

Sjukvård som maskulinitetsprojekt

Tvätta stjärtar? Män söker sig från det kroppsnära arbetet till uppgifter som mera överensstämmer med vad en man anses vara och göra. Studier av maskulinitet kan kasta nytt ljus över sjukvården. RANNVEIG DAHLE OCH LISE WIDDING ISAKSEN

Vad innebär det att vara man i sjukvården, ett område som är kulturellt kodat som kvinnoarbete? Kanske har detta yrkesområde de tydligaste kvinnokonnotationerna av alla. Inom allt vårdarbete har kroppen en central ställning, eftersom vård- och omsorgsarbetare arbetar med andra människors kroppar och kommer i beröring med deras privata och intima zoner. All erfarenhet visar att få män hittills har lockats till yrket. Andelen män har sällan överskridit tio procent och avhoppen är dessutom fler än bland kvinnorna. Tydligt är också att när män väljer arbete inom sjukvården väljer de särskilda nischer inom området.

Särskilt under det senaste decenniet har det funnits ett växande intresse att studera män som kön, inte bara som representanter och norm för människan. En mer komplex förståelse av maskulinitet har tagits fram, som skapar möjligheter att studera maskuliniteten i dess många olika skepnader. Man studerar också nya identitetskonstruktioner och utforskar den manliga makten med hjälp av mer nyanserade analytiska verktyg. Den australiensiske sociologen Robert Connell (1995) hävdar att man bör skilja mellan hegemonisk maskulinitet och multipla maskuliniteter. Det är mera troligt att en hege-

moni etableras när det föreligger en överensstämmelse mellan kulturella idéer och en institutionell praktik och att hegemonisk maskulinitet skapas och återskapas med hjälp av strategier som är legitima i vår tid. Han framhåller vikten av att utforska det han kallar olika maskulinitetsprojekt, att analysera de omständigheter under vilka sådana uppstår, de villkor de skapar och de konsekvenser de får. För maskulinitet är inte bara idéer i vissa människors huvuden, utan en del av institutionaliserade förhållanden. Connell karaktäriserar maskuliniteter som konfigurationer av en praktik strukturerad utifrån könsrelationer. Det väsentliga är att maskulinitet aldrig kan ses som ett isolerat fenomen, utan som en aspekt som skär rakt igenom alla sociala strukturer och processer, och som endast låter sig tolkas i ljuset av könsrelationer.

Sjukvården framstår som ett utmanande fält för ett könsanalytiskt perspektiv på maskulinitet. Det medicinska området utmärker sig som ett framgångsrikt område för professionell utveckling och som ett, historiskt sett, lyckat maskulinitetsprojekt. Läkarkåren representerar otvivelaktigt fortfarande den hegemoniska maskuliniteten, omgiven av "naturligt" underordnade kvinnor samt av ett fåtal män i de traditionella kvinnoyrkena. Det är emellertid en intressant utveckling att den hegemoniska maskuliniteten nu utmanas genom en ökande tillströmning av kvinnliga läkare. Vi kan redan se hur läkarkategorin destabiliseras och att det hegemoniska maskulinitetsprojektet därför fragmentariseras (Dahle 1991, Annfelt 1999). Men för de frågor som är aktuella här är läkarkategorin fortfarande bärare av en hegemonisk maskulinitet som bestämmer premisserna för hur manliga sjuksköterskor konstruerar sina egna yrkesroller och skapar sina egna maskulinitetsprojekt.

Den engelska sociologen Celia Davies (1995) har gjort omfattande studier av brittiska sjuksköterskor. Hon anser att studier av maskulinitet inom sjukvården nu framstår som ett synnerligen viktigt tema och menar att idéer om mäns rädsla för och förtryck av kvinnoarbete bör studeras närmare. Maskulinitet fruktar och feminiserar beroende, skriver hon (1995:187), och häri ligger nyckeln till en förståelse av mäns förhållande till sjukvården. Vi håller helt med om detta, men har valt att följa ett annat spår in i fältet. En näraliggande tanke är att män väljer områden där arbetets innehåll och yrkets omgivning erbjuder möjligheter att iscensätta en egen maskulin identitet genom en vårdarroll med vissa specifika kännetecken. Utformningen av den manliga vårdarrollen kan ha stora likheter med och överlappa den kvinnliga, men den kan också utformas i kontrast till denna, som ju är en symboliskt laddad bild av kvinnlighet. Till detta finns en parallell i utformandet av den moderna fadersrollen. Många män insisterar på att skapa sin roll och definiera premisserna själva, utan att låta sig dikteras av hur modersrollen konstrueras (Andenæs 1995). Könsrelationerna skapar en särskild dynamik och kan delvis förklara hur privata maskulinitetsprojekt konstitueras. Kan vi här se några gemensamma strukturella eller kulturella drag som särskilt appellerar till män? Eller har vi att göra med vissa särskilda drag i ursprungshistorien? Denna artikel är ett försök att närma sig problemet.¹ Avsikten är alltså inte att dra empiriska slutsatser, snarare föreslår vi en analysmodell som gör det möjligt att arbeta vidare med frågorna. Ett sätt att utforska manliga sjuksköterskors intresse att sträva efter arbetsledande positioner, välja psykiatri och akutmedicin, är just att gå via arbetets kroppsliga karaktär.

Manliga sjuksköterskor inom vårdområdet

En amerikansk studie drar slutsatsen att män som aktivt deltar i barnomsorgen utvidgar sin känslomässiga repertoar och utvecklar mer androgyna självuppfattningar, vilket gör det naturligt att både välja omsorgsarbete och att ta på sig att vårda de egna föräldrarna (Applegate och Kaye 1993). Men detta kan vara en förenklad slutsats; sammanhangen kan vara betydligt mer komplexa. Fortfarande är det riskfyllt för män att välja yrken som är kodade som kvinnoarbete. Kvinnor som söker sig till läkaryrket får å andra sidan del av den status som yrket omges av även om inte heller detta är okomplicerat (Dahle 1991, Riska 1992, Lorber 1992). Inom könsmarkerade strukturer är det dock huvudsakligen så att män i kvinnoyrken kan erfara social mobilitet nedåt, medan kvinnor i mansyrken ökar chanserna att röra sig uppåt socialt sett.

I en studie av manliga sjuksköterskor i åldern 28-44 år visades att yrkesvalet var konfliktfyllt (Jansson 1994). Flera av männen beskrev själva sitt val av yrke som en statusförlust, och i umgängeskretsen hade både undran och misstro väckts. Många använde resten av livet till att kompensera sina val, och enligt deras erfarenheter var det så att problemen snarare växte än minskade med åren. Om en manlig sjuksköterska valde en livslång karriär på en mycket vårdkrävande avdelning framstod detta som närmast "misstänkt". En av männen kommenterade tidsaxeln på följande sätt:

När man är 20 år är det inte några större problem med att vara sjuksköterska. "Det är ju kul med män i vården", säger patienterna, och "man har ju livet framför sig", d.v.s. att mycket kommer att förändras. Men när man har fyllt 40 eller ännu mer, då är det något sus-

pekt. Nu är yrket permanent, nu är det ingen övergångsperiod längre. Då kan man känna sig misslyckad. Man dög inte till något annat.

Det var då de fyllt 40 år som männen i Janssons studie på allvar började ställa självkritiska frågor. Alla hade tankar på att söka sig bort från vården, men de allra äldsta insåg att det redan var för sent, och de sörgde sina förlorade möjligheter. Upplevelsen var att handlingsutrymmet gradvis minskade, att vägarna bort från svårigheterna blev färre. Dessutom växte känslan av att vara underkänd som man.

I mötet med könsstereotypa kulturella förväntningar betyder andra mäns åsikter mycket för självuppfattningen (Oftung 2000). Manliga sjuksköterskor måste hantera andra mäns förvåning, avståndstagande eller illa dolda förakt över att de har givit sig in i en kvinnlig värld, och deras manlighet ifrågasätts när de berättar om sin yrkesutövning. En strategi är att avvisa problemet. När en manlig sjuksköterska bedyrar att "det inte är värre för mig att vara distriktsköterska än för Tora Haug att vara landshövding",² betonar han samtidigt könsneutralitet och jämställdhet, att kvinnor och män kan ha exakt samma positioner. Hans uttalande är dessutom jämställdhetspolitiskt korrekt. Utöver detta tonar han även ned betydelsen av de köns- och statusdifferentierande processer som han antagligen är förtrogen med. En kulturell stereotypi som också måste hanteras är den naturaliserade förbindelselänken mellan manlig sjukvård och homosexualitet. Stereotypin binder samman två former av avvikelse, "fel" yrkesval och "fel" sexualitet, vilka tillsammans utgör förklaringen till yrkesvalet. En strategisk möjlighet att förhålla sig till dessa dilemman är att söka alternativa karriärvägar inom yrket, vägar som gör det

möjligt (och legitimt) att komma ifrån de mest kroppsnära och nedvärderade uppgifterna, och som bättre överensstämmer med mäns syn på sig själva och med samhällets definition av maskulinitet.

Ambivalensen gentemot manliga sjuksköterskor härstammar inte bara från andra män; den är också rikligt representerad bland kvinnliga kollegor. En manlig sjuksköterska berättade att han hade blivit mottagen på ett tydligt "könat" sätt och hade mött mycket blandade reaktioner när han kom till sin sjukhusavdelning.³ Enligt honom är det en vanlig uppfattning bland kvinnliga sjuksköterskor att män inte har något att tillföra till yrket. Snarare anser de att män skapar ordning i ett system som kvinnorna själva vill behålla kontrollen över. De tycker vidare att män dels saknar vårdkompetens, dels viktiga erfarenheter och att de dessutom undviker många av de gemensamma uppgifterna. Denna outtalade hållning mötte han i dess tydligaste form på vanliga vårdavdelningar. Hans egen strategi inför kvinnornas skepsis var att bevisa att han var beredd att ta på sig sin del av arbetsuppgifterna och på samma villkor. Utan att öppet vilja kritisera sina kvinnliga kollegor dolde han ändå inte att många av dem präglades av konventionella och traditionsbundna förhållningssätt. Genom att lägga beslag på den "korrekta förståelsen" av sjukvårdens uppgifter kom dessa kvinnor att förhindra nytänkande och alternativa lösningar. "Det är lätt att fångas av både sina egna och andras mans-/kvinno-stereotypier", påpekade han (Tallaksen 1994).

En könsdynamik på vårdavdelningar är när ett kollektivt tryck av förväntningar riktas mot män. Manliga sjuksköterskor säger att de kan känna sig pressade, men att budskapet förmedlas på ett subtilt sätt. Kvinnor fungerar som portvakter och pådrivare för

att uppmana män att hellre söka ledande positioner. När kvinnor på detta sätt appellerar till och bekräftar maskulina önskemål om karriär kan motiven variera avsevärt. De vill bli av med männen på avdelningen för att återskapa en stabil och bekant social ordning och problemet kan lösas om männen uppmantras att lämna fältet. Men det intressanta är att manliga sjuksköterskor sällan marginaliseras. Tvärtom anser vi att de får hjälp att röra sig uppåt på karriärstegen i och med att kvinnorna legitimerar deras klättring.

Vi vet inte mycket om hur utbredd en sådan könsdynamik är, men i vårdmiljön talas det om den så ofta, både bland kvinnor och män, att den bör undersökas närmare. En studie som Norsk sykepleieforbund genomförde bland sina medlemmar 1993 visade emellertid att endast 15 procent av de sjukvårdsanställda inte önskade fler män i vården.⁴ På ledarsidan i facktidskriften kommenterar förbundsordföranden undersökningen och skriver följande:

Det finns självfallet orsaker till att var sjunde sjukvårdsanställd inte önskar fler män inom området. Motviljan motiveras i första hand med att män tar ledande positioner, att de ofta byter jobb, att de är dominerande och att de bidrar till sämre kollegiala förhållanden.

Vad denna studie bekräftar är att ett fåtal av kvinnorna är djupt skeptiska av fruktan för stora eller snabba förändringar när det gäller könsfördelningen i yrket samt att de är rädda för en ny variant av könshierarkisering med manlig dominans. Men siffrorna berättar också att den stora majoriteten av de kvinnliga anställda förhåller sig öppet till frågan och vill ha fler män i vården. Det är dock intressant att se hur de motiverar detta. De anser att både män och kvinnor vinner på en

jämnare könsfördelning, att detta dessutom skulle leda till generellt bättre arbetsförhållanden för båda könen samtidigt som fler män i yrket skulle spegla en jämställdhetspolitisk utveckling som alla egentligen vill ha. Sist, men inte minst, tror de att ett ökat antal män skulle medföra en statushöjning med närmast automatiskt påföljande lönehöjningar. Sådana förväntningar ger uttryck för erfarenheter som vårdpersonal ofta har, det vill säga att arbetet är sämre avlönat helt enkelt därför att det utförs av kvinnor. Denna insikt från den feministiska forskningen har med tiden blivit en giltig förklaring. Ett tema som inte tas upp i Norsk sykepleieforbunds undersökning, vare sig av dem som är positiva eller negativa till fler män i yrket, är om en förändrad könsfördelning skulle påverka själva innehållet och kvaliteten i vårdarbetet, och i så fall på vilket sätt detta skulle ske.

Sammantaget ger undersökningen få belägg för att män skulle möta särskilt mycket aktivt motstånd från sina kvinnliga kollegor. Men varje gång som en manlig sjuksköterska kommer in i kollektivet utlöser hans ankomst förhandlingar om vad kön betyder. En känd social ordning bryts och man måste förhandla om uppgifternas innehåll, om organisation och rutiner. Detta att män väljer att utforma sina egna maskulinitetsprojekt inom yrket kan alltså vara något som uppmuntras mer än motarbetas av kvinnor. Männerna producerar, förvaltar och legitimerar maskulinitet som motsvarar invanda kulturella föreställningar om vad män ska och kan göra. Samtidigt är de en del av den kulturella kategorin kvinnoarbete. Vi ska nu belysa tre av de fält där manliga sjuksköterskor är klart överrepresenterade i förhållande till yrkesgruppen som helhet: i ledande befattningar, psykiatri och intensivvård (akutmedicin).

Män i ledande befattningar

Ledarskap och maskulinitet är nära förknippade med varandra i vår kultur. I de allra flesta organisationer är majoriteten av ledarna män. Att sjukvården utgör ett undantag beror självfallet främst på kvinnodominansen inom fältet. Inte desto mindre är ledarskap även inom detta fält ett tydligt och viktigt maskulinitetsprojekt. Tidigare forskning tyder på att yrken med kvinnodominans skapar goda förutsättningar för män med ambitioner om en snabb ledarkarriär (Hearn 1982). Strukturerna gör det möjligt att uppnå ett inflytande som vida överskrider deras numerära representation. En konsekvens av detta kan alltså bli att män dominerar även i yrken där kvinnor är i majoritet. För män med arbetarbakgrund uppstår ett fritt utrymme i kvinnoyrkena där de kan undvika öppen konkurrens med män från medelklassen som endast i liten omfattning rekryteras till kvinnoyrken. Inom sjukvården förs män fram som ledare både av de könade organisationsstrukturerna som präglar hela fältet, och av en allmänt accepterad maskulin ledningsstruktur i vårt samhälle.

I en undersökning från 1991 visar Marit Hoel var manliga och kvinnliga sjuksköterskor befinner sig på karriärstegen tio år efter avslutad utbildning. Mönstret är tydligt könsrelaterat. Hela 62 procent av de manliga sjuksköterskorna hade då gått vidare i karriären till högre befattningar eller avancerat till administrativa positioner, mot endast 24 procent av de kvinnliga. Relativt sett hade ett betydligt större antal män än kvinnor vidareutbildat sig för ledande och administrativa arbeten. Därutöver fanns en stor grupp män som utan någon formell kompetens hade ledande positioner. Tendenserna i Hoels undersökning bekräftar att ledande positioner är

attraktiva för manliga sjuksköterskor eftersom det betyder att man rör sig uppåt socialt sett. Hoel förklarar detta på konventionellt vis och hänvisar till att kvinnor ofta föredrar deltidsarbete för att balansera förpliktelserna i yrkesliv och familj, vilket krockar med eventuella önskemål om administrativa positioner. Man behöver inte ifrågasätta att kvinnor är familjeorienterade, men förpliktelser gentemot familjen är sannolikt inte hela förklaringen. En annan möjlig tolkning är att personliga preferenser gör att de föredrar att vara sjuksköterskor på golvet i stället för att ta på sig ledningsuppdrag. Förklaringarna kan dock vara ännu mer komplexa. Ett fokus på könsmakt, könsrelationer och informella könade processer i sjukvården kan ge oss bättre kunskaper om de drivkrafter som producerar olikhet och manligt ledarskap.⁵

I Norge har moderna ledares "girighetskultur" och deras snabbt stigande löner blivit föremål för mycken offentlig debatt och kritik. Inom vårdsektorn var det läkarna som blev 1990-talets stora vinnare i löneligan och de med ledande positioner bidrog till löneökningarna. Sjuksköterskornas ledarlöner halkade däremot efter, och bland dem är dessutom löneskillnaderna mellan de olika tjänstekategorierna mindre än inom de flesta manliga yrken. Avståndet mellan de olika lönenivåerna har dessutom krympt under det senaste decenniet (Høgsnes 2000). Utifrån girighetskulturen framstår det därför inte som särskilt motiverat för en sjuksköterska att söka en ledartjänst. Däremot tycks olika typer av tjänster ha olika kulturell prestige och dessa associeras med maskulinitet och femininitet i växlande omfattning. Utifrån en studie av manliga sjuksköterskor för Vigdal (1994) ett resonemang som går ut på att det här är fråga om ett kulturellt mönster, eller en dynamik, som binder män till varandra och

skapar avstånd till kvinnor. Ledarfunktioner är en sådan sammanbindande kraft eftersom de på ett aktivt sätt tar män ifrån det intima och lågt värderade kroppsarbetet, som är illa lämpat för att bekräfta en positiv maskulinitet. Detta kulturella mönster beskrivs också i en undersökning från 1988 där några av männen helt öppet talade om att de inte var särskilt intresserade av att tvätta stjärter och springa med bäcken (Eitunggjerde 1988). Dessa män ville ha helt andra utmaningar; de såg möjligheter i yrket och överlämnade gladeligen den direkta kroppsvården till sina kvinnliga kollegor. Runar Bakken (2001), som har stor erfarenhet av att vara man i vården, säger att det är som att befinna sig i ingenmansland. En man känner sig lätt som en clown. Det är sällan man ser en man tvätta, vårda eller servera mat med samma självklarhet som sina medsystror, skriver han. Däremot hanterar de kanyler, sköter dropp och andra inlärda medicinska och kunskapsbaserade handlingar. En manlig sjuksköterska "kan vara man för sin bil, men inte för sitt bäcken", skriver han retoriskt.

Om män lättare än kvinnor åtar sig ledningsuppgifter, kan en del av förklaringen ligga i synen på ledarskap. Manliga sjuksköterskor kan dessutom ha förutsättningar att lyckas bättre än sina kvinnliga kollegor på de premisser som gäller i dagens omorganisationer, eftersom de känner mer lojalitet mot maktspelets regler och bidrar till att genomföra effektiviseringsprogram med strama tyglar och budgetkontroll. I en studie av primärvården visar Kvande (1999) hur kvinnliga sjuksköterskor kan ha orealistiska förväntningar på möjligheterna att påverka politiska prioriteringar. De bryr sig mindre om maktspelet, eller förstår det inte, och tycker att det är viktigare med personliga relationer och lojalitet mot patienterna. Några

tror att om politikerna själva fick se den hopplösa resursbrist som vården upplever skulle de få större förståelse och därefter höja anslagen. Men skulle politikerna göra det? Med tanke på dagens knappa resurser tror jag att det motsatta skulle vara minst lika troligt. Medvetet eller omedvetet kan politiker föredra att omge sig med ledare som förstår den prioriteringskonst som män så ofta visar att de bemästrar. Politiker efterfrågar inte nödvändigtvis män, utan snarare ledartyper som accepterar realiteterna i dagens vårdsektor. De väljer lojala medarbetare som till synes får mer vård för pengarna. I Kvandes studie framgår också hur allianser uppstår mellan män som talar samma ledarspråk. Utfallet av icke-tematiserade könsförhandlingar medför att ledning inom vårdsektorn sammanfaller med både kulturella föreställningar om mäns "naturliga" ledarkompetens (Connell 1995) och ledning som maskulinitetsprojekt. Ledarfunktioner erbjuder en väg uppåt i en positionshierarki som för manliga sjuksköterskor bort från kroppsnära vårduppgifter, ett kvinnoarbete med låg prestige.

Psykiatrisk vård

Psykiatrisk vård utmärker sig som ett annat maskulinitetsprojekt. Men när män söker sig dit har det förmodligen andra orsaker än när de söker sig till ledningsfunktioner. Även här består förutsättningarna av sociala och kulturella förväntningar samt av kulturell legitimitet inom könade strukturer.

Psykiatriprojektet har långa historiska rötter ända till den tid då de anställda på hospitalens mansavdelningar var vakter utan någon särskild utbildning. Vakterna var män som stod långt ner på den sociala rangstegen. Innan det blev möjligt, och vanligt, att medicinera aggressiva psykiatriska patienter var

det många som var utagerande, särskilt bland de manliga patienterna. Att ha situationen under kontroll krävde fysisk styrka, vilket ledde till ett speciellt behov av manliga vakter för att man skulle kunna upprätthålla ordning och reda på de manliga avdelningarna. Man efterfrågade manlig styrka mer än kvinnors "naturliga" värdegenskaper och utbildning. I sin bok om den psykiatriska vården skriver Marie Lysnes (1982) att läkarna verkade ointresserade av att anställa vårdare med formell utbildning, och hon funderar över om läkarna kan ha varit ängsliga för att deras egna kunskapsluckor skulle avslöjas i mötet med utbildade vårdare. Från läkarnas synvinkel var manliga vakter utan formell utbildning lättare att handskas med. Högre utbildade vårdare hotade att upplösa den givna klassbundna underordningsstrukturen mellan män. I det ljuset handlar det om ett möte mellan den hegemoniska maskuliniteten, representerad av läkarpositionen, och en underordnad maskulinitet förankrad i fysisk styrka, där läkarna försökte undvika en rörelse mot större jämbördighet.

På de gamla hospitalen gick en skarp skiljelinje mellan de manliga och kvinnliga avdelningarna. Normen om åtskildhet fasthölls strängt och legitimerade den stora andelen manliga vårdare/vakter. Endast i alldeles speciella fall kunde gifta män få tillträde till kvinnornas avdelning. Detta system överlevde ända in på 1970-talet. Tallaksen (1994:51) beskriver en personlig erfarenhet från den tid då han som ung vikarie på en psykiatrisk klinik med nöd och näppe fick hjälpa till att bära ut en död patient från kvinnoavdelningen. Orsaken till att han fick tillstånd att göra detta var att han var förlovad.

Ännu en orsak till att män blev attraktiv arbetskraft inom den psykiatriska vården var de psykiatriska klinikernas fysiska lokalise-

ring på landsbygden (Tallaksen 1994). Där ligger de fortfarande, ofta i natursköna omgivningar. Till sjukhusen hörde förr jordbruk. Sådant arbete var delvis dåtidens terapi, men främst gav jordbruket sysselsättning åt de patienter som hade diagnostiserats som kroniskt sjuka. Jordbruksarbetet betraktades som okvalificerat manligt arbete och anställda män fick kombinerade roller som vakter och jordbruksarbetare. Även detta var vanligt fram till 1960- och 1970-talen. Vårdanstalter för psykiskt utvecklingsstörda faller delvis inom samma kategori.

Beteckningen vakt försvann efter hand från den psykiatriska institutionsvården och utbildning kom att anses som både relevant och nödvändigt. Historikern Kari Melby (1990) diskuterar hur kategorin manliga vårdare utan utbildning förhöll sig till legitimerade sjuksköterskor under de första åren efter kriget. En intressant intressekonflikt utspann sig i kampen att ge manliga vårdare offentlig legitimering. För att tillvarata yrkesorganisationens professionella intressen hävdade sjuksköterskorna att minimikravet för att uppnå en sådan legitimering borde vara en treårig sjuksköterskeutbildning. Argumentet var att bättre utbildning skulle leda till en kvalitetsförbättring av sjukvårdsarbetet. Striden kom särskilt att stå mellan manliga vårdare inom psykiatrin, som då var det enda område där det fanns manliga vårdare, och sjuksköterskorna. De hade ofta lång praktisk erfarenhet men liten formell utbildning, och var enligt fackföreningens uppfattning inte tillräckligt kvalificerade för att uppnå full legitimitet. Att godkänna dem vore att undergräva deras egna kunskapskrav. Myndigheterna, först representerade av Norsk kommuneforbund, ansåg 1952 att bristande formell utbildning inte skulle stå i vägen för legitimering.

Rättviseargumentet blev det viktigaste då man hävdade att män inte hade haft samma tillgång till sjuksköterskeutbildning som kvinnor. Offentligt godkännande var ett sätt att kompensera de manliga vårdarna för orättvisa förutsättningar. Kommunförbundet fick socialministerns stöd i denna fråga. 1966 uppnåddes en kompromiss som gav en grupp på cirka 500 manliga vårdare ett offentligt godkännande trots bristande formell utbildning.

På symbolnivå handlade frågan om hur Norsk kommuneforbund och de offentliga myndigheterna värderade innehållet i kvinnornas utbildning. Sjuksköterskorna hade stora problem med att övertyga myndigheterna om att utbildningskravet var berättigat (Melby 1990). Manliga beslutsfattare ställde sig generellt tvivlande inför det påstådda sammanhanget mellan utbildning och vårdkvalitet. En underliggande uppfattning kan ha varit att vårdkompetens främst baseras på medfödda kvinnliga egenskaper till skillnad från inlärd kunskap (Martinsen och Wærness 1979, Dahle 1991). Påståendet att kvinnlig vårdkompetens inom psykiatrin fortfarande behövde kompletteras med manlig styrka trots ökande användning av mediciner, torde bero på ett komplementärt essentialistiskt tänkande. Ur en sådan synvinkel uppnåddes en balans mellan könens särskilda biologiska förutsättningar, kvinnornas omsorgsförmåga och männens fysiska styrka. I så måtto var lika formella rättigheter ett minimikrav och det skulle vara otänkbart att kvinnorna gynnades mer än männen.

Sjuksköterskorna kände sig helt överkörda. Kompromissen, som antogs 1966, utlöste en enorm frustration i Norsk sykepleieforbund (NSF). Ledningen fick så mycket kritik att den slutligen blev tvungen att avgå (Melby 1990). Förbundet slog vakt

om yrkesgränserna då man fruktade att det skulle komma fler krav på godkännande utan formella kvalifikationer, till exempel från undersköterskorna.⁶

Under de senaste decennierna har psykiatrin präglats av nya behandlingsideologier. Jordbruksarbete har mist sitt värde som terapi och sysselsättning, borta är också de skarpa skiljelinjerna mellan mans- och kvinnoavdelningar, medan medicinering har ersatt behovet av manlig fysisk styrka. Inte desto mindre framstår psykiatrisk sjukvård fortfarande som en attraktiv karriärväg för manliga sjuksköterskor. Detta visar hur ett traditionsbundet maskulinitetsprojekt grundat på mäns fysiska styrka, har överlevt under nya förutsättningar. Intressant idag är också att psykiatrin fortfarande befinner sig i en genomgripande omställning som kan bilda grunden för en ny utveckling av den psykiatriska vården som maskulinitetsprojekt. En av de tydligaste förändringarna är att det nu krävs en kommunikativ kompetens. Detta är ett område där kvinnor traditionellt har varit starkare än män. Det har ändå varit en exklusiv läkaruppgift att utöva terapi, även om psykiatrin utgör en specialitet med låg prestige inom den medicinska hierarkin (Album 1991). Något som kan utvecklas i framtiden är en kunskapsbaserad "konkurrens" mellan (manliga) psykiatriker och manliga vårdare, nu förankrad i kommunikativa kunskapsformer. När psykiatriska institutioner nedrustas knyts psykiatrin närmare till den övriga sjukvården. Nya yrkesroller konstrueras i kölvattnet efter nedrustningen av institutionerna. Dessa kan utformas som koordinatorstjänster och ledningsfunktioner på lokal nivå. Här kan man se framför sig att den psykiatriska vården också i framtiden kommer att vara ett attraktivt maskulinitetsprojekt, konstituerat som en

kombination mellan etablerad maskulin psykiatrisk kompetens och nya former av ledarskap.

Ett "onaturligt" maskulinitetsprojekt?

Antagligen bär vi alla på våra egna föreställningar om hur en god sjuksköterska är och vad hon gör. Mot bakgrund av dagens verklighet i sjukvården måste dock bilden av den goda sjuksköterskan dekonstrueras. En ny förståelse av sjuksköterskerollen måste omfatta nya utvecklingsdrag i ett modernt sjukvårdssystem, ett system som sliter hårt för att ens kunna ta hand om de sjukaste bland de sjuka. Dagens sjukhus har blivit utsatta, stressiga och högteknologiska arbetsplatser som ställer nya grundläggande krav på sjukvårdskompetens.

Den interna sjuksköterskediskursen kring vad som är god sjukvård och i vilken riktning arbetet ska och bör utvecklas, präglas av försök att förena divergerande uppgifter och ändrade förhållanden. Den fråga som många ställer sig är huruvida sjukvården, utan att erbjuda något motstånd, ska låta sig fångas av den pågående högteknologiska utvecklingen. Betyder utveckling detsamma som att förbättra eller anpassa sjuksköterskornas kompetens till en galopperande medicinsk-teknisk utveckling? Omsorgsforskare har kritiserat omformningen av sjuksköterskerollen och sett vetenskapliggörandet på naturvetenskapens och teknologins premisser som en återvändsgränd (Martinsen och Wærness 1979). Frågorna har bland annat rört sig om den ställning som humanistiskt baserade omsorgspraktiker har i dagens konkreta sjukvårdsvardag och vilka kunskapskrav som måste ställas för att utveckla vården. Wærness (1982) kopplade tidigt sin kritik av vård- och omsorgstjänster till polariseringen mellan den resultatorienterade och resultat-

lösa omsorgen. Medan arbete inom den resultatlösa omsorgen ger mycket lite av professionell status, förknippas modern teknologi med framgång och positiva behandlingsresultat. Den grundläggande frågan har gällt hur yrket överhuvudtaget ska kunna överleva som sjukvård med det nya arbetsinnehållet, eller om de traditionella värdena, arbets- och rationalitetsformerna kommer att förvittra och upplösas. Vårdarbetet präglades tidigare av en låg teknologisk nivå. Händerna, som står för den kroppsliga beröringen och den mänskliga kontakten i själva vården, är en företeelse som framhålls i teorin men vars betydelse tonas ned i det dagliga arbetet, även när sköterskeideologin säger det motsatta. Brådska, krav på effektivitet och ny teknologi leder ofta till att den goda vården drabbas – det finns aldrig tid för den. Det skulle leda för långt att ta upp hela denna debatt här, men den ger en kontext inom vilken man kan förstå några av komplikationerna i förhållandet mellan teknologi och vårdarbete.

Akutmedicinen appellerar till stora grupper av sjuksköterskor, både kvinnor och män. Avancerade uppgifter gör att intensivvårdsavdelningarna blir fackmässigt utmanande, kunskapskrävande och intressanta arbetsområden. Att manliga sjuksköterskor inriktar sig på de mest teknologiska områdena överraskar inte. Män legitimerar ofta sitt yrkesval genom att betona yrkets tekniska aspekter (Jansson 1994). Användningen av avancerad medicinsk-teknologisk utrustning erbjuder ett sätt att erfara, uttrycka och bekräfta maskulin identitet och skapar handlingsutrymme för män i en kvinnodominerad värld. Konsekvenserna av sådana processer är att intensivvården konstitueras som ett legitimt maskulinitetsprojekt även om kvinnorna fortfarande utgör den stora majoriteten av arbetstagarna.

Som maskulinitetsprojekt rymmer emellertid intensivvården dilemman och spänningar som grundligt skiljer sig från de utmaningar som man möter inom ledning och psykiatri. Intensivvården för oss rakt in i ett fält där det är nödvändigt att kombinera lågteknologiskt vårdarbete med högteknologisk medicinsk behandling. Sjuksköterskorna hanterar nyopererade patienter som knappt har vaknat från narkosen, som är omgivna av avancerad teknisk apparatur och som ligger tämligen utslagna med slangar till och från kroppens in- och utgångar. Sjuksköterskorna ansvarar för att hjälpa patienter som plågas av svett, illamående och kräkningar. De allra flesta patienter har också ansatser till slembildning i lungorna efter operation och behöver hjälp att hosta upp slemmet så fort som möjligt för att undvika komplikationer (lunginflammation). Om man frågar sjuksköterskor i allmänhet vad de tycker sämst om med sitt arbete så svarar de flesta spontant att det äckligaste är när patienter hostar upp slem. Det är då de får kvälningar, en reaktion som inte förbättras med åren.

Även kroppsvård, tvätt och bäckenhantering hör till de dagliga uppgifterna på intensivvårdsavdelningar. Här finns heller inga undersköterskor som kan avlasta sköterskorna med de tyngsta och mest lågteknologiska uppgifterna.⁷ Ofta upplever sköterskorna att just när en patient är ren kan man få börja om igen därför att patienten åter har kräkningar eller avföring som ska tas om hand. Nyopererade patienter behöver hjälp med allting även om de återhämtar sig snabbt. I det ögonblick de blir bättre lämnar de intensivvården och flyttas till en annan avdelning. Patienterna sätter stort värde på den hjälp de får på intensivvårdsavdelningarna. De erfar mycken omsorg, vilket sammanhänger med att vårdpersonalen alltid

finns tillgänglig, något som inte gäller på andra avdelningar (Aune 2000). Utifrån Aunes analys kan man sluta sig till att teknologin bidrar till en nödvändig närvaro, vilket skapar en god kontext för vårdande arbete.

På intensivvårdsavdelningen ställs därför kombinationen högteknologisk och lågteknologisk vårdkompetens i rampljuset. Detta är antagligen en viktig orsak till att dessa vårdavdelningar framstår som utsatta och problematiska maskulinitetsprojekt. Men en annan och minst lika viktig orsak till att maskuliniteten blir svår att förvalta ligger i mötet med den hegemoniska maskuliniteten som representeras av läkarna. I dagens läge finner den hegemoniska maskuliniteten sitt starkaste uttryck just på de hektiska och högteknologiska operationsavdelningarna. Akutmedicin i alla dess former skapar en kontext för den symboliskt effektiva manliga hjälterollen. Kirurgen står i händelsernas centrum, här krävs handlingskraft och förmåga att fatta beslut, allt iscensatt i operations-salen⁸ och på intensivvårdsavdelningen som ligger intill. Kirurgerna är alltid noga med att följa upp ”sina” patienter.

I våra intervjuer med manliga sjuksköterskor som alla har haft kortare eller längre perioder på intensivvårdsavdelningar, kom de själva spontant och oberoende av varandra in på de problematiska relationerna mellan män på avdelningarna. De tvekade inte att karaktärisera läkarna som arroganta, och de hade en gemensam upplevelse av att de själva och alla andra sjuksköterskor helt och hållet stod i läkarnas skugga. Osynliggörandet av deras egen insats jämförd med läkarnas är mycket tydligare i intensivvården än på andra avdelningar. Många läkare uppträder som om de vore helt oberoende av andras insatser samtidigt som de ger order om vad sjuksköterskorna ska göra för att just deras operations-

resultat ska bli så bra som möjligt. I kirurgmiljöer betraktas gärna en lyckad operation som personlig egendom och nästan som en personlig triumf. Läkarnas förhållningssätt upplevdes som både provocerande och förödmjukande. Däremot karaktäriserades andra läkare, till exempel inom invärtes medicin, som positiva motpoler. Dessa uppför sig generellt helt annorlunda eftersom de respekterar sjuksköterskor som värdefulla samarbetspartner, lyssnar på deras åsikter och värdesätter det arbete som sjuksköterskor gör. Utifrån en gemensam förståelse finns det en acceptans för att patientarbete är, och måste vara, ett lagarbete samt att goda behandlingsresultat är beroende av allas insatser.

”På intensivvården försvann nästan vi sjuksköterskor”, berättade en manlig sjuksköterska. Han sade det med ett underligt tonfall, som om han själv var överraskad över att sätta ord på osynliggörandet. Han upplevde ett allvarligt missförhållande mellan den täta övervakningen av svaga patienter, ja, själva det oundgängliga arbete som sköterskorna utför, och den låga uppskattningen från läkarnas sida. Läkarna kommer in för snabba ronder och de talar över huvudet på såväl patienter som på den övriga personalen. De förväntar sig att sköterskorna står i givakt och anpassar sig till ronderna som infaller precis när det passar dem själva utan minsta hänsyn till sköterskornas övriga uppgifter. Sköterskorna kände sig förminska till något ännu mindre än tekniska assistenter.

Intensivvårdsavdelningarna är utmanande rent yrkesmässigt, men för de manliga sjuksköterskor som vi talade med var de inte särskilt attraktiva på lång sikt. Preliminärt kan sägas att högteknologiska enheter som intensivvården utgör ett instabilt och sårbart maskulinitetsprojekt. Till en början framstår sådana ställen som uppenbara verksamhets-

fält för manliga sjuksköterskor, men mycket tyder på att de blir endast transitstationer under en tidsbegränsad period. Relationen mellan den hegemoniska maskuliniteten och andra (underordnade) maskulinitetsformer skapar ett obehag som med tiden blir svårhanterligt. Utifrån detta resonemang skulle det därför vara intressant att undersöka hur lång tid män stannade i genomsnitt, uppgifter som saknas i våra data. Vår hypotes är dock att tjänstgöringstiden är förhållandevis kort (maximalt cirka fem år), och förmodligen väsentligt kortare än för manliga sköterskor som väljer ledning eller psykiatri som sina verksamhetsområden.⁹

Kan vi se det "osynliga"?

Kroppsliga processer har generellt sett negligerats och förtigats i den sociologiska forskningen (Lawler 1991). Mycket av arbetet med människors kroppar förtigats och betraktas som smutsigt; det framstår som något man inte gärna talar om. Sjukvårdens eget språkbruk bekräftar förtigandet. Omsorgsarbetets intima och kroppsliga karaktär har analyserats och tolkats på sätt som antingen förbigår eller endast indirekt berör den kroppsliga aspekten (Widding Isaksen 1994). Att vara sjuksköterska på golvet innebär nära kontakt och beröring även med kroppens mest intima och privata delar. Men i de dagliga rutinerna överläts mycket av arbetet rörande kroppens in- och utgångar till undersköterskor eller utbildad personal eftersom det anses vara ganska okvalificerat. Det är fysiskt krävande, lågt värderat och dåligt betalt. Widding Isaksen (2001) diskuterar hur arbetsuppgifterna också kan väcka känslor som avsky, illamående och äckel hos den som utför arbetet, även hos sådana med lång erfarenhet, men att det närmast är förbjudet att vidkännas sådana reaktioner. En outtalad

norm säger att ju närmare man kommer vad man uppfattar som den kulturellt smutsiga kroppen, desto tydligare kvinnoprägel och lägre status får arbetet. Förlängningen av denna diskussion innebär att omsorgsarbete konstitueras kring könsrelationer. Köns-hierarkier skapas och återskapas genom att skjuta det sämst värderade arbetet nedåt i hierarkin där kvinnor återfinns. Män flyr det intima kroppsliga arbetet allt medan graden av kroppsnära arbete verkar vara en viktig komponent för stabiliteten i maskulinitetsprojektet.

Jeff Hearn och David Morgan (1990) har särskilt lagt märke till att studier av män och maskuliniteter är förvånansvärt kroppslösa, och att det förefaller som om det konventionella sättet att överföra distinktionen naturkultur har spridit sig till studier av män och maskulinitet. De anser att relationen till kroppen har en central betydelse; uppenbara exempel på detta finns i mäns förhållande till krig och sport. Sportarenorna och deras omedelbara omgivning ger män tillstånd att beröra varandras kroppar utan att bli misstänkliggjorda när de ropar, skriker och kramar varandra. Medan krig och sport är områden som män inriktar sig mot, utgör vård- och omsorgsuppgifter något som män riktar sig bort ifrån. Den nakna, beroende och hjälplösa kroppen skapar en sårbarhet som får en säregen form när den uppträder i asymmetriska relationer (Twiggy 1995, 1999). Intimiteten måste förhandlas och hanteras. Sportarenans frustande kroppsliga yttringar och glädje och patienters sårbara kroppar utgör ytterpunkterna på en skala. Här behövs mera kunskap för att veta vilka kroppar som rymms inom legitima maskulinitetsprojekt i vården och för att belysa de osynliggjorda förbindelserna mellan vård-/omsorgsarbete, maskulinitet och makt.

I dagens samhälle är förhållandet mellan könen komplext, tvetydigt och fyllt av motsättningar lika väl som det har skiftande betydelse beroende på situation, tid och rum, skriver Jeff Hearn (1997). Han konstaterar att kritiska studier av män kort och gott innebär att se sammanhang och avvikelser som den konventionella forskningen förbiser.

Den konventionella arbetslivsociologin ägnar sig fortfarande inte särskilt mycket åt vare sig kropp eller maskulinitet. I Hughes (1971) klassiska analys av läkarnas yrkesroll problematiserades aldrig maktförhållandena eller könets betydelse för arbetets organisation. Att män var läkare och kvinnor sjuksköterskor framstod som ett naturligt faktum. Men indirekt beskrev han ändå könsrelationer ur ett maktperspektiv eftersom han analyserade broderskapets logik och därvid betonade att detta fungerade bäst när kvinnor hölls utanför. Intressant är också att han berörde dubbelheten i läkarnas arbete; hanteringen av patientens kropp var å ena sidan ett "smutsigt" arbete, å andra sidan var det just detta som gav yrket dess karisma. Att läkare kan inkludera kroppsarbete i det ärofulla läkararbetet utan att detta därmed mister sin status återspeglar ett maktförhållande. Något liknande är nämligen inte möjligt för manliga sjuksköterskor. De måste dölja kroppsarbetet då de kan äventyra sin maskulinitet om de "fastnar" i det. Det är slående hur oerhört sensitiv Hughes var för könets betydelse på ett uppenbarligen helt omedvetet plan. Han ställer i alla fall viktiga och intressanta frågor som är väl värda vidare forskning ur könsanalytiska och maskulinitetsteoretiska perspektiv. Få av hans efterföljare har varit lika observanta när det gäller att beskriva yrkesorganisation som maktrelationer mellan könen. Abbott (1988) avvisar till exempel påståendet att kön har

någon som helst betydelse för professionsbildning. Han betraktar yrkesgrupper som bärare av (köns)neutral kunskap, antingen abstrakt och teoretisk eller konkret och praktisk. Enligt Abbott äger de med abstrakta kunskaper ett strategiskt försteg i fråga om jurisdiktionen över ett visst fält.

Vad denna analys visar är att manliga sjuksköterskor väljer områden som korresponderar med vedertagna kulturella föreställningar om maskulinitet. Vi har också sett att relationen mellan manliga läkare och manliga sjuksköterskor varierar med situationer och kontexter. Det vi antyder och gärna vill forska vidare kring är att det teknikinriktade manliga maskulinitetsprojektet intensivsjukvård också verkar vara det mest instabila. Detta har flera orsaker. För det första utgör området en mötesplats mellan hög- och lågteknologisk sjukvård, för det andra kan man där inte delegera det kroppsnära vårdarbetet till andra anställda som finns längre ner i hierarkin än sjuksköterskorna. Men det beror, för det tredje, lika mycket på att konfrontationen med den hegemoniska maskuliniteten här ställs på sin spets och dramatiseras. Att utmanas av den manliga hjälterollen, kirurgen, förringar värdet av den egna insatsen även om man arbetar med avancerad teknisk utrustning.

Nytt ljus över sjukvårdsarbetet

Har vi kommit närmare svaret på frågan vad det betyder att vara man i en värld som är kodad som en kvinnovärld? Genom att rikta sökljuset mot förhållandet mellan maskulinitet, kropp och sjukvård anknyter denna analys till nyare teorier om maskulinitet. Relationen till andra män är betydelsefull och kan bli helt avgörande för de val som handlar om maskulinitet (Oftung 2000). Kvinnors ambivalens inför sina manliga kollegor kan å an-

dra sidan fungera som ett godkännande när män söker sig bort från vårdområdet. Detta är en könsdynamik som båda parter kan känna sig nöjda med. Maktrelationer omformuleras till personliga preferenser. Själva konstruktionen av maskulinitetsprojekten bygger som vi har sett på drag som på var sitt vis är tydligt förknippade med den uppfattning om maskulinitet som är vanlig i vårt samhälle. Män och ledning anses "naturligt" förbundna med varandra, mäns fysiska styrka är en integrerad del i den manliga psykiatriska vårdarrollen, medan användandet av teknisk utrustning är en av de typiska sätten att erfara och att uttrycka maskulin identitet.

Denna analys av tre olika områden besvarar inte alla frågor kring konstruktionen av maskulinitetsprojekt inom vården. Men den visar att det inte är relationerna mellan kvinnor och män som är den viktigaste drivkraften när män konstituerar egna projekt, utan snarare relationerna mellan män även om den underbyggs av den ambivalens som finns bland kvinnliga sjuksköterskor gentemot de manliga kollegorna. Vidare anser vi att studier av manliga sjuksköterskor utgör ett viktigt bidrag till förståelsen av generella processer och utvecklingsdrag. Det är också viktigt att utforska den historiska dimensionen. De projekt som har analyserats här har konstituerats i olika historiska skeden och har formats under olika sociala villkor. Exempelvis konstituerades vaktrollen under en tid när teknisk sjukvård knappast existerade som eget område och där tillgången till utbildning var sämre än nu. Att följa karriärvägarna över tid ger möjligheter att utforska avbrott och avvikelser i yrkeskarriären och man kan dessutom utröna vilka områden som maskuliniseras och feminiseras. Det är ett välkänt fenomen att män i kvinnoyrken

avancerar till ledarpositioner i mycket högre utsträckning än kvinnor, medan andra processer är mindre utforskade. Hur snabbt väljer män andra vägar och vad betyder detta för yrkets utveckling och förändring? Det förefaller också som om män är underrepresenterade inom såväl undervisning som vårdforskning (Abrahamsen 2000). Har det någon betydelse att många fler män än kvinnor arbetar inom till exempel läkemedelsindustrins forskning med patientrelaterade undersökningar och utprovande av läkemedel? Vi anser att studier av maskulinitet kan kasta nytt ljus över sjukvårdsarbetet, över de faktorer som skapar mening i yrket samt över makt- och könsrelationernas betydelse för allt vårdarbete och för organisationen av detta.

Översättning: Ashbjörg Westum

NOTER

1. Både tema och analys bygger på ett treårigt sociologiskt forskningsprojekt, "Lukt, fukt och skam", om vårdarbete och kroppsarbete samt följderna av detta, genomfört 1998-2000 och finansierat av Norges forskningsråd. Vi valde ett pluralistiskt förhållningssätt till området som hitintills är relativt outforskat. Projektet gick alltså inte i första hand ut på att intervjua manliga sjuksköterskor även om sådana intervjuer också ingår i vårt datamaterial. Manliga sjuksköterskor utgjorde en del av en viktig yrkesgrupp och stod delvis i kontrast till sina kvinnliga kollegor. En av de frågor som kom upp på ett tidigt stadium, var varför manliga sjuksköterskor försöker undvika det intima kroppsarbetet, i synnerhet längre perioder av sådant arbete. Vi funderade vidare och använde deras berättelser som utgångspunkt för att förstå de sidor av sjukvårdsarbetet som i särskild grad intresserade oss. Vidare valde vi att betrakta våra resultat i

- ljuset av statistiska data angående fördelningsmönstret inom yrkesområdet. Många olika infallsvinklar bildar tillsammans utgångspunkten för diskussionen i denna artikel.
2. Påståendet härstammar från ett reportage om en man i en otraditionell yrkesroll i veckotidningen *Kvinner og Klær* nr 41/1998.
 3. Här vill vi särskilt hänvisa till sjuksköterskan och högskoleläraren Dag Willy Tallaksens undersökningar varav den viktigaste är uppsatsen "Menn i sykepleien" från 1994. Detta är en brett anlagd litteraturstudie som diskuterar en rad olika sidor i mäns arbetssituation. Vi använder hans empiriska material, men tillåter oss att tolka materialet utifrån de teoretiska frågor som vi själva ställer.
 4. Vi vet inte om alla de som inte önskade fler manliga sjuksköterskor var kvinnor eftersom detta inte framgår tydligt i undersökningen.
 5. När tjänsterna som avdelningsföreståndare för en gemensam lakar- och sjuksköterskeledning skulle tillsättas vid Regionsykehuset i Tromsø (1989) tillsattes samtliga (utom en) med läkare. Tjänstebeskrivningen medgav att ned till 25 procent av arbetstiden för ledningsarbete kunde användas. Resten av tiden användes för arbete vid universitetskliniken som hade lokaler på annat håll. Sjukhusledningen ansåg det inte problematiskt att ledningsfunktionen sköttes via fjärrstyrning på 25 procent då läkare ansågs vara mer ämnesmässigt kvalificerade än sjuksköterskor. Exemplet representerar en viss bestämd syn på såväl ledning som på kompetens.
 6. Problemet med att hålla nere undersköterskornas yrkesmässiga krav har med jämna mellanrum varit aktuellt och har blivit en besvärlig fråga för Norsk sykepleieforbund, NSF. Konflikten finner ständigt nya och preliminära förhandlingslösningar. Huvudsakligen har NSF hittills kunnat förhindra att undersköterskorna har uppnått det som manliga vårdare uppnådde 1966 även om undersköterskorna idag har längre formell utbildning än de manliga vårdarna hade då.
 7. När det inte finns undersköterskor på intensivvårdsavdelningarna motiveras detta med att arbetsuppgifterna kräver högre kompetens än en undersköterskas.
 8. En intressant företeelse är att det knappt existerar manliga operationssköterskor. En enkel förklaring till detta kan vara att assistentfunktionen är alldeles för uppenbar.
 9. Fram till idag finns inga statistiska data som ger överblick över stabilitet och genomströmning av sjuksköterskor inom olika medicinska specialområden.

LITTERATUR

- ABBOT, ANDREW (1988) *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*, The University of Chicago Press.
- ABRAHAMSEN, B. (2000) *Konstruksjon av maskulinitet blant mannlige sykepleiere*, Provedforelesning til dr. polit. graden, september 2000.
- ALBUM, DAG (1991) "Sykdommers medisinske prestisje", *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* nr 17.
- ANDENÆES, AGNES (1995) *Foreldre og barn i forandring*, Dr. polit. avhandling, Psykologisk institutt, NTNU.
- ANNFELT, TRINE (1999) *Kjønn i utdanning. Hegemoniske posisjoner og forhandlinger om yrkesidentitet i medisin og faglærerutdanning*, Dr. polit. avhandling, Psykologisk institutt, NTNU.
- APPLEGATE, JEFFREY & KAYE, LENARD (1993) "Male Elderly Caregivers", C.W. Williams (red.) *Doing "Women's Work". Men in Non-traditional Occupations*, Sage.
- AUNE, ANN LISBET BARSTAD (2000) *Tilgjengelighet og travelhet i et somatisk sykehus*, Hovedoppgave, Institutt for sosialt arbeid, NTNU
- BAKKEN, RUNAR (2001) *Modermordet. Om sykepleie, kjønn og kultur*, Universitetsforlaget.
- CONNELL, ROBERT W. (1995) *Masculinities*, Polity Press.

- DAHLE, RANNVEIG (1991) *Arbeidsdeling, makt, identitet*, Diss. NTNU.
- DAVIES, CELIA (1995) *Gender and the Professional Predicament in Nursing*, Open University Press.
- EITUNGGJERDE, ÅGE (1988) "Menn i sjukepleien - brødre berre i skinnet?", *Sykepleien* nr 19.
- HEARN, JEFF (1982) "Notes on Patriarchy, Professionalization and the Semi Professions", *Sociology* vol 16:2.
- (1997) "Hva innebærer kritiske studier av menn?", *Kvinneforskning* nr 1.
- HEARN, JEFF & MORGAN, DAVID (red.) (1990) *Men, Masculinities and Social Theory*, Unwin Hyman.
- HOEL, MARIT (1991) *Sykepleieryrket: Fra kvinneyrke til profesjon?*, Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
- HUGHES, EVERETT (1971) *Men and Their Work*, Westport, Greenwood Press.
- HØGSNES, GEIR (2000) *Likelønnsproblemet i norsk lønnsdannelse*, Makt- og demokratiutredningen 1998-2003, Oslo.
- JANSSON, STEN (1994) *Män i vården - om att vara manlig sjuksköterska*, Sociologiska institutionen, Lunds universitet.
- KVANDE, ELIN (1999) "Konstruksjonen av maskulinitet i organisasjoner i endring", *Sosiologi i dag*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Kvinner og klær* 41/1998.
- LAWLER, JOCALYN (1991) *Behind the Screens: Nursing, Somology, and the Problem of the Body*, Churchill Livingstone.
- LORBER, JUDITH (1992) "Why Women Will Never be True Equals in the American Medical Profession", E. Riska & K. Wegar (red.) *Gender and the Medical Division of Labour: Cross National Perspectives*, Sage.
- LYSNES, MARIE (1982) *Behandlere - voktere? Psykiatriske sykepleieres historie i Norge*, Universitetsforlaget, Oslo.
- MARTINSEN, KARI & WÆRNESS, KARI (1979) *Pleie uten omsorg*, Pax.
- MELBY, KARI (1990) *Kall og konflikt*, Cappelen.
- OFTUNG, K. (2000) "Mannsrolledebatten på avveie. Kampen om likestilling står mellom men", *Dagsavisen* 31 januari.
- RISKA, E. (1992) *Gender and the Medical Division of Labour*, Sage.
- TALLAKSEN, WILLY (1994) *Menn i sykepleien*, Hovedoppgave, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Tidsskrift for sykepleien* (1998) nr 14.
- TWIGG, JULIA (1995) "Deconstructing the 'Social Bath': Help with Bathing at Home for Older and Disabled People", *Journal of Social Policy* 26:2.
- (1999) *Carework as Bodywork*, Paper at the IV European Congress of Gerontology, Berlin.
- WIDDING ISAKSEN, LISE (1994) *Den tabubelagte kroppen*, Dr polit. avhandling, Universitetet i Bergen.
- (2001) "Om angsten for de andres avsky. Inkontinens i et sosialt og kulturelt perspektiv", Trygve Wyller (red.) *Skam*, Fagbokforlaget.
- VIGDAL, R. (1994) *Om menn i sykepleien*, Hovedoppgave, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- WÆRNESS, KARI (1982) *Kvinneperspektiv på sosialpolitikken*, Universitetsforlaget, Oslo.

SUMMARY

Caring work is culturally coded as feminine. Men constitute approximately five per cent of the nursing occupational group in Norway. Despite political ambitions, the proportion of male nurses is not increasing. Furthermore, the few men are clustered within some few niches, including leadership and management, psychiatric wards and acute medicine. The research question addressed in this article is how to explain this clustering and to understand *why* these specific areas attract male nurses. Firstly we examine the gendered implications of entering a female universe and from there move to explore more specifically the clustering processes within the niches where various masculine nursing roles are constructed.

As a theoretical starting point, we see masculinity and femininity as relational concepts. Moreover, recent approaches to the study of masculinity are taken into account. From these studies, concepts such as "a project of masculinity", "hegemonic masculinity" and "multiple masculinities" have emerged, which focus on men as gendered individuals and the relationships between men. These concepts proved to be useful when exploring the three niches mentioned above. Each of them is regarded a "project of masculinity". We conclude that all of them draw on different, but nevertheless core cultural aspects of masculinity. To some extent, the dilemmas, ambivalences and potentials of the three projects are dealt with. What they have in common is that they are relational to the hegemonic masculinity within the health

field that is constituted by the medical profession.

One of the aims of this study was to gain insight in men's caring work and the meaning attached to it. We suggest that there is a need for more gender sensitive scientific models even when studying the content and organisation of such work.

RANNVEIG DAHLE

NOVA
Pb. 3223 Elisenberg
N-0208 Oslo
rannveig.dahle@nova.no

LISE WIDDING ISAKSEN

Sociologiska institutionen
Bergens universitet
Fosswinckels gt. 6
N-5007 Bergen
lise.isaksen@sos.uib.no