sådant som arbetsvillkor och lönesättning men det är samtidigt inte givet hur situationen skall kunna förändras.

Frågan om könets betydelse för verksamheters innehåll och form har emellertid kommit i blickpunkten inom många områden. Sedan ett antal år finns ett allt större intresse för köns- eller genusfrågor bland forskare och filosofer. Detta intresse visar sig i de flesta akademiska ämnen vilket möjliggör för variation i utgångspunkter och förhållningssätt. För den filosofiskt/teoretiskt lagda lockar vanligen reflektion och problematisering, för den empiriskt orienterade ter sig kanske jämförande undersökningar av vård- och omsorgspraktikerna som den bästa vägen. Dessutom finns

Också frågan vad det betyder att kvinnor och inte män dominerar i vården och omsorgen har blivit väsentlig att ställa

många tänkbara kombinationsmöjligheter dem emellan och försök att förena reflektion och empiri.

I denna artikel reflekterar jag över olika sätt att tolka vad kvinnodominansen betyder med hjälp av två motsatta teorier om könsskillnad. Båda är kvinnoorienterade teorier som kan förknippas med feminism i en vid förståelse av termen, men de motsvarar helt olika synsätt på hur könsskillnad kan förstås och också olika värderingar av vårdens och omsorgens kvinnodominans. Mot slutet betonar jag att vårdens och omsorgens särdrag har sin grund i att de är praktiker där ansvaret för andra står i centrum, och att det som framstår som könstypiskt snarare är en effekt av kvinnodominansen än dess orsak.

Kvinnodominansens betydelse för kvinnorna och vården

Frågan om kvinnodominansens betydelse kan riktas åt olika håll och ta sin utgångspunkt i olika aspekter. Vi kan t ex skilja mellan vilken betydelse kvinnodominansen har för å ena sidan *kvinnorna* och å den andra för *vården*. Kvinnodominansens betydelse för kvinnorna handlar om vilka konsekvenser det får både för kvinnor som grupp och för kvinnan som individ att en viss sektor är så gott som enkönad. Kvinnodominansens betydelse för *vården* handlar om innehållet i vård- och omsorgspraktiken, dvs om och hur utformningen av vården påverkas av att det är kvinnor som dominerar just där.

Frågan om kvinnodominansens betydelse kan vidare belysas med olika aspekter som sträcker sig från *strukturella till identitetsskapande*. Strukturella aspekter syftar på sådant som makt, lön, arbetsvillkor och andra institutionella faktorer som påverkar både vården och gruppen kvinnor. Det är en politisk och ekonomisk fråga hur det vårdande arbetet skall organiseras och utformas; privat/offentligt, småskaligt/storskaligt, personligt/opersonligt, och valen har i varje fall hittills knappast gjorts på basis av könet hos dem som vårdar, eftersom det varit ett och detsamma oavsett hur vården är organiserad. Däremot kan effekterna för gruppen kvinnor variera avsevärt beroende på hur vård och omsorg organiseras och vilka värderingar som ligger till grund för de val som görs.

Om yrken värderas mycket olika, några lägre, andra högre, och om dessa värderingar kan kopplas till i stort sett enkönade arbetsuppgifter, är det lätt att koppla samman kön med värde. I debatter om kvinnors yrken och löner framförs dock motsatta uppfattningar om hur vård och omsorg bör organiseras för att bäst ta tillvara kvin-

nors intressen. Vidare växlar uppfattningarna om kvinnodominansen i sig är ett hinder för strukturella förändringar genom att den konserverar vedertagna mönster och styr in kvinnor mot traditionella omsorgsuppgifter, eller om den kan motarbetas t ex av en aktiv utbildnings- och arbetsmarknadspolitik.

Det kan även hävdas att kvinnodominansen har betydelse för gruppen kvinnor på andra sätt, som t ex att detta att vårda och ha omsorg faktiskt har en direkt inverkan på den som gör det. Här kommer *identitetsskapande* aspekter i förgrunden. Att arbeta med sjuka, beroende och utlämnade personer och inte med t ex modeller, maskiner eller texter ställer problem och krav som sannolikt påverkar såväl föreställningarna om arbetet som den som utför det. Den kvinnodominerade vården och omsorgen kan t ex bidra till att vissa antaganden om könets olikheter förstärks genom att uppgifter och förhållningssätt som utförs här förknippas med kvinnliga egenskaper. För uppväxande generationer kvinnor och män kan identifikationsobjekt hittas i enkönsdominerade områden; i vård och omsorg där kvinnor dominerar numerärt finns förebilder som motsvarar kulturella föreställningar om kvinnlighet.

Om detta synsätt ställs på sin spets blir det problematiskt för män att med bibehållen manlighet stanna kvar i vårdande praktiker. På motsvarande sätt kan det bli svårt för kvinnor att med bibehållen kvinnlighet välja bort sysslor som uppfattas som typiska för kvinnor. Identitetsskapande aspekter kan därmed leda till att traditionella föreställningar om könen bevaras och förstärks och till och med till att nya konstrueras.

Feminismen och könsskillnadens problematik

Det är feminismens förtjänst att frågan om kvinnodominansens betydelse överhuvudtaget kan reflekteras över. För några decennier sedan föreföll det ännu inte möjligt att ställa frågan eftersom tanken på att kön eller genus är en kategori av vikt ännu inte var erkänd. Visserligen hade Simone de Beauvoir redan 1949 kommit ut med sin epokgörande *Det andra könet* men diskussionen om könsskillnad var länge så begränsad till ett litet antal teoretiker att den tycktes sakna all relevans för diskussion av områden som vård och omsorg. Men med 1970- 80- och 90-talet har kön och genus kommit i fokus inte bara för en begränsad grupp teoretiker eller feministiskt medvetna kvinnor utan för snart sagt varje diskussion, institution eller praktik. Diskussionen om kön/genus eller på engelska sex/gender har

'Poltänkandet' har sina begränsningar och fungerar främst som ett sorteringsredskap för uppfattningar som egentligen är mer sammansatta än att enkelt kunna dras isär

länge förts inom feminismen och på senare år även i svenska arbeten (Hallberg, 1992, Holm, 1993, Danius, 1995, Larsson (red) 1996).

Feministisk teoribildning är idag mångfasetterad och pluralistisk. Det finns så många olika teorier och positioner, att det är omöjligt att tala om feminism som något entydigt. Möjligen kan man ännu tala om två huvudtendenser eller poler inom feministisk teoribildning, som kan fungera som utgångspunkt för reflektion om kvinnodominansens betydelse. Vid den ena polen kan de placeras som drar åt *olikheter* i synen på könen, vid den andra de som betonar *likheter*, samtidigt som 'poltänkandet' har sina begränsningar och främst fungerar som ett sorteringsredskap för uppfattningar som egentligen är mer sammansatta än att enkelt kunna dras isär. Som så ofta är fallet med polära motsatser kan alltså även denna fungera på ett alltför stelbent sätt. Men diskussionen om likhet och olikhet har länge förts inom feminismen själv och respektive synsätt kan få olika konsekvenser när de tillämpas på vård- och omsorgsområdet.

Dessa poler har haft olika benämningar under skiftande perioder; ett tag talades mycket om särarts- och likhetsfeminism eller mer filosofiskt om gynocentrisk respektive humanistisk feminism. De har också kallats, ibland med något annorlunda innebörd, livmodersfeminism och jämställdhets- (eller politisk) feminism (Björk, 1996). Det finns skillnader mellan dessa olika beteckningar och det finns ytterligare andra, men det spelar mindre roll här. Det finns också de som menar att försöken att ställa dem mot varandra är förkastliga, men inte heller det bekymrar oss just nu. Ytterlighetspositionerna kan ses som två idealtyper som ofta blandas i praktiken. Det intressanta i detta sammanhang är att de uttrycker olika sätt att förstå kvinnodominansens betydelse för vårdområdets inriktning och möjligheter, att de ibland motsäger varandra och att de leder till olika strategier.

Särarts, olikhets- och/eller livmoderfeminism

Som en idealtyp utgår *särartsfeminismen* från att könsens olikheter har med grundläggande konstitutionella

och/eller kroppsliga skillnader att göra. Kvinnor är annorlunda män; de har andra kroppsupplevelser och ett annat psyke, andra könsberoende erfarenheter, andra sätt att tänka och handla, andra värden och ett annat slags förnuft än det som växer ur manliga erfarenheter. Kvinnor är mer orienterade mot andra, mer känslösamma, lyhörda och inriktade mot relationer. Kvinnlighet kan vara medfött eller format mycket tidigt i livet och visar sig redan under småbarnsåren i snälla och tysta flickors pyssel och intresse för dockor, gosedjur och relationslekar medan vilda pojkar härjar omkring mer fritt och ger ljud ifrån sig men sällan mjukhet. Långt ifrån enbart olikhetsfeminister uttrycker dessa och liknande uppfattningar - de är vanligt förekommande både i forskningssammanhang och i mer populära debatter om t ex skola och förskola, och de tolkas och framförs på olika sätt beroende på syfte och mål.

Särartsfeminismen har fått nytt liv och en mer biologisk orientering på senare år genom forskning om hormonella skillnader mellan könen och i vissa fall neurofysiologiska rön. De som argumenterar för kvinnans särart och könsens olikheter kan alltså finna stöd i den moderna hormon- och hjärnforskningen. Vetenskapen, säger de mest optimistiska, visar att det finns grundläggande skillnader mellan könen. Hjärnforskningen stöder idén att män och kvinnor tänker olika, ibland uttryckt i metaforen: män tänker linjärt/kvinnor cirkulärt ibland i den mindre smickrande att män tänker/kvinnor känner. Biologiska förklaringar ges till varför män är mer aggressiva, spänningssökande och aktiva och till varför kvinnor är deras motsats. De mer nyanserade menar att biologiska grunder finns men att samhällets utformning avgör hur de kommer till uttryck. Att det finns stöd i den samtida biologiska forskningen för antaganden om grundläggande skillnader mellan könen är dock ställt utom varje tvivel - förutsatt att dessa biologiska rön betraktas som sann kunskap.

Särartsfeminismen har i vissa fall blivit en livmodersfeminism; biologin är vårt öde. Många är idag inspirerade av livmodersfeministiska tankegångar - medvetet eller omedvetet, även om långt ifrån alla går så långt som till att hävda att kvinnor bör vara hemma med barnen eller förbli omsorgs- och vårdyrkena trogna. Men man hör påfallande ofta yttranden som att kvinnor är

Vetenskapen, säger de mest optimistiska, visar att det finns grundläggande skillnader mellan könen

mjukare och mer omsorgsfulla än män, kvinnor bryr sig mer om andra och ser till relationer.

Om livmodersfeminismen har rätt passar kvinnor för vårdande uppgifter. Kvinnor vårdar för att vårdandet passar ihop med naturliga förhållningssätt som mycket väl kan ha förstärkts av uppfostran och livserfarenhet men som har sin grund i könsens olikheter. En rimlig konsekvens är att det är bra för vården att det är kvinnor som dominerar där och det är bra för kvinnor att vara i omsorgsaktiviteter – där uttrycker de/vi sitt/vårt sanna jag och slipper hamna i av könet orsakade konflikter. Målet är att kvinnors uppgifter och förhållningssätt skall *uppvärderas* men inte i grunden bli andra.

En reflektion är att de allra flesta kvinnor som ger röst åt särartstänkande å la livmodersfeminismen själva inte alls stannat i typiska kvinnovärldar. I stället är de allra flesta akademiker, forskare, författare, läkare eller journalister och har själva sprängt de ramar som kvinnan enligt dem alltid är insatt i. Men de ger röst åt populära föreställningar om könen och kan ibland förefalla aningslösa.

Samtidigt 'bekräftas' många av dessa föreställningar av vetenskapen och inte bara av naturvetenskapliga rön utan även av undersökningar inom vetenskaper som sociologi, psykologi och pedagogik. Dessutom ges andra bekräftelser av icke vetenskapligt prövade men likafullt empiriska observationer. Redan mycket små flickor och pojkar sägs skilja sig åt på bestickande sätt i både aktivitetsgrad och temperament och olikheterna tenderar att förstärkas under uppväxtåren trots samhällets försök att tona ned dem.

Likhets- och jämställdhetsfeminism

Om vi i stället riktar blickarna mot det som har kallats likhets- eller jämställdhetsfeminism så tar denna snarare sin utgångspunkt i orättvisor mellan kvinnor och män som grupp. Kvinnors och mäns olikheter är en följd av deras olika verksamheter och samhällspositioner. Skillnader mellan könen anses inte vara biologiskt grundade och knappast heller, även om uppfattningarna här går något isär, på andra sätt 'inbyggda' i individens utveckling till följd av exempelvis psyko-genetiska determinanter som tidigt bestämmer könsidentiteten. I stället ses könsskillnader vanligen som konstruerade i och genom sociala processer som patriarkatet upprätthåller för att gynna män.

Biologiska rön som tyder på könsskillnader ses som konstruerade av en maskulint präglad vetenskapsuppfattning, som syftar till att hålla kvinnan på plats

och förhindra hennes verkliga frigörelse. Könsuppdelningen av arbete och sysslor blir därmed betraktade som hinder för ett mer jämställt samhälle och tanken att kvinnor känner snarare än tänker, eller föredrar hem- eller vårdarbete, förkastas. Snarare framhålls att olika erfarenheter och upplevelser formar könsens självbilder och andras och samhällets förväntningar.

Kvinnor har inget val, menar man, de är hänvisade till lågt värderade och underbetalda arbeten och saknar makt att påverka sin egen situation och att förändra könsbaserade orättvisor. Kvinnor är underordnade snarare än annorlunda och de bör ges samma rättigheter som män och avkrävas samma skyldigheter. Kvinnor är alltså inte i grunden annorlunda på några avgörande sätt utan hindrade av historiska och sociala omständigheter att få tillträde till männens värld. De skillnader mellan könen som förvisso kan iaktas är konstruerade snarare än givna och framför allt så kan vi inte veta något om vad som är essentiellt olik förrän allt annat har blivit likt. Likhetsfeminismen strävar efter rättvisa mellan könen och ibland att könet inte skall räknas alls.

Applicerad på vården innebär analysen att kvinno-dominansen är något negativt eftersom den konserverar en orättfärdig social ordning. Vård och omsorg kan uppvärderas och få högre status genom att fler män söker sig dit, vilket inte i sig är en anomali eftersom kvinnor inte passar bättre för dessa uppgifter än män. På samma sätt kan kvinnor genom att söka sig till helt andra yrken och aktiviteter förbättra villkoren för sin egen position som grupp.

I praktiken blandas dessa idéer och de blandas efter behov och syfte. För egen del finner jag att det kan ligga en del i båda synsätten men att de samtidigt stänger in vårt tänkande och konstruerar det jag vill kalla 'en könets fälla'. Könsaspekter betonas för mycket på annats bekostnad, könet kommer först och blir i vårt exempel med vård och omsorg orsaken till att vården är som den är.

Att ta sig ur könets fälla

Påståendet att kvinnor som grupp har en lägre position än män som grupp i den hierarkiska könsstrukturen och att kvinnor är underordnade män är svårt att betvivla. Jag vill inte vare sig problematisera eller nyansera påståendet här och inte heller intresserar det mig att diskutera könsstrukturens orsaker. Det kan dock betonas att kvinnor inte reagerar likadant på dessa förhållanden. För vissa är det en av flera komplicerade frågor som då och då gör sig gällande; som upprör, irriterar

Förhållningssätt kan beskrivas som typiskt kvinnliga just därför att kvinnor länge omhuldat dem, men därav följer egentligen inte alls att de i någon väsentlig mening är kvinnliga

eller till och med bemöts med likgiltighet, för andra är det ett politiskt val och ett livsprojekt att bekämpa könsörättsvisor.

Det som intresserar mig i detta sammanhang är hur förhållandet mellan å ena sidan kön och å den andra vårdens och omsorgens förhållningssätt och uppgifter uppfattas och gestaltas. Jag kan tänka mig åtminstone tre slags påverkansrelationer; könet ger förutsättningarna för vården, vården ger förutsättningarna för könet, det sker en ömsesidig påverkan och förstärkning av vårdens och omsorgens innehåll i förhållande till könsaspekter.

Som jag ser det är sambandet mellan kön och vissa sätt att vara eller tänka mer komplicerat än att könet är *orsaken* till förhållningssätten. Ett sådant synsätt tangerar särartspolen i mitt tidigare resonemang och även om denna pol och de implikationer den ger inte helt kan avfärdas, finns det anledning att vara vaksam mot den självklarhet med vilken olikheter ofta hävdas. Det går i varje fall att tänka sig det diametralt motsatta: olika förhållningssätt *konstruerar* könsskillnad. Förhållningssätt kan beskrivas som typiskt kvinnliga just därför att kvinnor länge omhuldat dem, men därav följer egentligen inte alls att de i någon väsentlig mening *är* kvinnliga. De kan t ex ses som en effekt av långvarig underordning eller som pådyvlade egenskaper utan någon given referens. Likhetsstänkande inom olika områden bär fram dessa och med dem påminnande idéer.

Å andra sidan kan (alltför) långt drivna konstruktivistiska teser förlora varje 'verklighetsdimension' ur sikte. Om det är så att, som i vårt exempel med vård och omsorg, sådana förhållningssätt som vi förknippar med kvinnors omsorgsarbete *konstruerar* kvinnlighet, blir könsaspekter förvisso mindre betydande för vår förståelse av verksamhetens innehåll och utformning. Samtidigt kan det innebära en betoning på teoretiska abstraktioner utan relevans för dem som finns i vården och konkret erfar dess krav. Kvinnors självbild och självkänsla kan påverkas negativt av den manipulation som konstruktionsidéen antyder – "vi är ingenting i oss själva, vi blir bara det som våra uppgifter gör oss till".

Konstruktionsidéen är ur många aspekter värdefull då

den motverkar att könen uppfattas som givna och oföränderliga. Men den är samtidigt problematisk om den förnekar möjligheten att helt motstå yttre påverkan och styrning. Och den kan vara lika generaliserande som teorier som påstår vad kvinnor och män *är*. Kategorier som manligt och kvinnligt kan anta en generaliserande karaktär oavsett om de förstås inom en essentialistisk eller en konstruktivistisk ram. Det mest problematiska med dessa kategorier är att de måste vara relativt enhetliga för att vara väsentliga - i annat fall blir det mer en fråga om individuella särdrag eller exempelvis uppgiftsrelaterade. De kan också vara alltför omfattande och inkludera varje aspekt av en människa så att allt vi gör gör vi som könsvarer. Här hjälper det inte om vi väljer 'konstruktivism eller essentialism', dvs båda kan mycket väl användas i generaliserande och uttömmande syfte.

Min syn är den att vårdens innehåll och utformning *delvis* utformas i enlighet med förväntningar och förhållningssätt som betraktas som könstypiska. Det jag kallar könets fälla innebär ett sätt att beskriva eller konstruera könsskillnad som tvingar in motsägelsefulla och komplext sammansatta individ- eller gruppidentiteter i alltför förenklade och abstrakta kategorier. Ett sätt att ta sig ur denna fälla, är att vända blicken mot vård och omsorg som praktiker.

Vård och omsorg som praktiker

Det är möjligt att se de sätt att vara och tänka på som vi förbinder med kvinnlighet som ett svar på de krav och begränsningar som uppstår ur en viss *praktik* där ansvaret för och omsorgen om andra formar praktiken på ett särskilt sätt. Vårdens och omsorgens praktik är präglad av förhållningssätt som för tanken till det som kallas en *omsorgsmoral*. Kvinnoforskare, som t ex de norska Kari Waerness och Hildur Ve kopplar begrepp som omsorgsmoral och omsorgsrationalitet till kvinnligt kön eller genus och till ett kvinnligt förnuft med inneboende moraliska kvaliteter (Eliasson, 1992, 1996).

Omsorgsmoral kan dock förstås på ett annat sätt, som är mindre beroende av genusaspekter än vad både sårarts- och likhetsfeminism ger utrymme för. I stället för att knyta samman aktiviteter och ställningstaganden med kvinnlighet eller manlighet, kan omsorgsmoral eller omsorgsrationalitet förbindas med de krav vissa praktiker ställer. Vård och omsorg är praktiker där reflekterade handlingar och moraliska överväganden är oundvikliga. Dessa praktiker präglas av att vi måste gå utöver oss själva och våra egna behov. Den franske, nyss

bortgångne filosofen Emmanuel Levinas etik där 'ansvaret för den Andre' ställs i centrum, kan brukas för att uppmärksamma de specifika krav som möter den som vårdar och formar hennes praktik (Levinas, 1992, Bauman 1995).

I en fri, men av Levinas etik inspirerad tolkning, vill jag hävda att praktiker formade av omsorg och ansvar för den andre riktar krav mot den som vårdar att *sätta den andres behov före sina egna*. Mötet med den konkreta andra, med hennes blick, röst, kropp och lidande *berör* oss på ett alldeles speciellt sätt och framtvingar ett förhållningssätt som tingen aldrig kräver på grund av att vi som människor alltid lever i medvetenhet om den andre; hennes behov, smärta, ångest och begär. Vår enda möjlighet att undkomma den andres begär är därför att förtingliga henne, se henne som något annat än hon är och på så sätt försöka göra oss okänsliga för hennes närvaro.

Den andre är den människa vi möter och som vi har ansvar för just därför att hon är en människa. Hennes människovara avkräver oss således ett speciellt ansvar som vi vanligen inte uppfattar att vi har för ett djur, en idé, ett konstverk eller en dator. I en mening har vi ansvar för allt eftersom vi är reflekterande människor och kan planera vårt handlande; alltså har vi ansvar också för naturen, kommande generationer, kultur och konst osv. Men i *synnerhet* har vi ansvar för andra människor och för *alla* människor även om vi inte har *samma* ansvar för alla.

I många sammanhang där vi möter andra människor kan vi och måste vi hålla avstånd och sätta oss själva främst eller på samma nivå. Våra behov är lika viktiga som den andres, vår bedömning lika giltig, vår rätt att tala lika självklar som hennes. Vi kan inte och bör inte heller underordna oss den andres behov eller krav i situationer där vi möts som fria, jämstarka individer eller där vi själva behöver mer. Vissa människor möter vi inte öga mot öga, delar vi inte erfarenheter med, berörs vi inte direkt av. Andra möter vi som överordnade oss. Men *några* möter vi i situationer där vi är överordnade eller de andra beroende av oss och det är i dessa som vårt ansvar inte kan förbises.

I vård och omsorgsrelationer är möjligheterna mycket små att hålla den andre på avstånd. Och så måste det vara eftersom den andres behov där är viktigare än våra egna. Den praktik som vård och omsorg utgör uppmanar och tränar ständigt sina utövare i att sätta sina egna behov åt sidan, att först se den andre och sen sig själv.

Det som framstår som könstypiskt är snarare en effekt av kvinnodominansen än dess orsak

Därför påverkar omsorgspraktiker dem som finns där. Vården domineras av kvinnor och de kvinnor som finns i vården påverkas av de krav som ansvaret för den andre riktar mot dem.

Vården behöver förhållningssätt som främst avkrävs kvinnorna eftersom det är de som dominerar vården. Alltså tycks det som om kvinnorna påverkas av att finnas i vård och omsorg och att kvinnodominansen i vården i sin tur skapar föreställningar om kvinnlighet.

Men bara till en del. För det första måste vi komma ihåg att långt ifrån alla kvinnor finns i vård- och omsorgssammanhang och att kvinnlighet därför kan definieras utifrån fler områden och erfarenheter än de vårdande. För det andra är det ju så att när omsorgspraktiken lämnas för andra uppgifter och krav som andra än de som behöver vård och omsorg ställer, förändras den tidigare påverkan på vård- eller omsorgsgivaren eller kompletteras av fler. Lika lite som man som kvinna bara och alltid är kvinna, är man som vårdare bara och alltid vårdare. Och kvinnor befinner sig ständigt i flera olika sammanhang och miljöer där andra krav än kraven från den andre gör sig gällande.

Det jag velat lyfta fram är *vård- och omsorgspraktiken* och dess specifika moraliska krav på att handla med omsorg om och ansvar för den andre. Oavsett kön hos den som vårdar och oavsett kön hos den som blir föremål för omsorg så innebär beroenderelationen ett krav att sätta den Andre främst. Med denna syn är det således uppgifterna och innehållet i vårdande praktiker snarare än kvinnodominansen som skapar dess egenhet.

REFERENSER

- Bauman Z: Postmodern etik. Daidalos, 1995.
Björk N: Under det rosa täcket. Wahlström & Widstrand, 1996.
Darius S: "Kroppen är själens fängelse" i Claudia Lindén och Ulrika Milles: Feministisk bruksanvisning, Norstedt, 1995.
Eliasson R (red): Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor. Arkiv förlag, 1992.
Eliasson R (red): Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen. Studentlitteratur, 1996.
Hallberg M: Kunskap och kön. Daidalos, 1992.
Holm U M: Modrande och praxis. Daidalos, 1993.
Larsson L: Feminismer. Studentlitteratur, 1996.
Levinas E: Tiden och den andre. Brutus Östlings bokförlag Symposion, 1992.