

Kjønn i medisinsk
praksis

Kvinneliv FORSKNING



Kvinneforskning utgis av KILDEN Informasjons- og dokumentasjonssenter for kvinne- og kjønnsforskning i Norge

KVINNEFORSKNING

utgis av KILDEN

Informasjons- og dokumentasjonssenter for kvinne- og kjønnsforskning i Norge

Årgang 25, 2001

Redaksjonen:

KILDEN

Ansvarlig redaktør: Lise Widding Isaksen

Redaksjonssekretær: Toril Enger

Omslag: Bjørn Røggenbihl

Sats: Fritt og vilt AS

Trykk: GCS AS

ISSN: 0806-6256

Utkommer med 4 nummer pr. år.

Ettertrykk er tillatt når forfatter samtykker og kilde oppgis.

Tillatelsen gjelder ikke illustrasjoner og tidligere publisert materiale.

Løssalg: kr. 85,-

Abonnement 2001: kr. 300,-

Bankkonto: 1602.48.39625

Redaksjonens adresse:

KILDEN

Grensen 5

0159 Oslo

Web: kilden.forskningsradet.no

E-post: post@kilden.forskningsradet.no

Tlf. 22 24 09 35

I KILDEN:

Nina Kristiansen, leder

Tlf. 22 24 09 31

Toril Enger

Tlf. 22 24 09 34

Susanne Moen

Tlf. 22 24 09 36

FORSIDEN:

(Foto: Samfoto)

Kjære leser!

I en vestnorsk lokalavis kunne førsteside-oppslaget en novemberdag fortelle at stadig flere norske kvinner ville ha store bryster og flatere mage. Folk som oppsøkte de kommersielle plastiskkirurgiske klinikkene, var villige til å betale godt for å kvitte seg med overflødig fett på kroppen enten det hadde lagt seg rundt magen, på lårene eller under haken.

Hvert år tjener slike klinikker millioner av kroner på menneskers ønske om å tilpasse seg det normalbildet de har av kroppen. Før var det først og fremst krigsinvalide og skadde industriarbeidere som fikk hjelp av den kosmetiske kirurgien. I dag er langt flere grupper mennesker kommet til. Skjønnhetsindustrien hjelpes fram av sterke kommersielle krefter og av en medieverden som formidler bilder av mennesker som ser ut til å være glade og lykkelige nettopp fordi de har attråverdige kropp.

Ida Samuelsens studie av menneskers motiver for å foreta kosmetiske inngrep viser at mange opplever kroppen sin som en «løgner». Dens ytre former stemmer ikke overens med det sinnbildet en har av den. Arbeidet hennes viser samtidig til noe mer. Det viser til det moderne menneskets problematiske forhold til kroppens organiske utvikling og hvordan livet i seg selv setter sine spor på kroppen.

I den medisinske kulturen som domineres av en rangering av sykdommers status og prestisje, har imidlertid ikke den kommersielle plastikkirurgien som opererer friske mennesker, særlig høy prestisje. Kanskje kommer det av at det er kirurgen som livredder og hersker over liv og død som gir mannlige kirurger heltestatus og bekrefter deres maskuline prosjekter? Trine Annfelt ser nærmere på hvilke heltebilder som skapes i kirurgenes fortellinger.

Det er imidlertid ikke bare kirurgene som tar med seg maskulinitetsprosjekter inn i den medisinske kulturen. Jeanne Boge diskuterer hvordan en rekke arbeidsoppgaver i sykepleiarbeidet er kodet feminint og maskulint, og ser dette i forhold til den manglende rekrutteringen av mannlige sykepleiere. Hun kaster lys over ulike grunner til at menn ikke ser på pleiarbeid som et attraktivt yrkesvalg.

Kropp og kjønn er ikke bare et tema for medisinske praksiser. Hvordan man snakker om kropp og om kroppsdelar er knyttet til det språket som er tilgjengelig, og om det er egnet til å formidle detaljrikdommen i kroppslige opplevelser. Ellen Mortensen ser nærmere på kropp og språk.

Hvordan kropp og kjønn fortolkes i medisinske praksiser er etter hvert blitt et voksende forskningsfelt. Mange forskere ser på det medisinske feltet som et felt preget av makt og avmakt. Profesjonenes fortolkningsmakt knyttet til hva kjønn skal bety trenger å bli utfordret. Studier av hvordan kropp, kjønn og makt opptrer i konstellasjoner som enten bekrefter eller avslører hierarkiske strukturer, er ett av de mange tema som Makt- og demokratiutredningen setter søkelyset på. Dette temanummeret er et av flere bidrag som belyser slike problemstillinger. Tre av dette temanummerets arbeid ble presentert på en workshop arrangert av Makt- og demokratiutredningen ved Senter for kvinne- og kjønnsforskning ved Universitetet i Bergen i fjor høst.

Skulle det være flere kvinne- og kjønnsforskere som har arbeider relatert til slike problemstillinger eller til andre forskningsområder som tidsskriftet dekker, oppfordres de herved til å sende inn bidrag. Vi i redaksjonen ønsker alle former for bidrag fra alle fagområder hjertelig velkommen!

Lise Widding Isaksen

Nasjonal oppstartskonferanse for den norske
foreningen for kvinne- og kjønnsforskning:

Sjumilsstøvler med sidesprang

Status og utfordringer i norsk kvinne- og kjønnsforskning
Hennie-Onstad kunstsenter, Høvikodden
6. – 7. juni 2002

I mer enn 30 år har kvinne- og kjønnsforskningen beveget seg. Skrittene er tatt på tvers av fakulteter og faggrenser. Store som små, strake som skjeve. Hvordan ser feltet ut i dag? Hva kan vi vente oss i framtiden? Svarene får du i dybde og bredde fra utside og innside i juni i forbindelse med stiftingen av den norske foreningen for kvinne- og kjønnsforskning.

Vi ønsker politikere, kvinneaktivister, byråkrater, journalister, studenter, forskere og alle andre som er interessert i kvinne- og kjønnsforskningsfeltet velkommen til konferanse og foreningsinnmelding.

Programmet finner du på KILDENs nettsider (<http://kilden.forskningsradet.no>).
For mer informasjon kontakt Kristin Ørjasæter: kristin.orjasater@inl.uio.no, tlf. 22 85 89 52.

Innhold

<i>Ida L. Samuelson: «Problemet er at du er kvinne»</i> Om estetisk kirurgi og den postgravide kvinnekroppen	5
<i>Trine Annfelt: Rekk meg arterieklemmen eller: Kjønnsbilder i kirurgi.</i> Om naturaliseringer av fag og subjekt	21
<i>Jeanne Boge: Menn og sjukepleie</i>	33
<i>Ellen Mortensen: Kjønnssleppenes estetikk</i>	44

KOMMENTAR

<i>Tanja Reed og Karin Bjørnebo Løvli: Nytt liv til Katti Anker Møllers</i> barselhjemutstilling 1916	52
--	----

BOKOMTALER

<i>Runar Bakken: Modernmordet – om sykepleie, kjønn og kultur.</i> Omtale ved Kari Wærness	56
<i>Kari Martinsen: Øyet og kallet. Omtale ved Jeanne Boge</i>	61
<i>Ulla-Britt Lilleaas og Karin Widerberg: Trøtthetens tid og Karin Widerberg:</i> <i>Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt.</i> Omtale ved Torbjørgh Sudmann	65

KILDENs journalistpris 2002

Sekretariatet for kvinneforskning (1977–1998) opprettet i sin virksomhetstid *en pris for journalister som har synliggjort og popularisert kvinnelige forskere og/eller kvinneforskning.*

KILDEN har overtatt ansvaret for denne prisen, og vi oppfordrer derfor våre abonnenter til å komme med forslag til prisvinner(e). Frist for innsending av forslag er

1. mars 2002.

Juryen består av en representant fra KILDENs styre, en representant fra Senter for kvinne- og kjønnsforskning ved Universitetet i Oslo, samt KILDENs leder.

«Problemet er at du er kvinne»

Om estetisk kirurgi og den postgravide kvinnekroppen

Av Ida L. Samuelsen

Estetisk kirurgi er etter hvert ikke lenger noe som bare assosieres med Hollywood-stjernenes glamorøse liv. Flere tusen kvinner, og et økende antall menn, legger seg hvert år på kirurgenes benker for å få endret på utseendet sitt. Denne medisinske praksisen omsetter for flere titalls millioner kroner hvert år. Markedet for slike tjenester er i vekst, og terskelen for å bruke kosmetisk kirurgi er synkende. Hva er det som får kvinner til å legge seg under kirurgenes kniver? Hva er det de vil kvitte seg med – og hvilke problemer er det kirurgene kan løse i kvinners liv? Hvorfor er kvinnekroppen «et problem»?

Estetisk kirurgi er en praksis som helt konkret omformerer kroppen. Den er kanskje en av de mest radikale kroppspraksiser man kjenner til. I kjølvannet av den medisinske og teknologiske utviklingen kan vi i enda større grad enn tidligere legge til, bytte ut eller fjerne deler av kroppen. Samtidig som de vitenskapelige fremskrittene gir oss denne muligheten, opplever vi nye dilemmaer ved vår kroppslighet. Kroppens grenser fremstår som usikre og flyktige idet vi forsøker å svare på hva en kropp er og hva som er normalt og naturlig ved kroppen.

Som kroppspraksis har estetisk kirurgi som oftest blitt oppfattet som typisk for «vår» del av verden. Den stadige utbredelsen gjør det derimot vanskelig å avgrense estetisk kirurgi til en bestemt geografisk kontekst. Denne artikkelen er basert på en studie av estetisk kirurgi i en europeisk storby, i Paris i Frankrike. Ved hjelp av forskjellige kirurger fikk jeg adgang til klinikker og sykehus. Her observerte og intervjuet jeg personer som var engasjert i denne formen for kroppsformende praksis. Dette var hovedsakelig kvinner som hadde gjennomgått eller

ønsket å få utført slike inngrep på egne kropp. I tillegg møtte jeg flere som jobbet med denne typen kirurgi, slik som kirurger og sykepleiere. Undersøkelsen ble utført på ulike medisinske institusjoner over en seksmånedersperiode, våren og sommeren 1999.

Under feltarbeidet i Paris ble jeg tidlig klar over at mange av de kvinnene¹ jeg intervjuet enten hadde fått utført brystreduksjoner/løft, mageløftoperasjoner eller begge deler. Av de 29 kvinnene jeg intervjuet som hadde tatt eller ville ta et plastikkirurgisk inngrep, var det 13 som hadde fått utført eller planla å ta en mageløftoperasjon. 11 av dem ønsket eller hadde tatt brystreduksjoner. Jeg ble overrasket når de fortalte meg at disse operasjonene som regel ble dekket av det offentlige og at slike plastikkirurgiske inngrep derfor ikke ble regnet som estetiske. I Frankrike er det de offentlige myndigheter via kirurgene som vurderer hvorvidt de enkelte plastikkirurgiske inngrepene blir regnet som «nødvendige». Disse blir dekket av trygdevesenet. Defineres de som «estetiske», må de dekkes av pasientene selv. Jeg forsøkte å få avklart hvilke kriterier denne typen avgjørelser hvilte på. Gjennomgående ble brystreduksjoner/løft² dekket. En stor byste kunne sies å få medisinske konsekvenser, slik som ryggsmarter og plager. Når det gjaldt mageløftoperasjonene ble disse dekket hvis kvinnen hadde født to eller flere barn og/eller hadde arr på magen (disse ville ofte være arr etter keisersnitt). Denne erfaringen gjorde det tidlig i prosessen nødvendig å sette et spørsmålstegn ved informantutvalget. Var det slik at om lag halvparten av mine informanter *ikke* hadde fått utført estetiske inngrep?

Det kan hevdes at grensene for våre kategorier er kulturskapte, og derfor gjensvar for stadige endringer. Det er større eller mindre grad av kollektiv enighet rundt dem. Selv om de offentlige myndigheter i Frankrike har definert inngrep

som mageløftoperasjoner og brystreduksjoner som «nødvendige», er ikke slike definisjoner absolutte. Jeg mener at man kan og bør sette spørsmålstegn ved slike tilsynelatende objektive klassifiseringer, og heller undersøke hvordan det offentliges finansiering av visse plastikkirurgiske inngrep fremfor andre bidrar til meningsdannelse rundt kroppen. Gjennom sin tildelingspraksis vil de offentlige myndigheter blant annet være premissleverandør for hva som oppfattes som «uønskede» eller «unormale» kroppslige tilstander. For å belyse dette vil jeg i denne artikkelen derfor nettopp rette oppmerksomheten mot disse kvinnene som har fått utført plastikkirurgiske inngrep på egne kropp på statens regning.

Det kan synes som om den franske staten har gjort det til et offentlig anliggende å «reparere» den «postgravide» kroppen. Hvilke signaler gir dette med hensyn til hva som oppfattes som normalt ved kvinnekroppen? For å kunne drøfte denne problematikken må man først og fremst være klar over at dette i bunn og grunn dreier seg om kategorisering og grensesetting. Man må spørre seg selv hva estetisk kirurgi er. Ved å fokusere på grensene mellom kategoriene får man samtidig ny innsikt i hvordan mennesker skaper kategorisk orden i en kaotisk verden. Dette vil reise en del problemstillinger, blant annet vil det fortelle oss noe om hvem som fortjener å få medisinsk oppmerksomhet. Det blir særlig relevant å vise hvilke aktører og faktorer som påvirker disse definisjonsprosessene. *Hvordan* defineres estetisk kirurgi, og *hvem* er det som definerer?

Med dette som utgangspunkt ønsker jeg å vise hvordan kvinnene selv beskrev sine kropp etter at de hadde vært gravide og hvilken rolle estetisk kirurgi spilte i forhold til erfaringer omkring svangerskapet og oppfatninger av egen kropp. Hvordan beskrives den «postgravide» kroppen, og på hvilke måter kan man gjøre seg fortjent til et estetisk inngrep?

Jeg vil diskutere hvordan estetisk kirurgi i sin helhet, men spesielt den franske statens finansiering av inngrep på den «postgravide» kroppen, kan fortolkes. Jeg ønsker å vise hvordan estetisk kirurgi, blant andre kroppspraksiser i dag, kan sies å stå for en tendens der stadig flere og tidligere ikke-medisinske tilstander og problemer blir viet medisinsk oppmerksomhet. Slike prosesser går ofte under betegnelsen *medikalisering* og «refererer seg til måten den moderne medisinen ekspanderer på og underlegger seg stadig flere problemer som tidligere ikke var definert å ha medisinsk relevans» (Bjelland 2001:5). Med bakgrunn i egne data vil jeg hevde at graviditet nærmest transformeres til en «sykdom» som så kan «behandles» gjennom estetisk kirurgi. Spørsmålet er hva dette kan være et uttrykk for. Kan man snakke om en generell tendens til en sykeliggjøring av noe som tidligere fremsto som normalt og naturlig?

Frigjøring fra avviket eller undertrykkende normalitet?

I mye av litteraturen der estetisk kirurgi og andre tilsvarende kroppspraksiser drøftes, har en hovedsakelig lagt vekt på at disse praksisene kan ses som del av et skjønnhetstyranni, som undertrykkende praksiser der særlig kvinner forventes å gi seg hen til kroppsmanipuleringer. Ofte beskrives kvinner som «nikkedukker» som lar seg lure av markedets forførende salgsstrategier, og i dette perspektivet vil kvinners frigjøring være basert på at de kommer seg ut av denne ideologiske «tvangstrøya».

I sin studie av estetisk kirurgi i Nederland ønsker Kathy Davis (1995) å ta utgangspunkt i kvinnes egne erfaringer. Hun spør om estetisk kirurgi kan ses som en frigjørende eller en undertrykkende praksis, og videre, hvordan de som får utført slike inngrep kan eller bør

betegnes; tar de frie valg eller styres de av «falsk bevissthet»?

Sentralt hos Davis er hva hun mener estetiskkirurgiske inngrep kan gjøre for den enkelte kvinne. I stedet for kun å være en undertrykkende praksis kan denne typen kirurgi paradoksalt nok hjelpe kvinner i å bli et kroppsliggjort subjekt i stedet for en objektivisert kropp. Ifølge henne vil en identitetsløs kropp kun være et objekt. Individet må slik gjenerobre kroppen og gjøre den til sin egen. Man kan derfor hevde at estetisk kirurgi handler nettopp om å bli subjekter, om å skape seg selv. Slik kan estetisk kirurgi ses på som en frigjørende prosess, der individet tar kontrollen over sitt eget liv. Flesteparten av de kvinnene jeg snakket med på klinikken, mente at dette var noe de gjorde «pour soi» (for seg selv). Mange av dem avviste at ønsket om å foreta estetiske operasjoner hadde sin bakgrunn i deres forhold til omgivelsene og andre mennesker rundt dem. Noen mente at dette kanskje gjaldt for andre som tok denne typen operasjoner, men ikke for dem. Selv ville de ikke ha gjort dette for noen andre!

Davis forsøker å kombinere synet på sine informanter som både determinerende og determinerte. Tidlig i boka introduserer hun hva hun selv ser på som en feministisk balansegang: «My analysis is situated on the razor's edge between a feminist critique of the cosmetic surgery craze (along with the ideologies of feminine inferiority which sustain it) and an equally feminist desire to treat women as agents who negotiate their bodies and their lives within the cultural and structural constraints of a gendered social order» (ibid.:5). Dette innebærer å se kvinner som handlende aktører, ikke som «cultural dopes».

Som Davis vil jeg i det følgende se estetisk kirurgi som et dilemma og ikke nødvendigvis som selvvalgt underkastelse. Dette innebærer å ta de personene som får utført estetiske inngrep på alvor.

Samtidig vil et slikt analytisk perspektiv kunne belyse de begrensningene som ligger til grunn for ethvert valg. Man må ikke glemme at individuelle strategier, slik som estetiskkirurgiske inngrep kan være, alltid opererer innenfor en kontekst av gitte betingelser. Forhandlinger om identitet finner sted innenfor en kontekst, eller flere ulike kontekster. I forhandlingssituasjonen vil det alltid være noen forklaringsmodeller som fremstår som mer gyldige enn andre.

Hva er estetisk kirurgi?

Når det refereres til denne kroppspraksisen, enten det er i media, eller i samtaler med og mellom mine informanter, brukes det gjerne flere ulike betegnelser. For å drøfte den aktuelle problematikken må man være klar over hva denne begrepsbruken innebærer i forhold til de avgrensinger som er blitt gjort og gjøres mellom de ulike underspesialitetene innenfor plastikkirurgien som medisinsk disiplin.

Fra forskjellig litteratur og ordbøker går det frem at «plastisk kirurgi» eller «plastikkirurgi» er den samlende betegnelsen for den typen kirurgi som jeg her ønsker å diskutere noen aspekter ved. Ordet «plastikkirurgi» kommer fra det greske ordet *plastikos*,³ som betyr omformbar eller å forme (Hedén 1996). En «plastisk operasjon» kan defineres som en «formande operasjon, der ein særlig med hudlappar eller fri hudoverføring og finslege arbeidsmåtar skal bøta på medfødte eller tilkomne lyte eller følger etter skade».⁴

«Plastisk kirurgi» deles ofte inn i «rekonstruktiv» og «estetisk» (eller «kosmetisk») kirurgi. «Rekonstruktiv kirurgi» kan betegnes som «an operation to repair loss or defect».⁵ Denne termen brukes for å beskrive kirurgiske inngrep der formålet er å «reparere» skader som er medfødte eller følger av sykdom eller ulykker.

I forhold til «rekonstruktiv kirurgi»

kan «kosmetisk kirurgi» defineres som «surgery in which the principal purpose is to improve the appearance, usually with the connotation that the improvement sought is beyond the normal appearance, and its acceptable variations, for the age and the ethnic origin of the patient».⁶ «Estetisk» og «kosmetisk» kirurgi betegner samme type kirurgi, men mange plastikkirurger foretrekker ordet «estetisk» fremfor «kosmetisk» for å unngå assosiasjoner til sminke og skjønnhetssalonger (Regnault & Daniel 1984).⁷

Man kan få inntrykk av at det eksisterer forholdsvis klare skiller mellom på den ene siden rekonstruktive og på den andre siden estetiske inngrep. Men under feltarbeidet i Paris fant jeg derimot ut at å lese seg til hva estetisk kirurgi er ved å slå opp i medisinske ordbøker skulle vise seg å være utilstrekkelig og irrelevant i forhold til hva mine informanter oppfattet som estetisk kirurgi. Å definere hva estetisk kirurgi er, både som medisinsk spesialitet og i forhold til dens anvendelsesområde, viste seg å være problematisk. Særlig under konsultasjonene, en arena for samhandling mellom kirurg og pasient, ble dette tydelig.

Grensen mellom den rekonstruktive og den estetiske kirurgien er altså uklar. I første omgang kan det være vanskelig å skille mellom dem på et fagmedisinsk nivå. Det anvendes blant annet lignende teknikker innenfor begge disse grenene av plastikkirurgien. For denne fremstillingen blir det mer relevant å merke seg det skillet som blir trukket opp gjennom den offentlige tildelingspraksisen. Mens de førstnevnte inngrepene ses som nødvendige i den grad at de offentlige myndigheter har valgt å dekke disse økonomisk, må den siste type inngrep dekkes av pasientene selv. Det sentrale blir derfor hvordan hvert enkelt tilfelle blir vurdert ut ifra slike skiller og inndelinger. Når er et inngrep berettiget, og hvilke kriterier skal ligge til grunn for en slik avgjørelse? Og, kanskje enda

viktigere, hvem skal ta avgjørelsen?

Som en øverste instans er det de offentlige myndigheter i Frankrike som har avgjort hvilke inngrep som skal regnes som estetiske eller rekonstruktive. Estetiske operasjoner dekkes *ikke* av det offentlige helsevesenet. De ulike plastikkirurgiske inngrepene deles på denne måten inn i to kategorier avhengig av hvem som betaler. Gjennom offentlig finansiering av visse plastikkirurgiske inngrep, ved å henholdsvis gi og fraskrive individer økonomisk støtte, vil det skapes et skille mellom de «verdige» og de «uverdige». Her har staten autoritet, makt og ressurser til å dele de som ønsker å foreta et plastikkirurgisk inngrep på egen kropp inn i to kategorier. Den offentlige tildelingspraksisen kan derfor forstås som en form for kategorisering og identifisering av mottakerne, slik Jenkins (1996) også hevder: «Identification and allocation are mutually and reciprocally entailed in each other» (ibid.:169).

Under feltarbeidet i Paris ble derimot det som i utgangspunktet syntes å fremstå som klart avgrensede kategorier, gjort til gjenstand for diskusjoner og forhandlinger. Praksisen når det gjelder å definere de ulike inngrepene inn under de ulike kategoriene var ikke entydig, men til tider ganske varierende. Siden grensene mellom kategoriene var flytende, ble det derfor også mulig å tøyse og flytte på dem. Her var særlig kirurgene nøkkelpersonene, siden de best kjente det offentlige klassifikasjonssystemet og reglene for tilbakebetaling. I forhold til de offentlige tildelingsprosedyrene kan kirurgene ses på som mellommenn og -kvinner. De er i en viss forstand «lovens forlengede arm» der de bestemmer hvem som bør få dekket sine utlegg i forbindelse med et inngrep. Siden regelverket tydeligvis åpnet for ulike tolkninger, kunne kirurgene enten være «greie» eller «streng». De kunne fremstå som pasientens allierte og hjelpe søkerne med å få inngrepet dekket. Dette kunne for eksempel gjøres ved å

tøye begrepene og gjennom utfyllingen av det skjemaet som ble sendt til trykkesvesenet. I motsatt fall ville kirurgene definere inngrepet som av «estetisk» art. Det vil si at det måtte dekkes av pasienten selv. De kunne også avslå en persons ønsker om et inngrep. Ifølge en av kirurgene ble dette gjort når de mente at vedkommende ikke trengte det eller var motivert nok.

Generelt synes jeg det var vanskelig å finne en felles norm som kirurgene foretok sine vurderinger på grunnlag av. For å kunne skille mellom de rekonstruktive inngrepene på den ene siden og de estetiske på den andre ble det i hvert enkelt tilfelle viktig å bedømme de som kom til konsultasjonene og ønsket et inngrep, på et funksjonelt versus et estetisk, det vil si ytre, plan. Et sentralt spørsmål var når det kroppslige «avviket» kunne sies å være et handikap for vedkommende.

Som en medisinsk spesialitet kan den estetiske kirurgien sies å representere et paradoks fordi kirurgiske inngrep blir utført på friske mennesker. Hvordan kan det fra et helsemedisinsk perspektiv begrunnes at man skjærer i friske kropp? Eller – kan det påstås at de som får utført estetiske inngrep virkelig er syke? Mitt generelle inntrykk var at de som ønsket å ta slike inngrep, ikke så på seg selv som syke. Noen av mine informanter grunnet over det å få utført en operasjon når man ikke var syk, samt det å være på klinikken, som tradisjonelt sett er et sted for de syke. I motsetning til andre pasienter hørte de ikke hjemme der. Slike holdninger ble underbygd av sykepleieres utsagn der de la vekt på at dette var ekstra krevende pasienter som ikke en gang kunne betraktes som «ordentlige» pasienter. Noen av kvinnene jeg intervjuet la vekt på at de ikke var tvunget til å ta en operasjon, ikke av *medisinske* grunner. Estetisk kirurgi vil per definisjon være valgfri (Gilman 1999). Valgfrie prosedyrer er unødvendige, eller i hvert fall ikke umiddelbart nødvendige. Dette kan være

en av årsakene til at nasjonale helsesystemer eller privatforsikringer sjelden dekker denne typen inngrep.

Man kan derfor si at estetisk kirurgi som medisinsk spesialitet utfordrer sykdomsbegrepet. Man står overfor et begrepsmessig paradoks. Påstanden om at «pasientene ikke er syke» kan virke meningsløs, men oppsummerer likevel den situasjonen estetisk kirurgi som medisinsk praksis opererer innenfor. I tillegg kan man trekke inn det psykologiske aspektet ved denne formen for kirurgi, noe som kan sies å gjøre situasjonen enda mer kompleks. For hvis kirurgene skjærer i friske kropper, hva er det da som leges ved et estetisk inngrep? Estetisk kirurgi kan kanskje sies å skille seg fra andre medisinske spesialiteter idet den kombinerer det som tradisjonelt har vært medisinsens ansvarsområde, kroppen, med en målsetning om å lege sjelen. Slik som en av kirurgene en gang sa: «Estetisk kirurgi er sjelens kirurgi.»

Som en oppsummering kan man derfor si at det som i utgangspunktet fremstår som fastlagte kategorier, blir gjenstand for forhandlinger av grenser. Rundt forhandlingsbordet vil det finnes ulike aktører der noens forklaringsmodeller fremstår som mer gyldige enn andre. Spørsmålet er hvor grensene skal gå og hva slik grensesetting betyr for dem det gjelder. For dem som ønsker å få utført inngrep på egne kropper, handler det om økonomi og sosial aksept (idet estetisk kirurgi fremdeles ses som en tabubelagt praksis). Det hendte ikke sjelden at personer forsøkte å få utført det ønskede inngrepet gratis under påskudd om at de hadde andre funksjonelle problemer. Ved å skylde på for eksempel pusteproblemer var det mulig å kamuflere ønsket om en estetisk endring av nesen. Dessuten vil en slik økonomisk godkjenning av problemet kunne virke legitimerende både for ønsket og for selve utførelsen av inngrepet. Hvordan vi kategoriserer sier oss samtidig noe om hvordan vi tenker om

kroppen. Hvis den franske staten har avgjort at mageløftoperasjoner på kvinner som har født to barn eller flere ses som «nødvendige», «reparative» inngrep og dermed blir dekket av det offentlige, hvordan kan dette tolkes? Hvilke følger vil dette få for hvordan man begrepsfester den «postgravide» kroppen?

Den postgravide kroppen – en «ødelagt» kropp?

Som nevnt hadde om lag halvparten av de kvinnene jeg intervjuet fått utført eller planla å få utført mageløftoperasjoner og/eller brystreduksjoner/løft. Disse kvinnene hadde som regel fått dekket sine inngrep økonomisk av den franske staten. I Frankrike ses det som et offentlig anliggende å reparere blant annet de «skadene» som påføres kroppen etter to eller flere barnefødsler. I lys av dette vil jeg vise hvordan kvinnene selv beskrev kroppene sine etter å ha vært gravide. Hvordan opplevde de sin egen kropp, den «postgravide» kroppen? Syntes de selv at de inngrepene de foretok var berettigede?

Etter en graviditet vil spesielt magen og brystene forandre seg. Ofte vil huden ikke være elastisk nok til at den trekker seg sammen til hvordan den var før svangerskapet. Resultatet er at bryster og mage vil henge mer enn hva som var tilfellet før graviditeten. Når man blir eldre vil huden også bli mindre elastisk, noe som kan sies å forsterke effekten. Det var ikke uvanlig å høre at kvinnene mente at de var blitt «transformée» etter å ha vært gravide. Under en av samtalene med Simone⁸ kom hun inn på erfaringer omkring graviditet og amming. Hun snakket om at kroppen forandrer seg, og at brystene ikke lenger var som de var når man er 20 år. Hun fortalte meg også at hun hadde ammet, og at det var lykke («bonheur») for henne. Mens Simone selv hadde tatt en mageløftoperasjon som

ble betalt av det offentlige siden hun hadde født to barn, fortalte hun meg at hun aldri ville ha gjort noe med brystene sine – «Jeg kommer aldri til å forandre brystene mine». Hun sa selv at de hadde forandret seg. Hun nevnte også gleden ved å amme. Kanskje det er en av grunnene til at hun ikke ville endre på dem. Det bør i denne sammenhengen nevnes at det også var andre av mine informanter som mente at det å forandre på brystene sine var for «delicat».

De to følgende eksemplene beskriver hvordan to av de kvinnene jeg intervjuet, Sabine og Julie, så på kroppen sin etter å ha vært gravide. Sabine hadde tidligere tatt en mageløftoperasjon som hadde blitt dekket av trykdevesenet. Nå hadde hun fikset på arret etter denne operasjonen, samt fått utført en fettsuging av hoftene. Mageoperasjonen var den første operasjonen hun hadde tatt. Hun sa at hun gjorde det fordi etter tre graviditeter var magen *ødelagt* («abimé»). Hun forklarte meg at i Frankrike kaller man det «un tablier»⁹ når magen henger ned. Vi snakket også om andre hun kjente som har tatt lignende operasjoner; på brystene, lårene, magen. Hun poengterte at disse andre ikke har gjort det kun på grunn av «la maternité»¹⁰. Sabine forklarte meg altså hvordan magen var «ødelagt» etter tre graviditeter og hvordan hun, i motsetning til andre hun kjente, hadde gjennomgått dette inngrepet på grunn av disse svangerskapene.

På det tidspunktet jeg snakket med Julie var det like før hun skulle ta en mageløftoperasjon, fettsuge hofter og «ridebukselår», i tillegg til å fjerne en tatovering hun hadde på armen. Tidligere hadde hun fettsuget knærne og «ridebukselår». Hun fortalte meg at senere skulle hun gjøre noe med brystene. Datoen for inngrepet var allerede bestemt, hun skulle bare ta noen analyser først. Hun sa at det tok på å få tre barn, at det ødela («abime») kroppen. I en telefonsamtale med Julie et par måneder etter denne

første samtalen fortalte hun meg derimot at hun hadde ombestemt seg med hensyn til den planlagte brystoperasjonen. Hun hadde fått kalde føtter etter at hun hadde sett arret etter mageløftoperasjonen.

Å få barn oppleves som regel som et skille i livet. Her synes det likevel ikke som det er barna som direkte er i fokus, men graviditetene og de fysiske forandringene dette fører med seg. Det er graviditetene som har «ødelagt» dem, ikke barna. Simone poengterte dette eksplisitt. Hun sa at folk kunne si at de måtte gjøre noe med kroppen sin «på grunn av» barna sine. Hun, derimot, sa til meg: «Jeg sier aldri 'på grunn av barna mine'.» Mens Simone henviste til svangerskapene som en årsak til at kroppen hennes hadde forandret seg, var hun motvillig til å legge «skylden» for dette over på barna sine.

Som en parallell vil jeg vise til Lisbeth Sachs' problematisering av det å føde som en *rite de passage* (1987). Kvinnes utsagn ovenfor viser at barnefødsleene ikke bare representerer overgangen til en ny status som mor, men også overgangen til en «ny» kropp, en mors kropp. I stedet for livet med og uten barn, deles det inn i et «før» og «etter» graviditeten(e). I løpet av ni måneder endrer kroppen seg. Etter fødselen har man blitt en «annen».

Hvis det kan slås fast at graviditeter kan sies å forandre kvinners kropp, er det likevel et langt stykke herfra til å si at kroppene er «ødelagte». Det er én ting å bemerke den fysiske forandringen som har funnet sted. Dette beskriver biologiske prosesser som er mer eller mindre uunngåelige hvis man ønsker å bære frem et barn selv. Den andre typen utsagn om at kroppen er «ødelagt», bygger på kulturelle oppfatninger av kroppen, hvordan den bør se ut, ideer om dens ideelle størrelse og fasong. I tråd med dette kan det også diskuteres på hvilke måter det offentlige tildelingssystemet, med reparasjoner av denne typen «skader» som kvinnene har blitt utsatt for, påvirker deres oppfatninger omkring egen kropp.

Keisersnitt – dobbel ødeleggelse

I visse tilfeller forløses barnet ved hjelp av keisersnitt. Dette vil kunne påføre kroppen enda mer «ødeleggelser» enn hvis barnet fødes på vanlig måte, siden kvinnen vil få arr på magen. I tillegg kan den komme til å henge. Som tidligere nevnt var selve tilstedeværelsen av arr også en grunn til å få utført en mageoperasjon på statens regning. Slik sett ville det å ha tatt et keisersnitt være dobbelt så god grunn til å få finansiert en mageløftoperasjon. Caroline, en av kvinnene jeg intervjuet, hadde til sammen tatt tre keisersnitt. På det tidspunktet jeg snakket med henne på klinikken hadde hun fått utført en mageløftoperasjon, samt en fett-suging av hoftene og sidene på ryggen. Hun fortalte meg at hun tok det første keisersnittet i 1978. Hun sa at på den tiden gjorde de det vertikalt. Med alle keisersnittene fikk hun en kul på magen. Da jeg spurte hvordan arret kom til å se ut, sa hun at det kom til å være lavt/nede. Hun viste meg hvor det kom til å være ved å peke på seg selv. Det ville komme til å gå fra den ene siden av magen til den andre. Alle de andre arrene etter keisersnittene var borte nå. Hun fortalte meg at hun hadde hatt en «tablier», en mage som hang. Hun forklarte meg at de sendte en forespørsel til trykdeverket og at det ble akseptert.

Jeg fant ut at det å ha vært gravid og det å ha født var en fellesnevner for de fleste kvinnene jeg intervjuet. Svært mange hadde også tatt ett eller flere keisersnitt. I tillegg til å være en grunn til ønsket om inngrepet, kunne erfaringer fra graviditet og fødsel også tjene som sammenligningsgrunnlag i forbindelse med et estetisk inngrep. Under samtalen med Caroline ble mageløftoperasjonen sammenlignet med å ta et keisersnitt. Det begynte med at jeg spurte henne om hvor lenge hun hadde tenkt på å få utført mageløftoperasjonen. Hun sa at hun

hadde tenkt på det lenge, men at hun hadde bestemt seg for å gjøre det nå. Jeg spurte om det var noe spesielt som gjorde at hun ville det nå. Hun sa at hun så en venninne som hadde tatt denne typen operasjon. Venninnen hadde ringt til henne dagen etter hun kom hjem fra klinikken, og sagt at hun ikke skulle bekymre seg. Det var som å ta et keisersnitt.

Francine sammenlignet arret etter mageløftoperasjonen med det hun hadde etter keisersnittet. Hun fortalte at det arret hun hadde nå var det samme som etter keisersnittet, men mens arret etter keisersnittet hadde vært midt på magen, var det nye arret plassert lenger nede.

Ved alle typer av operasjoner vil det bli arr, selv om dette nesten kan forsvinne helt. Arret røper at man har fått utført et inngrep, og man er merket for livet. I tillegg til smerten og bedøvelsen opplevde mange av mine informanter nettopp arret som spesielt problematisk. Gilman beskriver hvordan arrdannelse alltid har blitt sett på som et uønsket resultat av kirurgiske inngrep. «The scars shows the body not to be 'natural' but inauthentic and constructed» (1999:8).

Ved en mageløftoperasjon vil tidligere arr etter blant annet keisersnitt forsvinne siden huden under navlen blir fjernet. Navlen flyttes, og den huden som før var over navlen blir trukket ned. I tillegg vil også selve arret etter mageløftoperasjonen ofte oppfattes som penere (i forhold til ofte vertikale arr etter keisersnitt). Dessuten vil arret være plassert lenger nede på magen, slik at det ikke synes hvis man går i bare truse eller bikini. På tross av det negative ved arrdannelsen, kan det likevel synes som om det er forskjell på arr. Derfor handler det om «å velge det minste (arret) av to onder».

I en samtale med to søstre, Jeanne og Claire, ble erfaringer rundt smertene ved en fødsel brukt til å beskrive opplevelsen etter estetiske inngrep. Jeanne hadde fått utført en mageløftoperasjon fra før. På det tidspunktet jeg snakket med dem,



(Foto: Scanpix)

hadde begge søstrene tatt brystreduksjoner. Jeanne hadde i tillegg rettet på arret etter mageløftoperasjonen. Under samtalen snakket vi mye om hvor vondt de hadde det. Spesielt Claire uttrykte de smertene hun følte: «Det strammer, det brenner» («Ça tire, ça brûle»). Hun sa at hun antok at alle operasjoner gjør vondt. Jeanne mente at mageoperasjoner likevel var de verste («l'horreur»). Hun erfarte smertene fra magen som mye sterkere enn de fra brystene. Hun sammenlignet det med en fødsel; etter man har født, kjenner man ikke at de syr igjen, man har så vondt fra det å føde. Via erfaringer fra fire barnefødsler forsøkte Jeanne å beskrive følelsene av smerte ved det inngrepet hun hadde tatt. Noen smerter kan rett og slett være så sterke av de slår de andre smertene i hjel.

Ved å sammenligne estetiske inngrep med tidligere kirurgiske inngrep slik som keisersnitt og erfaringer omkring fødsel, kan denne typen inngrep ufarliggjøres. På den måten kan det ukjente gjøres kjent. Det er som det allerede finnes et begrepsapparat eller et språk som disse kvinnene kan formidle erfaringene rundt et estetisk inngrep igjennom. Ved å trekke paralleller til en fødsel vil jeg hevde at disse kvinnene lettere vil kunne tolerere både arret og smerten.

Å føde for Frankrike

Som nevnt vil offentlig tildeling basere seg på om mottakerne kvalifiserer eller ikke. Jenkins (1996) bruker termene «the deserving» og «the undeserving» for å referere til henholdsvis de som fortjener å få økonomisk støtte og de som ikke fortjener dette. Disse kvinnene kan sies å ha gjort seg fortjent til en mageløftoperasjon ved å føde to barn eller flere. Det kan hevdes at ved å «føde for Frankrike» har disse kvinnene skaffet seg en «aksje» i den franske statens pengekasse, som de så kan løse inn gjennom en mageløftope-

rasjon. I denne sammenhengen kan det også være relevant å vise til andre tilfeller der vedkommende kan sies å ha gjort seg fortjent til et inngrep. Som en parallell kan man nevne de rekonstruktive inngrepene som ble utført på de krigsrammede soldatene etter verdenskrigene (Haiken 1997, Gilman 1999). Ved hjelp av plastikkirurgiske inngrep kunne disse mennene vende tilbake til samfunnet som fullverdige borgere. Som regel betydde det at de kunne utøve et yrke og dermed være økonomisk selvstendige.

Mitt inntrykk var at de aller fleste av mine informanter, både kirurger, sykepleiere og pasienter, mente at «ødelagte» kroppar etter graviditet rettferdiggjorde et estetisk inngrep. Et eksempel fra en av konsultasjonene viser derimot hvordan en av kirurgene satte et spørsmålsteget ved å operere denne mottakergruppen. I dette tilfellet var det en kvinne som ønsket å gjøre noe med brystene sine. Hun kom i følge med ektemannen sin til konsultasjonen. Hun var 41 år og hadde tre barn. Hun forklarte kirurgen at det var tungt å bære, og at det gjorde vondt når hun drev med fysisk aktivitet:

Dr. Duflos sier at man ikke kan operere alle kvinner som er 40 år, har tre barn og litt heng pupper. Det hadde tatt all tid. Hun snakker om at hun har vondt i ryggen. Han sier at han ikke kan operere henne fordi hun har vondt i ryggen. Hun sier at det alltid har plaget henne. Hun sier at det kanskje gjorde at hun krøket seg sammen når hun var ung. Hun trekker skuldrene fremover slik at ryggen blir lut. Dr. Duflos sier at han ikke kan ta så mye fra hver pupp. Han sier at han kan ta 200 gram fra hver pupp. Han spør henne om hun tror at hun vil bli bedre i ryggen hvis han fjerner 400 gram. Han tviler på at 400 gram vil utgjøre noen forskjell for ryggen.¹¹

Utdraget illustrerer hvordan en av kirur-

gene reagerte negativt på en kvinnes ønske om en brystreduksjon/løft. Kirurgen satte spørsmålstegn ved kvinnens egentlige motiver for et slikt inngrep. Ifølge dr. Duflos handlet det om noe annet enn ryggplager. Det kan hevdes at kirurgen ikke tok pasientens ønsker på alvor idet han avviste henne på denne måten. Samtidig kan det sies at kirurgen øvde motstand mot den definisjonen av normalitet som ser «hengepupper» som noe uønsket.

I de offentlige myndigheters øyne fremstår likevel disse kvinnene som verdige medisinsk oppmerksomhet. Gjennom å få barn viser disse kvinnene at de slutter seg til et normalitetsmønster, og ved å slutte seg til et slikt skjema for normalitet gjør man seg fortjent til en mage-løftoperasjon. På samme måte som mennene som vendte hjem fra krigen, har disse kvinnene «tjent» landet. Estetisk kirurgi kan tolkes som et ledd i integrasjon, der hensikten er å føre kvinnene tilbake til samfunnet (som etter en *rite de passage*), det vil si tilbake til «normaliteten».

Spørsmålet er om det er mulig å bryte dette skjemaet for normalitet. Dette kan problematiseres ved å vise til det Wencke Mühleisen (1996) betegner som «det kvinnelige doxa». Hos Pierre Bourdieu er doxa det som forekommer oss å være selvfølgelig, naturlig og dermed aldri blir stilt spørsmål ved, det automatiske, uutalte, det vi ikke reflekterer over. Mühleisen mener at kvinners doxa fremdeles innebærer at de uten å reflektere særlig over det «får det for seg» at de skal ha barn. Hun hevder at andre livsstrategier og valg er fraværende som mulige modeller. Som et eksempel på dette nevner hun stigmaet ved kvinner som velger bort det å bli mor.

Ifølge Mühleisens argumentasjon vil mine informanter følge det skjemaet for normalitet som henger ved det kvinnelige doxa. Ved å føde to barn eller flere for Frankrike har disse kvinnene gjort jobben

sin og belønnes med en operasjon. Likevel mener jeg at man kan sette et spørsmålstegn ved dette kvinneidealet. Det kan synes som om det representerer en dobbelthet. Dette normalitetsmønsteret sender ut tvetydige signaler. For selv om det forventes at man blir mor, skal det ikke «se ut» som om man er mor.

Idealet – den pregravide kroppen

Ovenfor har jeg beskrevet hvordan kvinnene jeg møtte i Paris så på sine egne kroppar som «ødelagte» etter graviditet. Jeg vil hevde at de offentlige myndigheter på sin side er med på å underbygge dette synet på den «postgravide» kroppen gjennom det offentlige tildelingssystemet der visse plastikkirurgiske operasjoner støttes økonomisk. I lys av kvinnes egne beskrivelser vil jeg i det følgende forsøke å gi en mulig tolkning av denne praksisen. Jeg mener at de kirurgiske inngrepene som kvinnene gjennomgår, kan ses som en reversering av det tidligere *rite de passage* der kvinnene ble mødre – denne gangen som en overgang fra den postgravide kroppen til en pregravid tilstand. Kvinnene er fremdeles mødre, men uten morskroppene. Dette ble spesielt tydelig i møtet med kvinnene og deres ønsker for hva estetisk kirurgi kunne gjøre for dem og hvilke forventninger de hadde til resultatet. Oppfatninger omkring hva som kjennetegner den ideelle kvinnekroppen ble også uttrykt av dem som jobbet med denne typen kirurgi, og da særlig kirurgene. Hvilket bilde dannes av idealkvinnen, først og fremst gjennom slike informantutsagn, men også gjennom ulike fremstillinger i media? Hvilke tendenser er det mulig å spore i forhold til hva som oppfattes som ønskelig, normalt og vakkert? Er det mulig å svare på spørsmålet om hvem idealkvinnen er, eller rett og slett hva en kvinne er?

Et av de tydeligste tegnene ved et

svangerskap vil være den voksende magen. Samtidig som barnet vokser vil magens omfang øke tilsvarende. Et resultat av dette er at muskler og hud tøyes ut. Etter at barnet er født, vil musklene og huden ofte ikke være elastiske nok til at de trekker seg sammen til slik det var før svangerskapet. Som nevnt oppfattes dette som et problem, i den grad at de offentlige myndigheter betaler for å reparere «skadene» graviditeten har påført kroppen.

Det kan synes som om målet er å føre den «postgravide» kroppen tilbake til en «pregravid» tilstand. Dette ble særlig tydelig under konsultasjonene, der idealet om den flate og stramme magen ble fremhevet. De følgende utdragene kan illustrere dette. Det første eksempelet er fra en konsultasjon hos dr. Darmon. En kvinne som hadde født mange barn, ønsket å gjøre noe med magen sin:

Dr. Darmon sier at hun har bra hud. Etterpå vil hun ha en flat mage som vil være stram («dur»), som når hun var 15 år, som før graviditetene.¹²

Når det gjaldt mageløftoperasjonene var mitt inntrykk at hensikten var å gjenskape en flat og stram mage. Det vil si en mage som virker ungdommelig og «uberørt». Under en annen konsultasjon hos den samme kirurgen kom det en kvinne som også ønsket å gjøre noe med magen. Hun var 55 år og hadde født tre barn. Hun hadde i tillegg to arr på magen:

Hun sier at hun er redd for å fortsette å eldes. Hun sier at det henger mer og mer. Hun kler av seg og viser dr. Darmon magen. Hun sier at han skal se profilen. Hun legger seg på benken. Han sier at for at hun skal få flat mage trengs det tre ting. Det første gjelder musklene som må strammes opp, det andre er fett som må fjernes, og det tredje er å ta bort huden. Han sier at hun vil få en flat og hard mage. Han

dunker knyttneven i veggen over henne. (Så hard mage skal hun få.)¹³

De prosedyrene som beskrives i utsagnet er vanlige i forbindelse med en mageløftoperasjon. Det er også mulig å kun fett-suge magen, men i de fleste tilfeller vil en fett-suging ikke «hjelp» fordi både muskler og hud blir tøydd under et svangerskap.

De fleste av kvinnene jeg intervjuet mente at det å få utført et estetisk inngrep var noe de gjorde for seg selv, ofte i opposisjon til ektemann, familie og venner. Under intervjuene la kvinnene ofte vekt på, i likhet med Davis' informanter (1995), at dette var noe de hadde valgt selv. Det neste sitatet viser til den estetiske kirurgens frigjørende potensiale. Her illustreres hvordan lykken kan sies å ligge i en flat mage. Danielle hadde tidligere fått utført en mageløftoperasjon, og nå hadde hun fett-suget lårene. Under intervjuet fortalte hun meg om hvordan det var å våkne opp av narkosen etter mageløftoperasjonen:

Hun er veldig fornøyd med magen. Derfor valgte hun å få utført det andre inngrepet (fett-sugingen) her også. Hun forteller entusiastisk om hvordan det var når hun våknet opp etter operasjonen og hun ikke kunne gripe fatt i huden på magen. Hun hadde flat mage. Før operasjonen kunne hun ligge på ryggen og gripe tak i huden på magen. Hun har brettet ned dyna når hun forteller meg dette. Hun viser med hendene på sin egen mage når hun forteller. Hun forteller hvilken glede hun følte umiddelbart etter operasjonen. Så var det et skår i gleden når hun fikk se arret. Hun forteller meg at arret er sydd med sting på innsiden av huden, og at huden er limt sammen. Jeg spør om hvordan arret er eller blir. Hun forklarer at arret går nede ved «pubis»¹⁴ og at det ikke synes hvis man har på seg truse.¹⁵

Danielle husket godt gleden over å få «ny» mage. Danielle opplevde å få komplikasjoner etter operasjonen i forbindelse med arrdannelsen, for såret ville ikke gro. På tross av dette kom hun tilbake for å få utført en fettsugning av lårene. Dette er i tråd med Davis' (1995) studie i Nederland der hun viser at selv i de tilfellene der operasjonene kunne sies å være mislykkede, angret ikke kvinnene på det de hadde gjort. Tvert imot, følelsen av å ha gjort noe på egen hånd veide tyngre enn et mislykket resultat. For mange opplevdes det som første gang de virkelig hadde tatt kontroll over egne liv.

Det kan altså synes som om kvinnene var villige til å ofre både tid og krefter på å få tilbake en kropp de tidligere hadde vært i besittelse av. En annen kvinne, Caroline, fortalte om en venninne som, i likhet med henne selv, hadde fått utført en mageløftoperasjon. Hun forklarte meg at denne venninnen hadde tatt en mageoperasjon, men ble gravid etterpå. Caroline fortalte hvordan venninnen valgte å beholde barnet selv om hun hadde operert magen sin. Hun skulle bli mor til en gutt. Hun hadde bare jenter fra før og ønsket seg en gutt. En uheldig konsekvens av dette valget var at den nyopererte magen ble «ødelagt» for andre gang. Magen hang på nytt etter at hun hadde vært gravid igjen. Nå var venninnen villig til å foreta enda et kirurgisk inngrep for å få tilbake den tapte magen.

Hva er en kvinne?

Estetisk kirurgi henvender seg fremdeles for det meste til kvinner. Dette blir tydelig gjennom annonser og reklame for de enkelte klinikkene. Med mindre det dreier seg om hårtransplantasjoner, vil flesteparten av disse bruke kvinnekroppen som blikkfang. Når det gjelder mottakerne av disse tjenestene er også andelen av kvinner størst, selv om menn også benytter seg av slike tilbud. Hvordan skal

denne overrepresentasjonen av kvinnelige mottakere tolkes?

Et eksempel fra en samtale med en av de mannlige kirurgene kan belyse kvinnekroppens eventuelle «unatur». Emnet for samtalen var slanking, der vi særlig diskuterte hvor «motstandsdyktige» enkelte kroppsdeler var overfor dette. Ifølge kirurgen var dette steder som rumpe, lår og mage. Jeg understreket at dette var steder på kroppen der kvinner ofte er litt runde. Til dette svarte han at det var typisk for den kvinnelige morfologi («typique pour la morphologie féminine»). Både gjennom media og informantutsagn som dette ble det typisk kvinnelige transformert til noe uønsket, til «ridebuxsedeformiteter» og «appelsinhud». Til noe som burde fjernes. Eller som Bjelland (2000) hevder: «Moten er ikke lenger begrenset til det vi har på kroppen, den naturlige kvinnekroppen har blitt nærmest umoderne» (s. 11).

Gjennom estetiske inngrep vil ofte typiske kvinnelige trekk som fett på mage, rumpe og lår fjernes. Er det på bakgrunn av dette mulig å påstå at kvinnekroppen blir utsatt for prosesser som skal gjøre kvinne til «mer mann»? Frauke Franckenstein beskriver i artikkelen «Making up Cher» (1997) hvordan Lotte Rose ser på sportskulturen som en institusjon som dyrker og krever «male-lization» av kvinnekroppen:

With regard to the ideal of the strong, fit and healthy body, Lotte Rose (1994) has argued how the contemporary Western female beauty ideal of the sportive body points to an acquisition of male concepts of fitness and efficiency. She has called the ideal of being androgenous a dissolving of sexual difference under male norms, the production of a neutral body located in an imaginary male body. She also revealed how modern norms stigmatize the physical features which traditionally and biologically define the

female body: in contemporary Western ideals of beauty we find an aesthetic idealization of the female adolescent's body, which means the non-adult and the non-maternal body, as well as the aesthetic idealization of the boy's body in the female body. Rose explains how this conditioning banishes the rhythm and the functions of the female body (menstruation, pregnancy, breastfeeding, menopause) (ibid.:9).

Franckenstein viser at denne typen «mannliggjøring», her gjennom sport, har som sin primære funksjon å utøve kontroll over kvinner. Kan det på samme måte hevdes at estetisk kirurgi, sammen med andre former for kroppslig praksis, har som sin primære funksjon å utøve kontroll over kvinner (og andre) og at denne typen kirurgi derfor bør ses som en undertrykkende praksis?

I tråd med dette vil jeg vise til artikkelen «Fettfobi og kvinnekropp» (Fürst og Widerberg 2001), der forfatterne diskuterer hvordan idealet om den tynne kvinnekroppen kan være et resultat av endringer i kvinnerollen, med hensyn til krav om tilpasning til arbeidslivets mannlige normer. De viser til den amerikanske feministen Kim Chernin som i artikkelen «Confessions of an Eater» fantaserer om å ha en guttekropp. Hun nektet å innse det faktum at hun var en kvinne. Et eksempel fra en av konsultasjonene, der en kvinne i slutten av 20-årene ønsket en fettsging, kan illustrere dette:

Dr. Duflos spør henne om hun har tatt andre operasjoner. Hun sier at hun har tatt en annen fettsging. Den første var i 1994, den andre var i 1996. Den andre var på innsiden av lårene. Hun sier at det ble ingen resultater i forhold til første gang. Det var som om ingenting hadde blitt fjernet. Han spør henne om hvor mye hun veier. Hun veier 62 kilo. Hun er 1,73 m høy. Hun

har et barn. Hun la på seg 6 kilo under graviditeten, og 8 kilo etterpå, en kilo i måneden. Hun sier at alt la seg på lårene. Han spør henne om yrke. Hun er «mannequin», men ikke «haute couture». Hun viser frem det hun ikke liker. Hun forklarer hva som sjenerer henne. Det er noe på sidene av lårene. Hun klemmer på huden der. Dr. Duflos sier: «Problemet er at du er kvinne.» Han spør henne om hun visste det. Han sier at hoftebeina kommer til å være like breie uansett hva man gjør.¹⁶

Kirurgen setter fingeren på et viktig poeng. Han sier at klientens «problem» er at hun er en kvinne. Selv om hennes «kvinnelige former» kan reduseres (gjennom fettsging), vil hoftebeina være like breie.

Fürst og Widerberg (2001) mener at omgjøringer av kvinnekroppens fysiologi kan ses som uttrykk for kvinnefiendtlighet. Spørsmålet er om estetisk kirurgi på samme måte kan ses som kvinnefiendtlig? Mange vil nettopp hevde dette. Debatten omkring den estetiske kirurgis mulige undertrykkende karakter versus dens potensielle frigjørende kraft vil ikke bli forsøkt besvart her. Det er imidlertid et tankekors hvorvidt «gratis» operasjoner av denne typen skal tolkes som en gave til kvinnen, eller motsatt; som et uttrykk for fornektning av (mors-) kvinnekroppen. Det er vanskelig å svare entydig ja eller nei på dette spørsmålet. Jeg vil heller påpeke det faktum at slike operasjoner blir gitt som «gave» eller belønning til kvinner med postgravide kropp i Frankrike, og at dette gir signaler om hva som oppfattes som «den normale kvinnekroppen».

Franckenstein (1997) problematiserer hvordan Vesten har idealisert den kvinnelige ungdomskroppen, det vil si «the non-adult and the non-maternal body». Også Jorun Solheim (1998) diskuterer dagens kvinneideal, men da i forhold til anorek-

si. Hun mener at den anorektiske tilstand er det tydeligste uttrykket for kvinnelighetens dilemma. Jeg vil hevde, på linje med Davis (1995), at estetisk kirurgi også representerer et slikt dilemma. Solheim diskuterer dagens kvinneideal i forhold til den androgyne slankheten:

Vår moderne kvinnelighet, 70- og 80-årenes kvinnelighet, er på mange måter en negasjon av den kroppslig utviklede kvinnen. Dagens kvinneideal er bygd rundt mannskroppen som norm, hun skal likne ham. Marilyn Monroe er død. Tilbake står en ung gutteaktig skikkelse, uten markerte bryst og hofter, bare kjønnnet er fremdeles synlig, men også det spinkelt, nakent, uferdig. Hun minner ikke lenger om mor. Hun er et barn. (Solheim 1998)

Solheim hevder at forbindelsen mellom den anorektiske kroppen og dagens kvinneideal ikke er at anorektikerne etterligner det moderne kvinnelige slankehysteri, men at den moderne kvinneligheten er anorektisk; den fornekte sin egen kropp. Jeg mener dette blir tydeligst i reklame- og moteverden¹⁷ hvor blant annet modellene blir yngre og yngre. Det hevdes til og med at moteskaperne bruker mannlige modeller når de skal vise frem kolleksjoner for kvinneklær, siden kvinnelige modeller verken er høye nok eller har smale nok hofter.

Estetiske inngrep kan ses som et forsøk på å reversere de biologiske prosessene som kropp utsettes for. Gjennom estetiske inngrep kan vi eksempelvis holde oss «naturlig unge» helt til vi dør. Vestlige skjønnhetsidealer, med sin idealisering av ungdomskroppen, kan sies å fornekte kvinnekroppens «naturlige» rytmer og funksjoner, slik som graviditet, amming, menstruasjon og menopause (Franckenstein 1997). I sin ytterste og mest ekstreme konsekvens vil den ideelle kvinnekroppen fremstå som en barne-

kropp. Likeledes vil det androgyne idealet kunne sies å innebære en mannliggjøring av kvinnekroppen. Det kan virke som et paradoks at den ideelle kvinnekroppen er en prepubertal guttekropp. Idealet om den «pregravide» kroppen går på mange måter imot tidligere oppfatninger omkring kvinnelighet. Moderligheten som ideal er gått ut på dato. Den er ikke lenger «in». Man vet at intens slanking gjør de sykelig tynne modellene ufruktbare. Dagens idealkvinne kan ikke få barn. I tråd med dette idealet vil man søke å føre den postgravide kroppen tilbake til en «pregravid» tilstand. Spørsmålet er om dette kan tolkes som et frigjørende prosjekt, eller om det motsatt representerer en «nøytralisering», om ikke en fornektning, av kvinnekroppen. Ved hjelp av estetisk kirurgi kan man viske ut tegn på at man har født, eldes, eller rett og slett er en kvinne.

Ida L. Samuelsen
cand.polit.

Institutt for sosialantropologi
Universitetet i Bergen

Noter

1. Generelt er flesteparten av mottakerne kvinner. Alle de jeg intervjuet som hadde fått utført inngrep på egne kropp, var kvinner.
2. Ifølge kirurgene ville en brystreduksjon bli betalt av trygdevesenet, mens en «ren» brystløft, det vil si der man ikke fjerner noe, ikke ville bli dekket. Likevel; en brystreduksjon innebar som regel også en løft. Resultatet var en fastere byste som satt høyere oppe, noe som ble sagt å gi brystene en mer «ungdommelig» form.
3. 'Plastic' [Gr. *plastikos*, fit for molding] 1. Capable of being molded. 2. Contributing to building tissues. (*Taber's cyclopedic medical dictionary* 1997:1492).
4. *Norsk Medisinsk Ordbok* 1998:627.
5. *Taber's cyclopedic medical dictionary* 1997:1870.
6. *Stedman's Medical Dictionary* 1995:1712.
7. «Aside from purposes of literary style, placing an a before esthetic serves also to upgrade the

- image by confering it to a classic lineage» (Regnault & Daniel 1984:31).
8. Alle navn er oppdiktede.
 9. *tablier* m. 1. forkle (*Fransk-Norsk ordbok* 1986:392).
 10. *maternité* f. det å være mor; (svangerskap og fødsel) (ibid.:237).
 11. Utdrag fra feltnotater.
 12. Utdrag fra feltnotater.
 13. Utdrag fra feltnotater.
 14. *pubis* m. skamben; venusberg (*Fransk-Norsk ordbok* 1986:318).
 15. Utdrag fra feltnotater.
 16. Utdrag fra feltnotater.
 17. Den kjente motedesigneren Calvin Klein skal ha sagt at han ikke vil at kvinner med mer enn størrelse 38 skal bruke klærne hans.

Litteratur

- Bjelland, Anne Karen 2000. Kroppsbilder i sosialt og kulturelt perspektiv. «Kropp og sjel konferansen 2000» – «Selvbilde og Kroppsbilde», Bergen Kongress Senter 3.–5. mai 2000.
- Bjelland, Anne Karen 2001. Pasientrollen – i et sosialantropologisk perspektiv. *Utposten: blad for allmenn- og samfunnsmedisin*, vol. 2.
- Davis, Kathy 1995. *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. Routledge, New York og London.
- Franckenstein, Frauke 1997. Making up Cher: A Media Analysis of the Politics of the Female Body. *The European Journal of Women's*

Studies, vol. 4, 7–22.

- Fransk-Norsk ordbok* 1996. Kunnskapsforlaget, Oslo.
- Fürst, Elisabeth L'orange og Hege Widerberg 2001. Fettfobi og kvinnekropp. *Kvinneforskning* 1, 92–102.
- Gilman, Sander L. 1999. *Making the Body Beautiful: A Cultural History of Aesthetic Surgery*. Princeton University Press, Princeton og Oxford.
- Haiken, Elizabeth 1997. *Venus Envy: A History of Cosmetic Surgery*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore og London.
- Hedén, Per 1996. *Plastikkirurgiboken*. Silander & Fromholtz Förlags AB, Stockholm.
- Jenkins, Richard 1996. *Social Identity*. Routledge, London og New York.
- Mühleisen, Wencke 1996. *Silikonpupper, skjønnhetens demokratisering og det naturliges terror: Om feministiske muligheter på nittitallet*. Tiden & Spartacus, Oslo.
- Norsk Medisinsk Ordbok* 1998, 5. Utgåva. Det Norske Samlaget, Oslo.
- Regnault, P. og R.K. Daniel 1984. *Aesthetic Plastic Surgery: Principles and Techniques*. Brown and Company, Boston/Toronto.
- Sachs, Lisbeth 1987. *Medicinsk antropologi*. Liber, Stockholm.
- Solheim, Jorun 1998. *Den åpne kroppen: Om kjønnssymbolikk i moderne kultur*. Pax Forlag, Oslo.
- Stedman's Medical Dictionary* 1995, 26th edition. Medisinsk Forlag, abc Fagbokhandel A/S.
- Taber's cyclopedic medical dictionary* 1997, Edition 18. F.A. Davis Company, Philadelphia.

Rekk meg arterieklemmen eller: Kjønnsbilder i kirurgi

Om naturaliseringer av fag og subjekt

Av Trine Annfelt

Artikkelen dekonstruerer naturaliserte forståelser av «kirurgi» og «kirurg». I slike forståelser ligger det makt. Naturaliseringer har effekter som kan bidra til å forklare blant annet den lave andelen av kvinner i kirurgi. Artikkelen gir i hovedsak eksempler på reproduksjon av de hegemoniske forståelser, men viser også tilløp til kamp om disse.

Boka *Legene og samfunnet* ble utgitt i 1986 da Den norske lægeforening fylte 100 år (Larsen 1986). Et av de mange temaene som drøftes her er legerollen som splittes opp i tre ulike bilder, nemlig *Herskeren over liv og død*, *Trøsteren og hjelperen* og *Velferdsforvalteren*. Professor i medisinsk historie Øyvind Larsen slår fast at «[...] det ikke uten videre behøver å være den samme mennesketype som tiltrekkes av et yrke fylt av dramatik og terapeutiske suksesser, av et yrke som kanskje har definert trøst og lindring som hovedinnhold, og av et yrke som hovedsakelig består i omfordeling av velferdsgoder ut fra kollektive medisinske hensyn» (1986:29–30).

Denne forståelsen er mitt utgangspunkt for å drøfte noen bilder av kirurgi

og kirurger. Bildene er hentet fra ulike medier og fra intervjuer jeg gjorde med medisinerstudenter midt på 90-tallet.¹ Jeg skal diskutere to forhold. For det første antakelsen om at det er mennesketypen som avgjør hvilke grener av medisinen og/eller hvilke medisinske spesialiteter et individ lar seg motivere av og passer for. For det andre antakelsen om at ulike grener eller spesialiteter iboende er og kanskje må være kjennetegnet av dette eller hint.

Å forstå mennesker i form av personlighetstyper innebærer å tilskrive dem en gitt essens eller et gitt knippe egenskaper og særtrekk. Disse blir i sin tur gjerne forstått som forankret i biologiske forhold og/eller sett som konsekvenser av sosialisering. Personlighet blir det som dispo-

rer eller motiverer for bestemte valg, og dermed for bestemte erfaringer. For forskning betyr et slikt utgangspunkt både at man ser at det er forskjell på folk, og at man ser de privilegerende eller undertrykkende konsekvenser av forskjell. Samtidig er det noen aspekter av makt man ikke får øye på, nemlig de som henger sammen med selvfølgeliggjøringen av at mennesker foreligger i form av personlighetstyper (Foucault 1980, Neumann 2001). Selvfølgeliggjøringer eller naturaliseringer av tingenes tilstand har i seg selv et sett effekter på blant annet handlingsmønstre og væremåter: Dersom det både utvikles enighet om at kirurgi krever åndsnærværelse og beslutningsdyktighet, og om at slike personlighetstrekk er mest typisk for menn, foreligger det samtidig en forklaring på at det er flest mannlige kirurger. Å forankre i egenskapsstruktur har på denne måten en legitimerende funksjon i forhold til å privilegere handlingsrom for de som tilskrives egenskapene (Søndergaard 1999). Det blir lite man kan gjøre med for eksempel kjønnsfordelingen i en medisinsk spesialitet dersom egnethet henger sammen med en kjønnets essens. Et mulig endringspotensiale ligger i at kvinner kan endre seg. Mens det ligger et potensiale for økt rettferdighet i at det som kvinner typisk velger, kan oppgraderes.

Mot slike antakelser setter jeg sosialkonstruksjonismens forståelse av språkets rolle i framtalingen eller konstruksjonen av virkeligheten rundt oss. Sosiale kategorier som mann, kvinne, kirurg, barnelege etc. utvikles gjennom språket og fylles med et innhold som gjerne oppfattes som selvfølgelig og nødvendig. Det oppstår meningssammenhenger i og om de felles og lokale kulturer som aktørene tar utgangspunkt i og bidrar til å reprodusere, utfordre eller endre (Søndergaard 1996, Jørgensen og Phillips 1999).

I stedet for å forstå det som at kirurgi har en *nødvendig*, iboende egenart som både kan forklare hvordan faget er struk-

turet og hvem som passer der, forstår altså jeg egenarten i lys av diskursiv produksjon. Egenarten er vilkårlig i Foucaults forstand (1995), dvs. at kirurgi har *fått* et meningsinnhold det (kan) kjempes om. «Vilkårlig» viser her til det tilfeldige i de maktkonstellasjoner som gjør eller gjorde at nettopp en gitt historisk utvikling med tilhørende meningsproduksjon har vunnet tilstrekkelig tilslutning og fått forrang framfor andre. I stedet for å diskutere hvem som derfor i kraft av en gitt egenskapsstruktur *passer*, blir det rimelig å utforske de prosesser og praksiser gjennom hvilke de tatt-for-gitte forståelser av kirurgiens egenart så vel som av passende egenskaper blir produsert.

Historikeren Joan Scott (1996) spissformulerer denne type tenkning ved å si at det ikke er individer som har erfaringer, men at det er subjekter som konstitueres gjennom erfaringer. Anbefalingen blir å undersøke de kontekster, prosesser og praksiser individet underkastes og selv deltar i og som produserer deres erfaringer. Med hensyn til mitt tema blir forståelsen at kirurgi og kirurger kontinuerlig konstituerer hverandre i gjensidige prosesser, og at man begrenser innsikten ved å legge til grunn en antakelse om at så vel praksis som vitensproduksjon (bare) reflekterer eller representerer utøverne (Gulbrandsen 1998, 2000, Frith 1996).

Forskning med dette utgangspunkt har en politisk ambisjon. Å *naturalisere* «faglig egenart» og «mennesketyper» bidrar til å reprodusere og låse fast så vel faglig egenart som mennesketypene. Jeg tror at det å løfte fram og dekonstruere de sentrale representasjoner, dvs. de virkelighetsforståelser aktørene i fokus er bærere av – herunder løfte fram tilløpene til eller mangelen på kamp om de hegemoniske forståelser – har et endringspotensiale. Om ikke annet kan dekonstruksjoner, og de bilder som dermed løftes fram, generere andre begrunnelser for gamle strategier.

Kirurgi, som andre deler av medisinen, er per i dag en hegemonisk maskulin diskurs som framstår som selvfølgelig. Denne selvfølgeliggjøringen prioriterer eller legitimerer noen av diskursens bærere framfor andre. For kvinnelige kirurger kan adgangen være knyttet til å framstille seg som en av gutta, mens studenter av begge kjønn kan oppleve at adgang krever naturgitte forutsetninger. Selvfølgeliggjøring har altså *effekter* som er virkelige nok. De er likevel representasjoner, det vil si hegemoniske *forståelser* av hvordan det er og må være. Dermed kan de også utfordres. Jeg gir eksempler på produksjon og reproduksjon av sentrale representasjoner i kirurgi, men viser også at de kan utfordres og av og til blir utfordret.

Hvordan forstås kirurgi?

Sosiologen Dag Album (1991) har undersøkt den prestisje ulike sykdommer og medisinske spesialiteter har. På topp ligger tre kirurgiske grenspesialiteter: neurokirurgi, kardiologi og thoraxkirurgi. På bunnen kommer psykiatri, hud og allmennmedisinn – med geriatri på en absolutt jumboplass.

Album peker på en rekke kjennetegn ved sykdommer og spesialiteter som henger sammen med rang. For sykdommer dreier det seg om lokalisering, om antatte årsaker, om behandlingens prognose mv. Sykdommer som topper prestisjeskalaen kan lokaliseres til hjerne, hjerte og blod, dvs. til de organer som framfor noen symboliserer liv. De kan påvises med objektivt målbare funn og kan ikke knyttes til klanderverdig livsførsel. Videre har sykdommer med fart og dramatisk høyere rang enn de som har en mer gradvis utvikling. Rang henger også sammen med prognosen. Sannsynligheten for å oppnå raske resultater gir høy rang like så vel som den dramatiske, radikale kirurgiske behandlingen. På samme

måte gir bruk av avansert og kostbar teknologi rang til sykdom og spesialitet. Også sosiale kjennetegn ved sykdommer og behandlere teller. Således er hjerteinfarkt og fibromyalgi, de to ytterpunktene på prestisjeskalaen, typiske lidelser som rammer og i stor grad behandles av hvert sitt kjønn.

Det som i denne forbindelse er interessant, er for det første sykdommenes og spesialitetenes egenart og for det andre kjennetegnene ved det som gir prestisje. Toppsjiktet henter som nevnt mening gjennom kobling til intellekt, ånd og liv mens det mindre prestisjefylte kobles med det gale (psykiatri), det urene (hud), det vanlige (allmennmedisin) og det gamle/død (geriatri). Topp og bunn er dermed knyttet til henholdsvis første- og andreposisjon i en rekke av gjensidig utsluttende dualismer. Topp- og bunnsjiktet får dermed mening både gjennom å være det det andre *ikke* er, og gjennom forskyvning av mening mellom førsteposisjoner (eller mellom andreposisjoner) og på tvers av språklige opposisjoner.² Når en spesialitet «har» prestisje handler altså dette om at prestisjefylt mening er hentet fra noe som i sin tur får mening gjennom assosiasjon, relasjon eller motsetning til noe annet: Vi forstår ikke hva intellekt er og hva det er verdt hvis vi ikke forstå hva hjerne er. Og vi forstår hva hjerne er fordi det kobles til «hode» som henter meningsinnhold og prestisje fra ikke å være «kropp» osv. Når gitte spesialiteter havner i toppsjiktet, handler det derfor ikke om at de spiller en objektiv virkelighet, men om en meningsproduksjon som blant annet kobler dem til den ene eller andre siden i opposisjoner der leddene er hierarkisk ordnet og henter mening gjennom forskyvning. Rangen er altså språklig produsert og kan ikke forklares gjennom henvisning til en siste referent eller endelig sannhet. En annen måte å si dette på er at det ligger *mening* mellom spesialitetene som fysisk gitt, og vår sansning av dem. «Sannheten» om dem,

eller forståelsen av dem, er diskursivt produsert. I medisin framstår denne «sannheten» videre som temmelig utfordret. Album viser at det eksisterer bred enighet blant medisinsk personell og studenter om rangordningen. Diskursens bærere står altså i stor grad sammen om en produksjon av utsagn og praksiser som bekrefter og opprettholder denne. Fordelingen av prestisje oppleves tydeligvis som virkelig nok og har høyst reelle konsekvenser for eksempel i form av økonomisk uttelling og forskningsinnsats.

De prestisjetunge spesialitetenes *kjønne* vesen kommer særlig tydelig fram fordi de beskrives med et begrepsapparat med hegemonisk maskuline konnotasjoner (Connell 1995). Det er ikke hvilke diskurser som helst som manes fram når fenomener gjøres maskuline. Kommunikasjonsforskeren Lance Strate (1992) peker på at da settes mytene om menn i arbeid. De temaene som aktiveres dreier seg om å ta sjanser, om å mestre utfordringer og risikobetonte oppgaver. Den maskuline myten knytter menn til fart og dramatikk, til det presise og rasjonelle, til å kjempe og vinne – også over sykdom og død. Sykdommer man «blør og dør av», for å bruke Albums formulering, og der man reddes av kirurgen, er altså kjennetegnet både ved høy prestisje og ved å assosiere til hegemonisk maskulinitet. Eller sagt på en annen måte: høy prestisje er *tillagt* eller lest inn i aktiviteter og spesialiteter som er assosiert med hegemonisk maskulinitet.

Selv om rangordningen mellom spesialitetene er klar, kan den hegemoniske diskursen ikke ensidig knyttes til noen medisinske spesialiteter og absolutt ikke til andre. Både til distriktslegens og allmennpraktikerens virksomhet, og for den saks skyld til psykiateren, kan det knyttes forestillinger om risikobetont innsats og kamp for å overvinne ikke bare naturen, men døden. Hva som har høyest prestisje, avhenger til enhver tid av hva det

sammenlignes med, dvs. av den *konteksten* det går inn i. Når spesialitetene rangeres innbyrdes, er det nettopp de andre spesialitetene som er konteksten.

Det er verdt å merke seg at de høyest rangerte spesialitetene på den interne prestisjeskalaen eksponerer grunnleggende verdier for hele det medisinske feltet. *Herskeren over liv og død*, *Trøsteren og hjelperen* og *Velferdsforvalteren* er ikke likeverdige bilder i en flat struktur. De er hierarkisk ordnet, og det er ingen tvil om hvilket som har høyest rang. Samtidig tydeliggjør en dekonstruksjon av *Herskeren over liv og død* at de idealer som samles i dette bildet, faller sammen med idealer som tales fram som hegemonisk maskuline.

Kirurgen som helt

Jeg skal gi et konkret eksempel på diskursiv produksjon av kirurgen som helt. Det er hentet fra det største og viktigste medisinske tidsskriftet i Norge og markerer 10-årsjubileet for den første, norske hjertetransplantasjonen. Intervjuet har tittelen «Høylytt cowboy på Rikshospitalet». Ved siden av å gi korte bilder knyttet til oppstartingsfasen og utbredelsen av slike operasjoner, får vi glimt av kirurgen som ledet transplantasjonen og miljøet han ferdes i:

«– En hjerteoperasjon er et teamarbeid med en leder, sier han og snur falkeblikket mot meg for å poengtere utsagnet.»

«[...] professoren som ikke akkurat har skydd pressen, selv om han gjerne har vært i alvorlig skuddveksling med den.»

«[...] ved Kirurgisk avdeling, Rikshospitalet, trives han blant 'ville banditter'.»

«Gutteaktig føler han seg tydelig smigret når jeg forteller at han oppfattes som en cowboy innen legestanden. Cowboy, sier han, og smaker på ordet. Det kan være en stil, men det finnes jo forskjellige typer cowboyer. Jeg sier fra når jeg mener det er berettiget. [...] Jeg er litt 'loner'-type, preget av cowboyen som rir inn i solnedgangen i vest. Men her på jobben nytter det ikke å gjemme seg alene.»

«En skarpskytende bamse, som trives i fjellheimen og ved fjorden. Som daglig får kjeft for røykingen sin og som elsker sitt arbeid blant andre tøffinger ved Kirurgisk avdeling, Rikshospitalet.»

Nettopp dette at det er et jubileumsintervju, at det fikk plass i det viktigste norske tidsskriftet for medisinerne og at aktørene, en fagjournalist og en velrenommert kirurg, er etablerte medlemmer av den medisinske kulturen, understreker at framstillingen er i samsvar med kulturens representasjoner av «kirurg». Dersom intervjuet på vesentlige punkter hadde brutt med den medisinske kulturens forventninger, hadde det rett og slett ikke vært mulig å trykke dette som jubileumsintervju. Når man som jeg har plukket ut og sammenstilt bestemte sekvenser, blir det samtidig nesten uforståelig at det sto på trykk i et seriøst tidsskrift for åtte år siden. Hva kan det komme av at en framstilling av kirurger krydret med jakt- og krigsmetaforer, med assosiasjoner til skogens konge og cowboy i solnedgang, kunne forventes å bli møtt med positiv sosial gjenkjenning? Mitt svar er at det handler om *sammenfallet* mellom de kulturelle kategoriene «kirurg» og «maskulin mann». *Adgangen* til kategorien «kirurg» ble da som nå regulert gjennom kulturgitte forventninger til og forestillinger om maskulinitet. Vi får vite noe om væremåter og handlingsformer som virker/virket konstituerende for identiteten

«kirurg», og dermed også noe om *vilkårene* for å forhandle seg inn som kirurg med kvinnetegn på kroppen. For hvordan ser fortellingen ut dersom kirurgen i fokus hadde vært kvinne? Ville ikke en kvinnelig kirurg blitt opplevd som uthengt dersom hun ble framstilt som skarpskytende binne blant ville banditter på Rikshospitalet? Ved å la kirurgen skifte kjønn blir det tydelig at kirurgi ikke er en kjønnsnøytral kategori (Lather 1993). Så vel dette intervjuet som Albums undersøkelse strukturerer vår forståelse av hva som er viktig og mindre viktig i kirurgi, og av hvordan en kirurg er og må være. Kirurgi trer fram – ikke per definisjon, men midt på 90-tallet og i dag – som en maskulin diskurs. Jeg mener dette er et poeng det er viktig å ta med for å forstå hvorfor kirurgi i hovedsak var og er befolket av menn.

En av gutta?

For kvinnelige kirurger er en mulig vei til legitimitet og anerkjennelse å framstå som «en av gutta». Faglig kan det bety å ta opp i seg de normer og verdier, prioriteringer og vurderinger som til enhver tid anerkjennes i de aktuelle fagmiljøer. En av disse kirurgene skriver om hvordan rollen etter hvert ble en tvangstrøye som det ble nødvendig å komme seg ut av (Emblem 1990). Hun henviser dermed til noe som i min sammenheng er et viktig poeng – nemlig at betydningssystemer (diskurser) ikke determinerer, men anviser identiteter. Aktørene kan forhandle de regulerende anvisninger innenfor rammen av det kulturelt forståelige (Butler 1990). Her legger som vist kvinnetegn på kroppen helt andre rammer for forståelighet enn det å være mann.

Selvsagt kan kvinnelige kirurger i dag framstå som både risikovillige og kulturelt forståelige. Grensen for hva som kan kobles sammen som «kvinnelig» er tøyet og mer flytende enn før. Økt forskjellig-



het mellom kvinner kan ses som en av likestillingskampens resultater (Borchgrevink 1994). «Risikovillig» har ikke av den grunn fått feminine konnotasjoner og slik blitt noe typisk kvinnelig. Det konnoterer fortsatt maskulint, og den risikovillige, tøffe kirurg kan fortsatt fort bli tolket som unntaket som bekrefter regelen med hensyn til hvordan kvinner er og kan være. Ved å realisere et ideal fra en hegemonisk maskulin diskurs, kan hun på den ene siden bli forstått som «bedre» enn andre kvinner.³ Forutsetningen er at hun gjennom sin samlede selvframføring realiserer et kjønnsuttrykk som til sammen framstår som legitimt «kvinnelig», altså kvinnelig *nok* (Søndergaard 1996). Kulturell forståelighet som kirurg og kvinne forutsetter med andre ord tilstrekkelige signaler om begge deler.

På den andre siden kan hun framstå som monstrøs. Både studenter og leger er opptatt av at man kan «miste sin kvinnelighet» i de medisinske miljøer og at *det* ikke må skje. En student forteller om hvordan hun i sommerpraksis sterkt ble frarådet å spesialisere seg i ortopedi. En mannlig ortoped hadde sagt at hun ville ødelegge seg selv. Han hadde opp gjennom årene arbeidet sammen med to kvinner som var de tøffeste damene han hadde truffet i sitt liv. De hadde mistet alt som var kvinnelig – eller hadde aldri hatt noe. Holdningene på slike avdelinger var knalltøffe, og så vondt unnet han ikke denne studenten. Han selv trivdes imidlertid utmerket i jobben sin!

Studenter kan på samme måte snakke om det de kaller de «gamle» kvinnelige legene de har møtt i studietiden (Annfelt 1999). Også disse blir forstått som å ha «mistet sin kvinnelighet» og være «maskuline», hvilket ifølge studentene er synd.

Igen ser vi at diskursen for kjønn legger rammer for legitim selvframføring. De to ortopedene, i likhet med de «gamle» kvinnelige legene, har åpenbart utfordret rammene. Studentenes fortel-

linger viser også hvordan femininitet/maskulinitet blir forstått som objekter (og ikke prosesser) som kan håndteres på den ene eller andre måten: Kvinner kan *miste* sin kvinnelighet. Samtidig blir det klart at det å *være* kvinne i seg selv ikke er kvinnelig nok (Nossum 2000).

Det er også et annet viktig poeng her. Studenten som ble frarådet ortopedi, var selv idrettsutøver og levende opptatt av denne spesialiteten. Hun var med andre ord en snart utdannet lege som godt kunne velge ortopedi som karrierevei. Nå øker som kjent sannsynligheten for å bryte barrierer dersom man blir oppfordret til det og fortalt at man passer. Her skjer det omvendte. Studenten blir frarådet å forsøke av en som kjenner miljøet og *selv passer der*.

Når det er mulig for den mannlige ortopeden å uttrykke seg slik han gjør, forteller det noe om tatt-for-gitte «sannheter» om så vel ortopedi som kjønn.⁴ Det framstilles som «naturlig» at det er «knalltøffe holdninger» i denne type kirurgisk arbeid. Ortopeden peker ikke dette ut som en skandale eller antyder at hans erfaringer kan være et unntak. Studenten blir heller ikke frarådet å søke seg til en bestemt ortopedisk avdeling kjent for slike holdninger, men til spesialiteten som sådan. Budskapet er at slik er det bare, derfor bør hun velge noe annet. I en samtidig bevegelse produseres det «sannheter» om hvordan kvinner «er». Kvinnelighet naturaliseres, og det blir åpenbart at de med slik «natur» ikke passer. I dette ligger det makt (Foucault 1980). Diskursen har effekter som ikke nødvendigvis er ønsket av noen, men som likevel tilgodeser noen framfor andre. Produksjonen av hvordan det «er» og av hvem og hvorfor noen derfor passer eller ikke passer, legitimerer et særlig handlerom i medisin – her i ortopedi – for dem som har de riktige personlighetstrekk – her tilstrekkelig «maskulinitet» (Søndergaard 1999).

Studenter forteller om det de ser som

konsekvenser av at det kommer kvinner inn i kirurgi. Det gjør noe med klimaet på avdelingen. Både kvinner og menn kan da være åpnere for myke verdier, sier de. To som har hatt sommerpraksis ved samme sykehus, forteller at etter en større ulykke som ble opplevd som vanskelig ikke minst for dem, tok kvinnene på avdelingen situasjonen opp: «Nei nå skal vi ha et sånt møte, nå skal vi bearbeide det her.» «Så murra de mannlige legene litt,» sier den ene, «men så fikk de det gjennom. Og det var veldig fint, altså. Jeg tror at kvinner er kanskje mer sånn til å ta vare på hverandre da.»

Igjen er det kjønnetes egenskaper som gjør en forskjell. Handlingsbetingelser for endring er «kvinner natur/egenskaper», og det er *klimaet* på en aktuell avdeling som eventuelt endres gjennom tilførsel av omsorgsorientering. Spørsmålet er om «ortopeden» og «ortopedi» er kategorier i forandring? Selv om noen ortopeder etter hvert er kvinner, blir (foreløpig?) ikke «omsorg» forstått som en *nødvendig* egenskap på linje med «risikovillig» og «knalltøff». Dette er interessant i seg selv for en yrkesgruppe som blant annet stiller med andres smerte og ulykke. Ortopedi ser heller ikke ut til å være rokket ved som en «hard» spesialitet uten assosiasjoner til omsorgsyrke. *Representasjonene* eller virkelighetsforståelsene av henholdsvis kjønn og kirurg/kirurgi er i mitt materiale uforandret; det blir opprettholdt og bekreftet gjennom produksjon av naturaliserende utsagn og praksiser. Disse representasjonene fester fortsatt «kvinnelighet» og «omsorg» ved den ene polen i en dikotomi, mens «maskulinitet», «knalltøff» og «kirurgi» samler seg om den andre.

Igjen: diskursen om kirurgi har effekter som gjør en forskjell i maktfordelingen mellom kjønn og medisin. Jeg har forsøkt å vise hvordan disse effekter blant annet handler om den makt som ligger i naturaliseringer eller selvfølgeliggjøringer av hvordan det «er» og «må være».

Kirurgi som karrierevalg?

Kirurgi representerer essensen i legemyten. Dette kan forklare den fascinasjon og stillingstagen alle «mine» studenter utviser i forhold til denne spesialiteten. Legen er den som skal løse problemer lekfolk står hjelpeløse overfor. Kirurgens løsning er synlig og konkret. Man kan gå løs på pasientens problemer med kniven i hånd og *gjøre* noe. Pasienten kan bli fort frisk, og selv når det ikke skjer, er vedkommende etter en operasjon synlig behandlet. Det går som en rød tråd gjennom studiet at du skal behandle til symptomfrihet. Målet er å få pasienten frisk. Helt frisk. Det er det underliggende kriteriet på vellykket behandling, og derfor implisitt en målestokk også for egen vellykkethet. Sett i et slikt lys burde *mange* studenter strømme til for å bli kirurger.

Når likevel et fåtall gjør det, aktualiserer det spørsmålet om hva som åpner *adgang*. Så langt har jeg diskutert dette i lys av legens kjønn og kategoriens maskuline diskurser. Studenter tydeliggjør at også andre ting teller. Mens andre planer for karrieren særlig begrunnes med *lyst* og hva som kan passe inn i en framtidig livssituasjon, dukker spørsmålet om naturgitte forutsetninger opp når kirurgi diskuteres. Studenter kan peke på lyst til å arbeide med hendene samtidig som de vurderer sine kompetanser for håndverksmessig arbeid: «Jeg er ikke *trenevete*, da,» sier Laila, «jeg har hatt en tendens til å få til ting når jeg gjør det med hendene. Så jeg føler liksom at det er noe jeg kan beherske.»

Greger, som sikter mot plastisk kirurgi, håper tegneferdighetene skal bli ham til nytte i en spesialitet som han mener har med modellering og forming å gjøre. Begge understreker egenskaper ved seg selv som et mulig inngitt potensiale for å lykkes. Implisitt sier de da at kirurgi er en disiplin der det å inneha bestemte ferdigheter eller egenskaper er, om ikke en forutsetning, så i det minste en fordel. Jeg

tolker dette i lys av den rang kirurgien har i det medisinske hierarkiet: Skal man som medisinerstudent planlegge kirurgi som karrierevei, så bør man i det minste ha det «medfødte» utstyret i orden.

Også studenter som *ikke* planlegger kirurgi kommenterer uoppfordret sine fysiske forutsetninger. Det kan være hender som er for små for kirurgisk arbeid eller manglende fysisk styrke. Dette argumentet møter jeg også hos jenter som samtidig forteller at de trener flere ganger i uka. For en ikke-kirurg er det vanskelig å bedømme realitetene bak slike selvvurderinger. Men selv om det er grener av kirurgien der menn har fysiske fortrinn i form av størrelse og styrke, er det nærliggende å tolke disse vurderingene som støtte *også* til argumentet foran: Når man avviser medisinsens høyest rangerte spesialitet som et mulig karrieremål, bør man kanskje ha gode grunner. Da kan det være like greit å kunne gi denne avvisningen en naturgitt, fysisk og dermed høyst legitim begrunnelse.

Både det å påberope og frasi seg medfødte forutsetninger forteller noe om den status «natur» har som sannhetsvitne i vår kultur. Natur blir forstått som det sanne og ekte, det uforanderlige som vi i siste instans ikke kan gjøre noe med. Dette er en av metafysikkens grunnantakelser som opp gjennom historien har vært gjentatt og gjenfortalt i det uendelige (Sarup 1993). Antakelsen kan som her brukes som en indikasjon på egnethet og slik bidra med trygghet for enhver som er fingernem. «Natur» som argument for adgang kan med andre ord fungere kjønnsnøytralt.

Men først og fremst finner jeg at det er kjønnet natur som bemyndiger. Guttorm peker på karaktertrekk og egenskaper han mener kan gjøre en person til en god kirurg: Man må være spontan og uredt. Man må våge å ta avgjørelser og å ta sjanser – av og til på et tynt grunnlag. Man må være oppfinnsom og litt fandenivoldsk. Alt dette er for det første egen-

skaper han knytter til et biologisk grunnlag – testosteronets virkning – og som derfor er mer karakteristisk for menn enn for kvinner. For det annet er det egenskaper han mener han selv har en del av og som han ønsker å utvikle videre.

I sin argumentasjon støtter Guttorm seg til diskurser som naturaliserer kjønn. Han benytter en strategi som består av to ledd. Han framstiller (i) kjønn som forskjell, og (ii) forankrer forskjellen i biologi. Med dette grepet etableres en (nødvendig) egnethet for menn øverst i det medisinske hierarkiet, og en implisitt motsetning mellom kvinnelighet og kirurgi. Kvinner vises med henvisning til naturgitte forutsetninger bort fra medisinsens mest prestisjetunge spesialiteter, eller henvises til rollen som nest best på slike områder. Når argumentasjonen er mulig, er det selvsagt fordi den er så *velkjent* i vår kultur. Guttorm bruker forestillinger om kjønn som har lange tradisjoner og fortsatt bred sosial støtte, som orienteringsredskap. Han kan gjøre dette fordi han ikke sier noe annet enn det mange representanter for så vel forskning som hverdagsforståelsen vil mene at han sikkert har rett i.

Guttorms argumentasjon er knyttet til egenskaper ved de to kjønnene. Slik er argumentasjonen analog til den som ble ført i begynnelsen av hundreåret da kampen sto om kvinners adgang til det medisinske fakultetet. Også da var de «naturgitte/naturlige» forskjellene mellom kjønnene viktige argumenter for å henvisne menn og kvinner til henholdsvis et over- og underordnet medisinsk felt, nemlig lege- og sykepleievirksomheten.

At Guttorm her tar i bruk et betydningsystem mer enn et biologisk faktum, støttes blant annet av det han også selv peker på: *Noen* kvinner, og ikke *alle* menn, egner seg som kirurger. Tilsvarende eksempler kan hentes fra andre arenaer (Slottemo under arbeid). Da kvinner var på vei inn i operatørstillinger ved koksverket i Mo i Rana, ytret mann-

lige arbeidere tvil og usikkerhet angående deres mulighet til å mestre slikt arbeid. De pekte på fysisk slit og belastning i tillegg til støv, skitt, nervepress og varme som hindringer for kvinner i disse jobbene. Fysisk styrke og evne til å tåle belastninger ble brukt til å foreta en kjønnskategorisering. Som Slottemo påpeker, skjedde dette parallelt med at det ikke ble problematisert om eller at *alle* menn egnet seg for slikt arbeid. Fysisk styrke og evne til å tåle støv, røyk og varme hadde maskuline konnotasjoner i koksverksmiljøet, og pekte arbeidsplassen ut som en arbeidsplass for menn. Kvinnelighet ble i en samtidig prosess reproduisert som forskjellig fra mannlighet, og med den konklusjon, eller bekymring for, at arbeidsplassen ikke var egnet for kvinner.

Bruddene

Jeg finner få forsøk på å utfordre kirurgiens hegemoniske posisjon. En enslig student trivialiserer feltet ved å beskrive operasjoner som å stå oppreist i mange timer og kikke ned i en mage. Dette er et brudd med den øvrige strømmen av representasjonsbekreftende tale. Andre studenter kan ta avstand fra kirurgi eller være ambivalente: Det de har sett gjennom studietiden og gjennom sommerpraksis både tiltrekker og frastøter dem. Selvfølgeliggjøring av disiplinens hegemonisk maskuline idealer utfordres imidlertid ikke. De meningssammenhenger som *legitimerer* posisjonen tas for gitt: Kirurgi er *slik*, og de er *sånn*. Derfor passer det ikke.

Det ligger et endringspotensiale kanskje først og fremst hos diskursens «nye» bærere, særlig etter hvert som det blir flere av dem. Som nevnt forteller studentene om kvinnelige kirurger som etter deres mening har en annen praksis enn mannlige kolleger. Stikkordene er omsorg og helhetstenkning, altså idealer

med klare konnotasjoner til femininitet. Å insistere på at slike idealer er relevante i kirurgisk arbeid kan tolkes som innspill i kampen om hvilken diskurs som skal være den gjeldende. I prinsippet kan det ses som forsøk på å ramme kirurgi inn i en diskurs der særlig kvinner har legitimitet. Hvis slik innramming ble vellykket, kunne kirurgi framstå som en disiplin der «omsorg» og «helhetstenkning» fortrengte «knalltøff» og «risikovillig» som tatt-for-gitte forventninger. Det er samtidig vanskelig å se for seg en slik utvikling fordi studenter i mitt materiale, og sannsynligvis leger, har valgt medisin blant annet fordi det *ikke* har status som omsorgsyрке. Også andre utviklinger er selvsagt mulig, uten at det går fram av den empiri jeg har til rådighet.

I den grad forskning kan bidra til endring, tror jeg som nevnt at det nå er forsøket verdt blant annet å prøve dekonstruksjon av de tatt-for-gitte selvfølgeligheter. Dersom medisin italesettes og av flere kjempes fram som en kjønnet diskurs, kan det påvirke aktørenes legitimitet og dermed forskyve maktforholdet i innrammingsarbeidet. Jeg tenker her på for eksempel «de tøffe banditter på Rikshospitalet». Det å opprettholde de hegemoniske idealer som *nettopp* hegemoniske forutsetter som kjent tilslutning (Gramsci 1971). Det ligger et endringspotensial i å undergrave denne.

La meg avslutte med nok et forsøk på punktering av medisinenes kjønnsnøytralitet: Medisinerstudenter forteller at de vil utfolde seg og bli bekreftet både som leger og kvinner. Hvordan «er» man kvinnelig lege på en måte som gir positiv bekreftelse på hele pakken? Lisbeths forslag er at kvinneligheten skal signaliseres. Hun vil gjerne være pen og velstelt og ikke kunne forveksles med en gutt eller mann. Laura og Geir bekrefter at slik er det nå: Jenter vil gjerne pynte seg litt, og det er trist med de gamle kvinnelige legene som ikke torde vise fram sin kvinnelighet.

Sett så en mannlig medisinerstudent inn i Lisbeths dilemma. Da blir historien seende slik ut: *Lars* forteller at han så gjerne vil utfolde seg og bli bekreftet både som lege og mann. Lars sitt forslag er derfor at også mannligheten skal signaliseres. Laura og Geir bekrefter at slik er det nå: Mannlige studenter vil gjerne bekreftes som begge deler, og det er trist med de gamle legene som ikke torde vise fram sin maskulinitet. Medisin blir i dag i hovedsak forstått som et kjønnsnøytralt felt og derfor noe som fungerer *likedan* for kvinnelige og mannlige studenter. Ved å sette Lars inn i Lisbeths posisjon, blir det mulig å sette spørsmålsteget ved denne tatt-for-gitt-heten.

Trine Annfelt
førsteamanuensis
Senter for kvinne- og kjønnsforskning
Institutt for tverrfaglige kulturstudier
NTNU

Noter

1. Artikkelen er en videre bearbeiding og analyse av materiale fra avhandlingen *Kjønn i utdanning. Hegemoniske posisjoner og forhandlinger om yrkesidentitet i medisin og faglærerutdanning* (Annfelt 1999).
2. Jeg bygger her på Sarup 1993, kap. 2.
3. Kvinnelige medisinstudenter fortalte om dette. Når andre fikk høre hva de studerte, ble de ofte møtt med en beundring de ikke kjente seg igjen i. De ble forstått som de flinke jentene som tør og kan (Annfelt 1999).
4. Det kan selvsagt være andre representasjoner av ortopedi i omløp. I den grad de fins, har de åpenbart ikke så langt ugyldiggjort den forståelsen «vår» ortoped produserer.

Litteratur

- Album, Dag 1991. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Nordisk Medisin* 8–9, 232–236.
- Annfelt, Trine 1999. *Kjønn i utdanning. Hegemoniske posisjoner og forhandlinger om yrkesidentitet i medisin og faglærerutdanning*. Avhandling for dr.polit.-graden, Senter for kvinneforskning, NTNU.
- Borchgrevink, Tordis 1994. Høydeskrekke?. I G. Hagemann og A. Krogstad (red.): *Høydeskrekke. Kvinner og offentlighet*. AdNotam forlag, Oslo.
- Butler, Judith 1990. *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge, London og New York.
- Connell, Robert C. 1995. *Masculinities*. Polity Press, Cambridge.
- Emblem, Ragnhild 1990. Kjønnsnøytralitet i medisinsk forskning – mulig og ønskelig? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 25, 3268–3272.
- Foucault, Michel 1980. *Power/knowledge. Selected interviews and other writings 1972–1977*. The Harvester Press, Brighton.
- Foucault, Michel 1995. *Seksualitetens historie. Viljen til viten*. Exil forlag.
- Frith, Simon 1996. Music and Identity. I Stuart Hall og Paul du Gay (red): *Questions of Cultural Identity*. Sage Publications, London, Thousand Oaks og New Dehli.
- Gramsci, Antonio 1971. *Selections from the Prison Notebooks*. Lawrence and Wishart, London.
- Gulbrandsen, Liv Mette 1998. *Kulturens barn: en utviklingspsykologisk studie i åtte-åttens åringers sosiale landskap*. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Gulbrandsen, Liv Mette 2000. Samspill mellom barn som kjønnsskapte og kjønnsskapende prosesser. Et analytisk perspektiv. I H. Haavind (red.): *Kjønn som fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Gyldendal akademisk, Oslo.
- Jørgensen, Marianne Winther og Louise Phillips 1999. *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde universitetsforlag/Samfundslitteratur, Roskilde.
- Larsen, Øyvind, Ole Berg og Fredrik Hodne 1986. *Legene og samfunnet*. Seksjon for medisinsk historie. Universitetet i Oslo/Den norske lægeforening.
- Lather, Patti 1993. Fertile Obsession: Validity after Poststructuralism. *The Sociological Quarterly* 34 (4), 673–693.
- Neuman, Iver B. 2001. *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Nossum, Beate 2000. No'me Nome. *Blikk* 11, 41.
- Sarup, Madan 1993. *An Introductory Guide to Poststructuralism and Postmodernism*. Harvester Wheatsheaf, London.
- Scott, Joan Wallace 1996. Erfaring. *Arr. Idéhistorisk tidsskrift* 4, 12–24.
- Slottemo, Hilde Gunn (under arbeid). *Fra eneforsørger til part i lønnsystem? Mannlig kjønnsidentitet i Mo i Rana*. Doktoravhandling

- under arbeid. Senter for kvinneforskning, NTNU.
- Strate, Lance 1992. Beer Commercials. A Manual on Masculinity. I Steve Craig (red.): *Men, Masculinity, and the Media*. Sage Publications, London.
- Søndergaard, Dorte Marie 1996. *Tegnet på kroppen. Køn: Koder og konstruksjoner blant unge*

voksne i Akademia. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

- Søndergaard, Dorte Marie 1999. Destabilising Discourse Analysis. Approaches to Poststructuralist Empirical Research. Arbeidspapir nr. 7, Køn i den akademiske organisation, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.

Menn og sjukepleie

Av Jeanne Boge

Kampen for å likestille kvinner og menn har i etterkrigstida ført til at kvinner i stor stil har gått inn i yrke som tidlegare har vore mannsdominerte, for eksempel medisin, medan menn i liten grad har vist interesse for tradisjonelle kvinnefag som for eksempel sjukepleie. Denne artikkelen vil prøve å kaste lys over ulike grunnar til at få menn opplever sjukepleie som eit attraktivt yrkesval.

Berre ca. 7 % (3911) av alle norske, yrkesaktive sjukepleiarar er menn. Det vil seie at ca. 93 % (49 670) er kvinner (Norsk Sykepleierforbund 2001). I det fylgjande vil eg diskutere om menn sitt fråver kan skuldast testosteron og manglande omsorgsevne, vask og stell, grenselaus rydding og trivselsskapande aktivitetar, skeptiske pasientar, seksualitet, nedlatande haldningar, over- og underordningsmønster i helsevesenet. Mot slutten av artikkelen vil eg diskutere mannlege sjukepleiarar sine karriereval, då eg trur det kan vera med å kasta lys over problemstillinga, og vera med å visa veg for kvinneforskninga framover.

Testosteron og manglande omsorgsevne

Er det biologi som forklarar at menn i liten grad ynskjer å vera sjukepleiarar? I ein avisdebatt for ei tid sidan hevda pro-

fessor Harald Kryvi ved Zoologisk institutt, Universitetet i Bergen, at det er kjønnsormon som styrer menn og kvinner sine yrkesval, og som forklarar at under 10 % av norske sjukepleiarar er menn. Testosteronet gjer det unaturleg for menn å driva med sjukepleie. Testosteronet gjer menn aktive, aggressive og dominerande, og dette meiner professoren er å føretrekkje framfor fredssommelege menn. Menn er i tillegg meir kreative og flinkare i matematikk og andre naturvitskaplege fag enn jenter. Om jenter er flinke i matematikk, skuldast det at dei er meir nøyaktige enn gutar. Østrogenet gjer jentene følsame for lydar og berøring. Det får også æra for at jenter har betre finmotorikk og betre språk (Kryvi 2000).

Biologiske forklaringar på kjønnsforskjellar har lange tradisjonar i vestlige samfunn. Mellom anna forklarte Jean-Jacques Rousseau (1712–1778) at menn måtte vera overordna kvinner fordi natu-

ren hadde skapt dei slik (Viestad 1989, Nerheim 1991).

Kryvi sin kollega, matematikkprofessor Audun Holme (2000), var ikkje samd. Han meinte derimot at det ikkje kunne dokumenterast at kvinner var meir eigna til omsorgsykje enn menn. Det er miljø som påverkar yrkesval, og ikkje biologi. Dessutan fins det ei rekkje individuelle ulikskapar som ikkje kan forklarast ved hjelp av testosteron og østrogen. Heller ikkje sosialantropolog Heidi Skramstad (2000) var samd med Kryvi. Ho viste til at det har skjedd historiske endringar i yrkesval, blant anna innan medisin, utan at ein kan visa til endringar i hormon hjå menn og kvinner. I Gambia er halvparten av sjukepleiarane menn, noko som truleg ikkje skuldast at kjønns-hormona i Gambia og Noreg er ulikt fordelt. Ein kan vidare spørja korleis Kryvi vil forklara at dei fleste kirurgar er menn, trass i at kvinnene, med sin overlegne finmotorikk, skulle vera best rusta til slikt arbeid? At kvinner er meir språkmektige enn menn, skulle føra til at dei dominerte professorata innan språkfag, men slik er det ikkje. Om testosteron gjer menn dominerande, skulle ein tru at mange av dei mannlege sjukepleiarane var i leiarstillingar. Fordelinga av mannlege og kvinnelege sjukepleiarar i leiarstillingar viser at menn ikkje er overrepresentert i slike stillingar (Norsk Sykepleierforbund 2001, Haukeland sjukehus 2001).

Robert Meadus (2000) meiner at det er samfunnet sine stereotype førestillingar om kva som er mannleg og kvinneleg som hindrar menn i å søkje seg til sjukepleia. Sjukepleie vert sett på som ei naturleg forlenging av kvinner si omsorg for barn og heim. Førestillingar om kvinner sine medfødde/biologiske disposisjonar for dette faget er til hinder for rekruttering av menn til faget. Slike normer gjer menn til noko «unaturleg» i sjukepleiesamanheng. Dette kom tydeleg fram då Danmark opna for utdanning av mannlege sjukepleiarar i 1951. Den danske

sjukepleiaren Anders Chr. Jensen (2001) som var med i det fyrste kullet, viser til at størst motstand mot mannlege sjukepleiarar kom nettopp frå andre menn. Legar og andre fagfolk uttrykte blant anna at menn mangla evne til omsorg fordi omsorg var mest identisk med morskapsskjensla. Femti år seinare spør sjukepleiar Runar Bakken (2001) om sjukepleiaryrket i større grad må tilpassa seg tradisjonelle mannlege normer, fokusere på tekniske sider ved faget og tone ned omsorgsaspektet om det skal bli attraktivt for menn? Er dette uttrykk for at Bakken er prega av dei same fordommane som dei fyrste mannlege sjukepleiarane blei møtt med, eller er det slik at menn ikkje er så gode til omsorgsarbeid som kvinner? Studiane til Lo og Brown (1999) og Meadus (2000) viser at menn startar sjukepleiarutdanning av di dei ynskjer å vise andre menneske omsorg. Men har dei like god omsorgsevne som kvinner? Den danske sjukepleielæraren Steen Hundborg (2001) djupneintervjua 5 mannlege sjukepleiarar. Dei hadde mellom eit og eit halvt og ti års erfaring som sjukepleiarar. Informantane meinte kvinner hadde ei ekstra føremon av di dei ustansaleg kom i kontakt med omsorg i oppveksten. Menn fekk ikkje same erfaring, og deira omsorg vart meir tillært. Om mennene i Hundborg sin studie har rett, lyt ein syte for at gutar i oppveksten får same omsorgserfaring som jenter. Kanskje det vil føra til at fleire unge menn vil velja sjukepleie som leveveg?

Vask og stell

Omsorgsaspektet i pleiearbeid er viktig å fokusere på. I sjukepleiesamanheng fører ofte omsorg i kroppslege samanhangar. Store delar av ressursane i helsevesenet går med til å hjelpa sjuke og pleietrengjande med kroppspleie som å få vaska og stella hår, hender, munn, føter, genitalia og kroppen elles, og tømt seg

for urin og avføring. Kroppspleie av pasientar er et komplisert felt blant anna fordi den vert utført på svært intime og private delar av kroppen. Assosiasjonar mellom kropp og skit/det ureine er utbreidd (Isaksen 1996, 2000). Verkar dette fråstøytande på menn? Den kroppslege nærleik som kroppspleia krev, har blitt sett på som upassande for danna menn og kvinner. Før ein fekk formalisert sjukepleiarutdanning, vart pleie på institusjonar gjerne utført av drikkfeldige eller prostituerte kvinner. Løna var så låg at dei var avhengige av drikkepengar for å overleva (Wyller 1974). Også i heimane vart kroppspleia utført av arbeidarklassekvinner. Dei velsituerte har kunna kjøpa seg fri frå slikt arbeid (Isaksen 1992).

Tradisjonelt har åndeleg arbeid rangert høgare enn kroppsarbeid. Det er gjerne ved å fjerna seg frå kroppen at ein hevar statusen sin (ibid.). Trass i det store omfanget kroppspleia har, vert den ofte usynleggjord. Blir den omtala, er det gjerne i hygieniske eller tekniske ord og vendingar (Karniala 1992). Når pleiarar omtalar arbeidet sitt, understrekar dei gjerne mellommenneskelege og kjenslemessige sider ved arbeidet, og er tause med omsyn til kroppslege aspekt som berøring, nakenhet, eldre kroppar, genitalia, urin, avføring, inkontinens, oppkast, stell av gebiss, tenner og liknande. Det kan sjå ut for at pleiarane ikkje ynskjer å vise fram denne delen av arbeidet. Det kan ha samband med at dei prøver å oppretthalda ein viss status og offentleg respekt, og at dei har teke innover seg samfunnet sine krav til å skjula dette arbeidet. Dei sjuke, svake og skitne eldre kroppane samsvarer dårleg med det moderne samfunnet si understreking av ungdom og suksess (Lee-Treweek 1997).

Mine eigne erfaringar som ufaglærd på sjukeheim, og seinare som ferdig sjukepleiar både der og i heimesjukepleia, på intensivavdeling, kirurgisk avdeling, barneavdeling og akuttmottak, er ikkje at den kroppslege delen av arbeidet er tyng-

re enn andre deler av arbeidet, men når arbeidspresset vert for stort, vert både dei kroppslege, psykososiale-eksistensielle, medikamentelle, tekniske og administrative delane av arbeidet eit ork. Mi erfaring er at i det daglege vil dei fleste sjukepleiarar, både menn og kvinner, heller vera «på golvet» og pleia sjuke kroppar, framfor å «ha avdelinga» eller «ha medisinarane». På intensivavdelingar er det mykje kroppspleie og handtering av kroppslege utsondringar. Likevel har dette arbeidet høg status. Når det kroppslege er kombinert med høg utdanning, teknikk og mekanikk, ser det ut for at arbeidet ikkje får låg status, anten det vert utført av mannlege eller kvinnelege legar, tannlegar eller intensivsjukepleiarar.

Grenselaus rydding og trivselsskapande aktivitetar

Å skapa trivelege avdelingar har mange parallellar til trivselsskapande aktivitetar i heimane. Kan det vera at slikt arbeid samsvarer dårleg med rådande maskuline ideal? På heildøgnspostar får pasientar medisinar og anna behandling, vaska og stella seg, mat og drikke. I tillegg er desse einingane stader der pasientane bur, ein slags heim. For enkelte kan slike opphald vare få dagar, for andre store delar av livet. Pleiarane skal gjera avdelinga til ein triveleg plass for pasientane og andre som stikk innom. Jorun Solheim (1998) viser til at menn kan byggja hus, men venta med å flytta inn til dei møter ei kvinne som kan gjera huset om til ein heim. Å skapa gode heimar (både privat og offentleg) inneber på mange vis grenselaus aktivitetar som aldri tek slutt. Både rydding i avdelinga og vask og stell av sjuke kroppar er arbeid som ofte er usynleg og lite verdsett. Det vert berre tydeleg når det ikkje vert gjort. På sengepostar er desse to aktivitetane ofte tett samanfletta. Ein avdelingssjukepleiar ved ein seksjon som hadde mange menn tilsett, fortalde at

kvinnelege sjukepleiarar brukte ledige stunder til å rydda, medan mannlege sjukepleiarar ofte sette seg til dataskjermene. Kan dette vera uttrykk for at menn meiner rydding er kvinnearbeid, eller er det uttrykk for at dei ikkje ser at slikt arbeid kan vera nødvendig og viktig?

Per Are Løkke er privatpraktiserande psykolog, familierådgjevar og undervisar i psykologi ved musikkterapistudiet ved Musikkhøgskolen i Oslo. Han er kritisk til mannsrolla, og meiner det er på høg tid at denne blir gjennomgått. Han ynskte å vera ein god far og ektefelle, og ynskte å dela gjeremåla heime med kona. I boka *Farsrevolusjonen* skriv han blant anna om frustrasjonane han opplevde når han såg at god vilje ikkje var nok. Han mangla kompetanse i å laga ein god heim, vera ein god far, og var avhengig av at kona oppdrog og hjelpte han, slik at det blei harmoni mellom den gode viljen og praktiske gjeremål. Han skriv blant anna om frustrasjonane over alt ryddearbeidet. I tillegg til at det tok mykje tid, var det ingen som såg det eller takka han for det (Løkke 2000).

Skeptiske pasientar

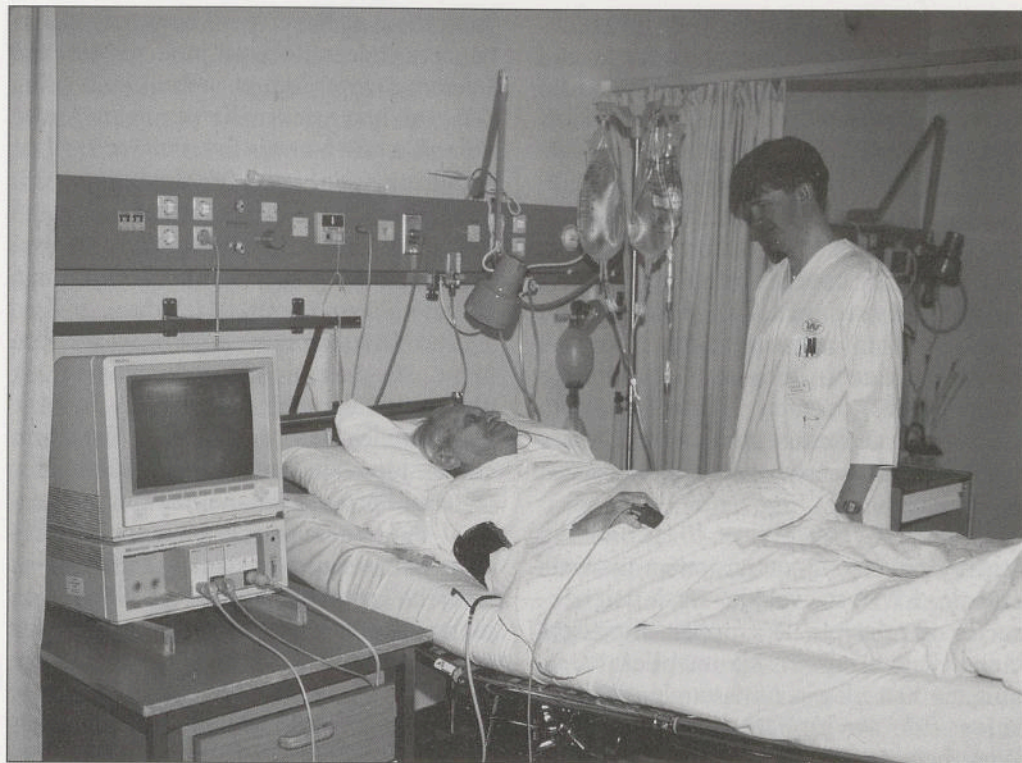
Kan menn vegre seg for å bli sjukepleiarar av di dei er redde for at dei pleietrengjande ikkje vil akseptere dei? Preben Ulrich Pedersen, dansk sjukepleiar og forskar, meiner kjønn spelar inn i praksis. Han opplevde at det å fjerne bekken frå kvinnelege pasientar ikkje er heilt uproblematisk for menn. Ofte sa dei: *Nej, sådan noget skal du virkelig ikke stå og rote med. Det klarer vi selv.* Slikt blei ikkje sagt til kvinnelege kollegaer (Kjærgaard 2001). Dette viser at pasientane har forventningar til kva arbeidsoppgåver som høver/ikkje høver for mannlege pleiarar innanfor det kroppsnære feltet, og kva deler kvinnelege pleiarar passer best til.

Eldre kvinnelege pasientar er gjen-

nomgåande dei mest skeptiske til å bli pleia av menn. Samstundes som dei meiner det er heilt i orden å bli undersøkt av ein mannleg lege, kan dei motsetta seg å bli pleia av ein mannleg sjukepleiar. Vigdal (1995) intervjuar mannlege sjukepleiarar om deira erfaringar med pasientane sine forventningar. Gjennomgåande opplevde mennene at både mannlege og kvinnelege pasientar tok godt imot dei. Det kan vera ein del skepsis i startfasen, men denne skepsisen snur vanlegvis raskt, og då kan det ende opp med at den mannlege pleiarer vert den som på alle vis er best. Denne tiltrua er spesielt knytt til den teknisk-instrumentelle rolla. I dei kroppsnære og kjenslemessige sidene av pleia kan det sjå ut for at ein føretrekkjer kvinnelege pleiarar. Samstundes er det slik at både mannlege og kvinnelege pasientar vert gledeleg overraska når dei opplever denne type omsorg frå menn.

I hovudfagsarbeidet mitt om den kroppsnære pleierelasjonen (Boge 1999, Boge og Kristoffersen 2001) intervjuar eg tolv nyopererte, eldre pasientar om deira opplevingar av kroppspeia dei fekk dei fyrste dagane etter eit større operativt inngrep. Åtte av informantane var menn og fire var kvinner. Sjølv om informantane la større vekt på pleiarane sin vere-måte enn på hennar/hans kjønn, var tre av dei fire kvinnene skeptiske til å bli pleia av menn. Ei av kvinnene lurte på om det var mogeleg å reservera seg mot å bli pleia av menn. Ho meinte mannlege sjukepleiarar kunne ta seg av mennene i avdelinga, medan kvinnene kunne pleia kvinner. Då eg intervjuar henne etter operasjonen, hadde ho opplevd å bli pleia av menn, og skepsisen var endra til overvettetes begeistring. Ei anna kvinne fortalde om ei natt det flaut av diaré i senga, og to menn kom inn for å stella henne. Ho lurte på korleis det skulle gå når to mannlege pleiarar skulle utføra jobben. Ho blei positivt overraska og opplevde at mennene takla situasjonen utmerka.

At mannlege pleiarar ikkje er heilt



(Foto: Stig Tronvold, Samfoto)

uproblematisk, avspeglar ein offentlig debatt i Danmark (Sjørup 2001). Der hadde ei kvinne på 85 år plutsleg fått ein velvaksen, farga mannleg pleiar. Dette tykte både ho og familien var frykteleg. Ho nekta å bli bada, vaska og påkledd av denne mannen. Sjørup meiner menn ikkje reagerer tilsvarende om dei vert pleia av svarte kvinner. Ein reportasje i tidsskriftet *Sykepleien* viser at også framandkulturelle, kvinnelege pleiarar strevar med å bli akseptert av medarbeidarar, pasientar og pårørende (Fonn 2001). I historia Sjørup (2001) viste til, var pleiar både mann og farga, dvs. to dimensjonar som streid imot forventningane til korleis ein dansk pleiar skal sjå ut. Skaper kanskje det dobbel skepsis? Dei færreste eldre kvinner har hatt menn som har delteke i omsorg for barn. Både omsorgsarbeid og alle dei andre aktivitetane som er nødvendige for

å skapa ein god heim, har tradisjonelt vore kvinne sitt domene. Dessutan er det kanskje slik at eldre kvinner berre har opplevd kroppsleg intimitet frå menn i samband med seksualitet?

Seksualitet

Pleie av sjuke inneber røring ved og framvising av kroppen som krev overskriding av normale sosiale normer og reglar for nærleik mellom kroppar (Thornquist 1998). Dette er eit taust felt i profesjonelle relasjonar (Dahle 1992). Edwards (1998) viser til at ulikt kjønn og nokolunde same alder på pleiar og pasient kan føra til mistydingar og skuldingar om seksuell trakassering i samband med berøring og stell. Ho spør om konflikten mellom primær sosialisering som gut/jente og den profesjonelle rolla vert

teken på alvor ved utdanning av sjukepleiarar. I vestleg kultur er kroppsleg nærkontakt primært knytt til seksualitet (Autton 1990). Menn har tradisjonelt ikkje pleia barn og sjuke. Menn sin funksjon i samvær med nakne kvinnekroppar, har gjerne vore av seksuell art (Sjørup 2001). Twigg (2000) spør om menn kanskje kan bli oppfatta som trugande i kroppspleiesamheng, av di menn vert framstilt som seksuelt aktive og pågåande. Kvinner, derimot, vert framstilt som passive seksuelt. Dette kan vera grunnen til at verken menn eller kvinner opplever kvinner som seksuelt trugande i pleiesamheng.

Sudmann (1997) viser til at nærleik, omsorg og trøyst gjev pasienten livslysta attende. Livslysta vekker også den seksuelle og relasjonelle kroppen til pasientane. Handtering av kjønnsrolleforventingane kan bli ein omfattande og vanskeleg del av jobben (Brantsæter og Widerberg 1992). Lawler (1996) viser at seksualitet kan vera eit problematisk område for sjukepleiarar, men gjennom praktisk erfaring utviklar sjukepleiarane evna til å skapa ein kontekst som gjer det pinlege og intime leveleg.

Ein av mennene i arbeidet mitt om kropps nær pleie (Boge 1999, Boge og Kristoffersen 2001) ville ikkje bli pleia av menn. Han hadde ikkje opplevd mannlege pleiarar i konkrete pleiesituasjonar. Han ga ingen grunn for at han ikkje ville bli pleia av menn. Det har kanskje samheng med at kroppsleg nærleik mellom menn generelt er eit komplisert tema. Koplinga mellom mannlege sjukepleiarar og kropps nærleik til pasientane kan ofte knytast til førestillingar om mannleg seksualitet, på ein annan måte enn for kvinnelege sjukepleiarar. Å kalla ein mann feminin er ei mykje større latterleggjer og degradering enn å kalla ei kvinne maskulin. Dette gjeld anten ein er heterofil eller homofil (Vigdal 1995:119). Ein homofil sjukepleiar fortalde at heterofile menn som har valt sjukepleie

som yrke, opplever det svært trugande å ha opne homofile i miljøet, då det kan forsterke myten om at menn i sjukepleia ikkje er heteroseksuelle/normale. Andre homofile seier at ein av grunnane til at menn søker seg vekk frå kroppspleia slik ein møter den i heimesjukepleia og på sengepostane på sjukehus, «dei farlege» stillingane på golvplanet, er redsle for å bli stempla som homofil (ibid.).

Det kan vera at koplingar mellom idear om feminine menn, omsorg og homoseksualitet hindrar menn i å søkje seg til pleiearbeid. Men når eg diskuterte emnet med sju mannlege sjukepleiarar som held på med vidareutdanning i anestes- og intensivsjukepleie, opplevde ikkje dei at denne mistanken representerte noko problem i dagleg virke som pleiar. Dei lurar på om dette var verre for nokon år sidan. I dag er det større aksept for homoseksualitet. Det kan og vera at menn som har vald å bli sjukepleiarar, har teke eit oppgjær med og heva seg over slike fordommar?

Nedlatande haldningar til det feminine

Haldninga til pleie og omsorg som noko lettvtint og feminint, som krev lita utdanning, har låg løn og dårlege arbeidstilhøve er kanskje verre å takle for menn? Det verkar som ei utbreidd haldning at ein treng utdanning for å ivareta medisinsk teknikk, medan pleie av sjuke kroppar er noko alle kan. Det kan opplevast som lite tilfredsstillande for høgskuleutdanna helsepersonell at ein kan skiftast ut med unge jusstudentar/andre studentar utan opplæring i pleie, andre ufaglærde eller lågt utdanna personale. Dette opplever ein spesielt om ein vel arbeid i sjukeheimar og heimesjukepleia. Kan dette vera noko av forklaringa på menn sitt fråver i pleieyrka?

Eiga erfaring både som ufaglærd, som sjukepleiar og sidan intensivsjukepleiar,

er at pasientane får best omsorg, pleie og behandling på spesialavdelingar der utdanningsnivået og pleiefaktorane er høge. Mange pasientar og pårørande har understreka dette. Dette er ikkje uttrykk for at ufaglærde sitt arbeid ikkje er viktig, men utdanning gjer ein forskjell. I tillegg er det slik at avdelingar som har mange spesialsjukepleiarar, også har ei mykje høgare grunnbemanning enn for eksempel sjukeheimar, og pleiarane har gjennomgåande lenger erfaring.

Tradisjonelt har ein satsa på at pleie skulle bli utført av unge, ugifte kvinner som kunne ofra all si tid på dette, og som ikkje kravde større betaling. Ein skulle berre vera glad for at ein i det heile fekk delta i arbeidslivet. Ei gamal dame fortalde meg at ho hadde starta sjukepleiarutdanning for 60–70 år sidan, men slutta av di sjukepleiarane hadde arbeidsvilkår som tenestejenter. Dei budde på institusjonane og stod til disposisjon for arbeidsgjevar for ei minimal løn. Fridagar hadde dei på lik linje med tenarskap elles i samfunnet. Kari Martinsen (1984) sine studiar av diakonissene understrekar dette. Når ein i etterkrigstida fekk ei kraftig utbygging av det offentlege helsevesen, var det basert på billeg kvinnearbeidskraft. I vår tid ser det framleis ut for å vera legitimt å utnytte kvinner dersom dette er teneleg for arbeidsgjevar/samfunnet. Trass i at det er nedfelt at pleiarar som ynskjer fulltidsarbeid skal få det, er det politisk aksept for at arbeidsgjevar ikkje etterfylger slike pålegg, dersom det økonomisk løner seg å la vere (Aasen 2001). Lee-Treweek sin studie av ufaglærde på sjukeheimar i England viser at krav om effektivitet og tayloristiske rutinar har nedfelt seg i pleia av sjukeheimspasientar der det viktigaste er å «produsera» reine, ordentlege og stille pasientar (Lee-Treweek 1997). Dette samsvarer på mange vis med Michel Foucault sin kritikk av medisinsk praksis (Foucault 1963/2000, 1975/1999, 1976/1999).

At ca. 10 000 sjukepleiarar ikkje praktiserer yrket sitt, og at det er dalande interesse for hjelpepleiar- og sjukepleiarutdanningar, kan ha samanheng med at arbeidsvilkåra i kroppspleiejobbar ofte er dårlege og belastande. Mange, både kvinner og menn, i vår rike, vestlege sivilisasjon har utdanning som gjer at dei kan seie nei takk til jobbar med dårlege arbeidstilhøve, låg løn og låg status. Begge kjønn satsar no på fulltidsarbeid, og pleiearbeid som heiltidsarbeid er ofte for tungt i lengda.

Er kroppspleie basert på at det fins reservar med underprivilegerte kvinner i samfunnet som har få alternativ på arbeidsmarknaden? Når me ikkje lenger har nok underprivilegerte me kan utnytte i eige land, løyser me det ved å importera omsorgsarbeidskraft som tek til takke med løn og arbeidstilhøve som vestlege kvinner og menn ikkje godtek? (Hernæs 2001). Noreg har kanskje nok pleiepersoneell om fråfalne sjukepleiarar vendar attende. Om ein endra haldningane til yrket, oppgraderte det, blant anna i form av betre grunnbemanning og høgare løn, ville import av billeg arbeidskraft frå fattige land kanskje vera unødvendig? Skal ein få endra nedlatande haldningar til omsorgsyrka, må ein gripe fatt i mannsrolla, og prøve å endre både menn og kvinner sine oppfatningar av det maskuline som meir verdifullt enn det kvinnelege.

Over- og underordningsmønster i helsevesenet

Sjukepleie som noko underordna avspeglar seg tydeleg i over- og underordningsmønstra i helsevesenet. Forventningane til pleiarane om høg effektivitet og låg løn står i sterk kontrast til legane sine privilegium i helsevesenet. Kva skulle grunnen vera til at lønsforskjellen mellom legar og sjukepleiarar skal vera større enn mellom hjelpepleiarar og sjukepleiarar?

Legar får i tillegg betre betaling for kvelds-, natt- og helgearbeid enn pleiarane. Pleiarane har gjennomgåande tøffare vaktbelastning enn legane, men dei får likevel mykje mindre kompensasjon. I tillegg til lønsulikskapar, har legane krav på kontorplass, trass i at dei fleste pleiarstillingar er like klinisk retta som legestillingane. Legane har tradisjonelt vore menn, og deira privilegium avspeglar over- og underordningsmønster (Martinsen og Wærness 1991). Legenes haldning til sjukepleiarar som underordna assistentar er ikkje i tråd med høgskuleutdanna menn og kvinner si sjølvforståing (Kvebæk 2001). Kan slike maktstrukturar og vera ei av årsakene til at få menn finn sjukepleie attraktivt?

Legar har tradisjonelt vore menn, og deira overordna rolle har samanheng med dette. Også i sjukepleieyrke kan ein merke andre forventningar til mennene enn til kvinnene. Sjukepleiarstudentar av begge kjønn opplever at mannlege sjukepleiarar får større respekt over alt, rett og slett fordi dei er menn (Lo og Brown 1999, Vigdal 1995). Sørensen (2001) skriv om korleis han som mannleg sjukepleiar på ein medisinsk sengepost blei lagt merke til og rekna som ein autoritet på ein heilt annan måte enn kvinnelege kollegaer. Både menn og kvinner i helsevesenet forventar at mannlege sjukepleiarar skal ha overordna posisjonar, og at det er lite aksept for at mannlege pleiarar vert verande ved sjukesenga (Lo og Brown 1999). Både menn og kvinner er med på å framelske herskande mannlege og kvinnelege ideal. Dette vert tydeleg når menn går inn i sjukepleia. Det er mot norma, og for å oppretthalda tradisjonelle kjønnsverdiar søkjer mennene seg til stillingar der dei ofte vert talsmenn for ei stor gruppe sjukepleiarar. Dette kan skuldast at kvinner held kvarandre attende, heilt umedvite (Havemann 2001). Havemann viser til ein pågåande studie av Robertsson som omfattar 21 svenske sjukepleiarar.

Mannlege sjukepleiarar sine karrierar

Om ovannemnde studie er representativ for norske sjukepleiarar, skulle ein forventast at mannlege sjukepleiarar var overrepresenterte i leiarstillingar i norsk helsevesen, men slik ser det ikkje ut for å vera. Av 25 oversjukepleiarstillingar ved Haukeland sjukehus, er berre ein mann. Av 210 leiande sjukepleiarar på andre nivå, er 15 menn. Heller ikkje i kommunal og fylkeskommunal administrasjon er mannlege sjukepleiarar i større grad overrepresentert: Av totalt 3309 sjukepleiarleiarar, er 258 menn (6,6 % av alle mannlege sjukepleiarar) og 3051 kvinner (6,1 % av alle kvinnelege sjukepleiarar) (Norsk Sykepleierforbund 2001, Haukeland sjukehus 2001).

Lo og Brown (1999) skriv at allereie som sjukepleiarstudentar har mange menn planar om karriere innan akuttmedisin, kommunehelsetenesta, psykiatri og undervisning. Oversikten frå Norsk Sykepleierforbund (2001) viser at 3–4 % av norske sjukepleiarar arbeider i undervisningsstillingar. 1502 av desse er kvinner (3,0 % av alle kvinnelege sjukepleiarar) og 153 (3,9 % av alle mannlege sjukepleiarar) er menn. Dette er med andre ord ikkje noko utprega mannsdomene. Om ein ser på oversiktane frå Norsk Sykepleierforbund (2001) og Haukeland sjukehus (2001) viser dei at mannlege og kvinnelege sjukepleiarar har nokså samanfallande karrierevegar. Over 40 % av alle sjukepleiarar prioriterer arbeid på somatiske institusjonar. Grunnen til dette kan blant anna vera at slike institusjonar har høgare prestisje og krav om at personale skal vera faglært. Ein kan i mindre utstrekning erstattast med ufaglært personale. Det er ei prosentmessig opphoping av menn på akuttavdelingar som anestesi og akuttmottak. Eitunggjerde (1988) meiner mannlege sjukepleiarar er redde for å bli «lågkaste» om dei blir i kroppspleia, og reagerer med

å velje bort kroppspleia og søkje seg til spesialavdelingar. Ved avdelingar som anestesi og akuttmottak er det ingen pasientar som bur. Dei er berre innom korte periodar. Der er lite vask og stell av pasientar.

Arbeidsoppgåvene ved anestesiavdelinga er nær knytt til medisinsk teknikk, medan akuttmottak har ein viss «action-image». Dette samsvarer kanskje betre med forventningar til det maskuline? Samstundes må ein ikkje gløyme at om Haukeland sjukehus (2001) er representativt, er 60–70% av sjukepleiarane ved slike avdelingar kvinner, og det er vel dermed ikkje noko genuint mannleg å ville arbeide med teknikk eller «action»?

Arbeid i psykiatriske institusjonar inneber heller ikkje mykje kroppspleie, men der er det mange som bur i lange periodar. Dermed vert det mykje fokus på trivselsskapande aktivitetar og å laga gode, mellombels heimar. På psykiatriske institusjonar i vårt land arbeider 556 mannlege sjukepleiarar (ca. 14 % av alle mannlege sjukepleiarar). Tilsvarande tal for kvinnelege sjukepleiarar er 2763 (ca. 6 % av alle kvinnelege sjukepleiarar). Trass i at etter måten mange menn søker seg til anestesi, akuttmottak og psykiatri, så viser tala frå Haukeland sjukehus (2001) at spesialisering ikkje er særmerkt for mannlege sjukepleiarar. Av totalt 562 spesialsjukepleiarar, er 45 menn og 516 kvinner.

Hundborg (2001) viser til ei undersøking av mannlege sjukepleiarar som alle var i 30-åra. Dei likte seg som sjukepleiarar «på golvet», men alle hadde likevel karriereplanar som innebar at dei fjerna seg frå kroppspleia. Trass i at danske, mannlege sjukepleiarar kan ha slike planar, viser tal frå Haukeland sjukehus (2001) at majoriteten av dei vel 150 mannlege sjukepleiarane ved institusjonen arbeider ved sjukesenga. Ikkje alle menn har ynskje om leiarstillingar. Mange ynskjer å vera i klinikken, på golvet, nær dei sjuke og svake kroppane

(Kjærgaard 2001). Kanskje trengs det fleire studiar av dei grupper av menn som blir ved sjukesenga, og kva erfaringar og val dei har gjort?

Utfordringar framover

Frå Rousseau sine kjønnskomplementære fridoms- og ufridomsideal blei utforma med biologiske forklaringar på kjønns- og maktulikskapar, har denne tradisjonen gjort seg gjeldande på konsekvent vis heilt fram til vår tid (Viestad 1989). Trass i at det ikkje fins noko biologisk grunnlag for menn sitt fråver i pleie- og omsorgsyrke, ser det ut for at fordommane om kva som er naturleg for menn og kvinner, er djupt rotfesta i samfunnet, og vert opplevd som medfødde strukturar. Dei er blitt naturleggjorde. Desse fordommane er truleg ei viktig årsak til at menn ikkje velgjer å arbeide med å pleie sjuke og pleie-trengjande. I realiteten viser menn seg som omsorgsfulle pleiarar, og vert gjennomgåande godt likt av pasientane, trass i at det kan vera ein viss skepsis i startfasen. Skepsisen har truleg samanheng med ofte umedvitne fordommar, men desse fordommane si evne til å endre seg til ei positiv innstilling, tyder på at skepsisen er eit kulturprodukt. Mannlege og kvinnelege sjukepleiarar sine karriereveggar er nokså samanfallande, og dei fleste sjukepleiarar av begge kjønn arbeider «på golvet». Dette kan vera uttrykk for at menn og kvinner ikkje er så ulike, at kroppspleie og omsorg ikkje treng vera noko særlege kvinnefelt og at maskulinisering av faget kanskje ikkje er vegen ein skal gå for å gjera yrket meir attraktivt?

Runar Bakken (2001) har gjort eit prisverdig arbeid ved at han blant anna problematiserer sviktande rekruttering til pleieyrka, og ved at han har sett menn og pleie på dagsordenen. Ein djuptgåande diskusjon om mannsrolla kunne blitt ei spennande oppfølging av boka hans. Medan kvinner har utvikla både dei femi-

nine og maskuline sidene ved seg sjølv, har menn ikkje teke nok djuptgripande oppgjær med mannsrolla verken i heimen eller i arbeidslivet (Løkke 2000). Kan det vera at menn ikkje søker seg til kroppsspleia, av di det samsvarer lite med egne og andre sine forventningar til kva det vil seie å vera mann, eller er det av di dei fleste privilegium har vore knytt til det maskuline? Kvinner som søker seg til tradisjonelt mannsdominerte yrke, opplever å få betre arbeidsvilkår, betre løn og høgare status, enn om dei valde tradisjonelt kvinnearbeid. For menn vert det motsett, om dei velgjer utradisjonelt. Dette kan vera ei av forklaringane på at menn for ein stor del er fråverande i sjukepleia. Om me ynskjer endring som inneber fleire menn i pleie og omsorgsyрке, må me oppgradere det tradisjonelt kvinnelege, slik at det vert noko attraktivt å strekke seg mot for både menn og kvinner. I pleie- og omsorgsyрке inneber dette blant anna at ein artikulere og synleggjer spesielt dei delane av fagfeltet som er usynleggjort, slikt som kroppsspleie. Her ligg det store utfordringar for kvinneforskinga.

Jeanne Boge
høgskolelektor
Høgskolen i Bergen

Litteratur

- Autton, N. 1990. *Berøring*. Eikstein Forlag, Øyslebø.
- Bakken, R. 2001. *Modermordet*. Universitetsforlaget.
- Boge, J. 1999. *Den kroppsnære pleierelasjonen*. Hovudoppgåve i sykepleievitenskap, Institutt for samfunnsmedisin, Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Boge J. og K. Kristoffersen 2001. Eldre, nyopererte pasientar, ynskjer å bli pleia og massert av omsorgsfulle, humoristiske pleiarar. I *Vård i Norden*, akseptert 18.09.01, truleg publisert desember 2001, eller våren 2002.
- Beauvoir, S. de 1949/2000. *Det annet kjønn*. Bokklubben Dagens Bøker.
- Bourdieu, P. 1998. *Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. Redigert og oversett av S. Callewaert, M. Munk, M. Nørholm og K.A. Petersen. Akademisk forlag.
- Brantsæter, M. og K. Widerberg 1992. *Sex i arbeid(et)*. Tiden.
- Dahle, R. 1992. Kropp og aldring. *Sosiologi i dag* 1, 69–82.
- Edwards, S.C. 1998. An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. *Journal of Advanced Nursing* 28, 809–817.
- Eitungjerde, Å. 1988. Menn i sjukepleien – «brødre» berre i skinnet? *Sykepleien* 19, 14–24.
- Fonn, M. 2001. Et skritt bak. *Sykepleien* 12, 10–17.
- Foucault, M. 1963/2000. *Klinikkens fødsel*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Foucault, M. 1975/1999. *Overvåkning og straff*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Foucault, M. 1976/1999. *Seksualitetens historie I. Vilje til viten*. Exil.
- Haukeland sjukehus 2001. Personalavdelinga ved Haukeland sjukehus har gitt opplysningar om fordeling av mannlege og kvinnelege sjukepleiarar ved institusjonen (31.10.01).
- Havemann L. 2001. Riktige mænd er ikkje sygeplejersker. *Sygeplejersken, Tidsskrift for sygeplejersker* 9, 34.
- Hernæs, N. 2001. Det store helsetyveriet. *Sykepleien* 13, 10–17.
- Holme, A. 2000. Er yrkesvalg kjønnsbestemt? *Bergens Tidende* 6. juni.
- Hundborg, S. 2001. Skyllerumsladder og kvindelig dominans. *Sygeplejersken, Tidsskrift for sygeplejersker* 9, 30–33.
- Isaksen, L.W. 1992. Kroppsnærheten forklarer omsorgsarbeidets låga status. *Kvinnevitenskapelig Tidsskrift* 4, 14–19.
- Isaksen, L.W. 1996. *Den tabubelagte kroppen. Kropp, kjønn og tabuer i dagens omsorgsarbeid*. Doktoravhandling fra Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Isaksen, L.W. 2000. Toward a sociology of (gendered) disgust. Perceptions of the organic body and the organization of care work. Paper to the conference «Work and family: Expanding the Horizons», 3.–4. mars, San Francisco, California.
- Isaksen, L.W. 2001. Kommer din praktikant også fra Litauen? *Kvinneforskning* 2, 63–71.
- Jensen, A.C. 2001. Vi var pionerer. *Sygeplejersken, Tidsskrift for sygeplejersker* 9, 12–15.
- Karniala, A. 1992. Pasientvask. *Klinisk sygepleje* 1, 16–24.
- Kjærgaard, G. 2001. Deiligt at hjelpe. *Sygeplejersken, Tidsskrift for sygeplejersker* 9, 20.
- Kryvi, H. 2000. Kjønnshormoner styrer kvinners og menns yrkesvalg. *Bergens Tidende* 4. juni.

- Kvebæk, D. 2001. Makt og avmakt i operasjonsavdelinga – roller i organisasjonen. *Overblikk, Fagtidsskrift for operasjonssykepleiere* 20 (3).
- Lawler, J. 1996. *Bak skjermbrettene*. Ad Notam Gyldendal.
- Lee-Treweek, G. 1997. Women, resistance and care: An ethnographic study of nursing auxiliary work. *Work Employment and Society* 11, 47–63.
- Lo, R. og R. Brown 1999. Perceptions of nursing students on men entering nursing as a career. *Australian Journal of Advanced Nursing* 17 (2), 36–41.
- Løkke, P.A. 2000. *Farsrevolusjonen. Fedre og maskulinitet i en ny tid*. Pax Forlag, Oslo.
- Martinsen, K. 1984. *Sykepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser*. Aschehoug/Tanum-Norli.
- Martinsen, K. og K. Wærness 1991. *Pleie uten omsorg*. Pax Forlag, Oslo.
- Meadus, R.J. 2000. Men in nursing: barriers to recruitment. *Nursing Forum* 35 (3), 5–12.
- Nerheim, H. 1991. *Kjønnsperspektivet i filosofien*. Novus forlag.
- Norsk Sykepleierforbund 2001. Organisasjonen har ved Ingvild Dørnes gitt opplysninger om fordeling av mannlege og kvinnelege medlemmer (12.10.01).
- Sjørup, K. 2001. Nye dimensjoner i omsorgen. *Sygeplejen* 9, 42–45.
- Skramstad, H. 2000. Usammenhengende om hormoner og yrkesvalg. *Bergens Tidende* 8. juni.
- Solheim, J. 1998. *Den åpne kroppen. Om kjønnsymbolikk i moderne kultur*. Pax Forlag, Oslo.
- Sudmann, T. 1999. Seksualisering av terapeutiske relasjoner. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 119, 249–251.
- Sørensen, J.F. 2001. Det er alltid godt, når der kommer en mand! *Sygeplejersken* 9, 8–11.
- Thornquist, E. 1998. *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Twigg, J. 2000. Carework as a form of body work. *Aging and Society* 20, 389–411.
- Viestad, E. 1989. *Kjønn og ideologi*. Solum Forlag, Oslo.
- Vigdal, R. 1995. *Menn i sykepleien*. Hovedoppgave i sosiologi, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Wyller, I. 1974. *Sykepleiens historie i Norge*. Fabritius Forlag, Oslo.
- Aasen, T.H. 2001. Kjemper for full stilling. *Bergens Tidende* 11. juni.

Kjønnsleppenes estetikk

Av Ellen Mortensen

Kvinneres kroppsdeler er blitt metaforisert på mange måter. Som oftest er de språklige bildene skapt med utgangspunkt i det maskuline blikket. Kvinneres bryster, mager, rumpe og lår er tematisert, seksualisert og visualisert på måter som kan gjøre kroppene vanskelige å identifisere seg med. Derfor kan det være befriende å vrenge innsiden ut og utfordre etablerte forestillinger om betydningen av kroppens inn- og utganger. Kvinnekroppens kjønnslepper, slimhinner og mystiske mørke rom kan være spennende å utforske av mange grunner. Kan en språklig utforskning av disse kroppsområdene gi oss en ny innfallsvinkel til å forstå kvinnelig seksualitet?

Lesbianisme som fenomen har i Norge i all hovedsak vært debattert med utgangspunkt i to fundamentale begrep, nemlig kvinnelig seksualitet og lesbisk identitet. De to begrepene har videre blitt satt i et årsaksforhold til hverandre på en slik måte at det første er forstått som en forutsetning for det andre, dvs. at begrepet om lesbisk identitet bygger på antakelsen om at kvinner har en særegen seksualitet, som retter seg mot andre kvinner. I denne artikkelen ønsker jeg å belyse teoretiske problemer tilknyttet begge disse begrepene, med utgangspunkt i franske feministers lesning av filosofihistorie så vel som psykoanalytisk teori.¹ Min framstilling vil i hovedsak være avgrenset til en lesning av den belgiskfødte filosofen, psykoanalytikeren og språkforskeren Luce Irigaray. Beslektede teorier kan imidlertid også gjenfinnes hos «feminis-

ter» som Hélène Cixous og Julia Kristeva.

Orakeltale

Luce Irigarays dunkle og til dels ugjennomtrengelige tekster er blitt karakterisert som orakeltale, hvis vanskelighetsgrad har provosert fram beskyldninger om elitisme. Som all orakeltale er Irigarays språk mangetydig; ekko fra til dels dissonante filosofiske og teoretiske tekster kan identifiseres, og Irigarays språk kan vanskelig tas til inntekt for et koherent eller entydig syn. Irigarays påstand er at dersom vi ønsker å påvirke teoretiske diskurser, er det ikke nok å avvise og forkaste dem i en defensiv gest. For å kunne forårsake forskyvelser i teorier om kjønn og seksualitet er det nød-



(Foto: Samfoto)

vendig å gå inn i og møysommelig arbeide med det teoretiske språkmaterialet som til enhver tid «taler» og definerer oss. Diskursenes makt ligger i at de etablerer rammene for vår egen forståelseshorisont. Måten vi approprierer diskurser på bør derfor vies oppmerksomhet, sier Irigaray, og vi bør være varsomme, enten vi forkaster eller omfavner teorier. For eksempel har lesbiske begeistret trykket Irigarays tekster til sitt bryst på grunnlag av utvalgte tekster i *Ce sexe qui n'en est pas un* (*Dette kjønnnet som ikke er ett*),² som ofte leses som «kvinne-identifiserte» tekster. Men i neste øyeblikk tar den samme lesbiske gruppen avstand fra henne på grunnlag av andre tekster, hvor Irigaray undergraver denne gruppens filosofiske og kjønnspolitiske fundament når hun dekonstruerer vår vestlige forståelse av «identitet».

Provoserende

Det er mulig å tilnærme seg Luce Irigarays forfatterskap som en lang meditasjon over spørsmålet om kjønnsforskjeller, og dermed indirekte over spørsmålet om kvinnelig seksualitet. Særegent for hennes tilnærming til disse spørsmålene er at hun i stor utstrekning gjør bruk av poststrukturalisme og dekonstruksjon, nærmere bestemt et språk som er preget av Lacaniansk psykoanalyse og Derridas dekonstruktive lese- og skriftstrategi. Begge disse to farsfigurene, Lacan og Derrida, har utøvd stor innflytelse på en hel generasjon franske intellektuelle fra 60-årene og fram til i dag – Irigaray inkludert.³ Hun er ingen lojal bruker av disse diskursene, men tar seg poetiske friheter i skriften, noe som bl.a. har ført til at hun ble ekskludert fra Lacans Ecole

freudienne etter utgivelsen av *Speculum de l'autre femme* (*Spekulum av den andre kvinnen*) i 1974. Det er imidlertid svært vanskelig å orientere seg i Irigarays tekster dersom man ikke på forhånd har et visst kjennskap til disse teoretiske diskursene.

Satt på spissen mener Irigaray at en *spesifikk* kvinnelig seksualitet *ikke* eksisterer; ei heller finnes det et kvinnelig subjekt. Men Irigaray insisterer samtidig på nødvendigheten av å utforske en særegen kvinnelig seksualitet, som så kan fungere som fundament for en egen kvinnelig subjektposisjon. Skjult i denne problematikken ligger Lacans påstand om at det eksisterer en nær forbindelse mellom språk og seksualitet. Men problemet er, hevder Irigaray, at den seksualitet som kvinner til nå er blitt tillagt, ikke er deres egen, men er et produkt av en maskulin driftsøkonomi. Innenfor denne libidinale økonomien fungerer kvinnelig seksualitet kun som *en negasjon* av den maskuline seksuelle normen. Ethvert subjekt som taler i dag, enten det er en mann eller en kvinne som taler, er alltid allerede innskrevet i en maskulin libidinaløkonomi.

Hypotesen som denne påstanden bygger på, er at det eksisterer en *formlikhet* mellom vår vestlige forståelse av seksualitet (dvs. mannlig seksualitet) og vår forståelse av det språklige subjektet, dvs. det «jeg-et» som taler og skriver i språket. Denne teorien henter hun delvis fra Lacan, men gir den sin spesifikke, frekke utforming i *Speculum*. I kapittelet «La tâche aveugle d'un vieux rêve de symétrie» («Blindpunktet i en gammel drøm om symmetri») tar Irigaray utgangspunkt i Freuds essay om «Femininitet» i et forsøk på å tilnærme seg problemfeltet «kvinnelig seksualitet». Ifølge Irigaray skjuler kvinnelig seksualitet seg som «et mørkt kontinent» for Freud,⁴ som kun er i stand til å se kvinnelig seksualitet som et mørkt hull av fravær eller som en negativ omvendning av den maskuline normen: Den lille jenta er egentlig en defekt liten

gutt; det kvinnelige kjønnsorganet er egentlig det mannlige kjønnsorganets fravær og et skrekkbilde av den kastrerte mannen; kvinnens reproduktive ønske om å få et barn er i realiteten et uttrykk for hennes penismissunnelse, og barnet (helst et guttebarn) fungerer som en erstatning for penis.

Freud

Irigarays dekonstruktive strategi består i å lese Freuds tekst innenfra, dvs. å åpne den opp fra innsiden ved å parodierte og simulere Freuds maskuline perspektiv, for så å bryte opp tekstens integritet. I sin lesning avdekker hun Freuds manglende evne til å se noe annet enn det han allerede har sett, nemlig en maskulin seksualitet. All drift er i utgangspunktet maskulin; det spesifikke kvinnelige ved kvinnens kropp og hennes libidinale strømninger forblir et mysterium for Freud, som i sin teori om menneskelig seksualitet reproducerer de kjønne, metafysiske motsetningene som allerede ligger latent i språket.

Freuds teori om kvinnelig seksualitet er tuftet på forestillingen om en grunnleggende polaritet mellom «det maskuline» og «det feminine». I forlengelsen av dette motsetningsparet konstruerer han så en rekke andre motsetninger, som aktivitet/passivitet, produksjon/reproduksjon, erigert penis/kastrert penis. Ifølge Irigaray utgjør kvinnelig seksualitet «et sort hull» i Freuds teori om menneskelig (les maskulin) seksualitet. Det kvinnelige «hullet» utgjør slik et nødvendig blindpunkt for å opprettholde og befeste den maskuline seksualiteten, som konstrueres ved hjelp av denne bipolære logikken. Det er på grunnlag av dette resonnementet at Irigaray fastslår at vi i vår kultur ikke har kjønnsforskjeller, men snarere seksuell *in-différence* (på fransk betyr ordet *indifférence* både «mangel på forskjell» og «likegyldighet»).

Det er nettop i dette «hullet» Irigaray plasserer seg for å prøve å forestille seg en *annen* seksualitet. Men for at et slikt fenomen skal kunne framtre, kreves en *annen* fenomenologi. Deler av Irigarays kritikk retter seg mot den tradisjonelle fenomenologien, slik den blant annet blir definert av Edmund Husserl. Tradisjonelt er det kun det som er synlig for jeg-ets øye – f.eks. det erigerte, maskuline kjønnsorganet – som blir tillagt status som fenomen. Denne tendensen til å gi det visuelle forrang i forhold til de andre sansene er noe Irigaray mener har gjort seg gjeldende innenfor hele den vestlige metafysikken fra Platons tid. Freud er intet unntak i så måte.

Men dersom man skal kunne fange det som skjuler seg i «hullet», trenger vi andre redskap enn det flate speilet. Et annet instrument, *spekulumet*, vil ifølge Irigaray være et bedre egnet redskap til å utføre denne oppgaven. Spekulumet er konkavt, i motsetning til Freuds og Lacans flate speil; det kan hjelpe oss å se inn i et (vaginalt) hulrom, men vil aldri kunne reflektere et entydig, helhetlig bilde. Derimot vil det kunne fange inn fragmenter som vil bli kastet ut i forskjellige retninger. Dette fragmenterte bildet av kvinnekjønnsnets mangfold lar seg ikke mestre og manipulere på samme måte som speilbildet fra et flatt speil gjør det.

Platon

Irigaray leker her med Freuds privilegering av det maskuline kjønnsorganets symbolske verdi i menneskets psykoseksuelle utvikling, på samme tid som hun tilbyr en omskrivning av Platons hulemyte. Dermed fortar hun samtidig en kritikk av vestens *mimesistenkning*. Gjennom en dekonstruktiv lesning av både Freud og Platon innfører hun *hystera* (gr. livmor) som et nødvendig berøringspunkt i sin alternative teori om kvinnelig seksualitet. *Hystera*, det som ligger bakenfor, det tid-

ligere, er for Irigaray den skjulte livmor som er blitt glemt – det nødvendige bindeleddet mellom det som *var* og det som *er*. Dersom kvinner skal ha en mulighet for å nærme seg en særegen seksualitet, vil de måtte gjenvinne den tapte kjønnskapen til *morskroppen* og den matrilineære genealogien, som begge er blitt fortrengt til fordel for *Fallosen* og farsnavnet i patriarkatet.

I Freuds teoretisering av ødipuskonflikten er det farsfiguren med sitt «nei» til incest som bryter opp det symbiotiske forholdet mellom mor og (gutte)barn med den følge at guttebarnets instinktive og incestuøse ønske om å eie moren blir fortrengt i det ubevisste. Som plaster på såret for incestforbudet tilbys guttebarnet en sosial rolle som «maskulin», med lovnad om at han skal få tilgang på en kvinne «lik mor» når han blir stor. Hos Freud, som i patriarkatet for øvrig, er det mor-far-sønn-triangelet som danner modellen for hans teoretisering av menneskets psykoseksuelle utvikling. Ifølge Irigaray får dette katastrofale følger for mor-datter-forholdet, som er fraværende i den ødipale fortellingen. Hvilke konsekvenser får det for den unge jentas psykoseksuelle utvikling at hun må avskjæres fra mors kroppen? spør Irigaray. Den manglende symboliseringen av jentas forhold til den fortrenge mors kroppen mener hun delvis kan gi en forklaring på hvorfor det ikke finnes en kjønnsdifferensiert, feminin subjektposisjon.

Psykoanalysen

I boken *Ce sexe qui n'en est pas un* (Dette kjønn som ikke er ett) forsøker Irigaray å uttrykke sitt problematiske forhold til psykoanalysen, det være seg i Freuds eller Lacans språkdrakt. Hun omfavner delvis psykoanalysen som en viktig innfallsvinkel til en meditasjon omkring kvinnelig seksualitet, samtidig som hun klart stiller seg kritisk til sentrale punkt i

teorien hos begge farsfigurene. Hun erkjenner at det er den psykoanalytiske diskursen som har definert og fremdeles definerer grensene for tenkningen omkring seksualitetens vesen, og at en rigid opposisjon til denne diskursen ikke vil være fruktbar. Igjen inntar hun en posisjon *innenfor* diskursen i et forsøk på å rokke ved dens grenseoppganger.

I essayet «Dette kjønnnet som ikke er ett», fra boken med samme tittel, fortar hun en lesning av Freuds beskrivelser av det «defekte» kvinnelige kjønnsorganet. Denne lesningen bruker hun som utgangspunkt for sin egen redefinisjon av hva som utgjør kvinners seksuelle kropp. Freud etablerer en motsetning mellom den aktive, men stakkarslige, klitoris, og den passive, skjulte vagina. Han ser på disse som to stadier i utviklingen av en «normal», kvinnelig seksualitet. Den aktive, «maskuline», klitorale seksualiteten knytter Freud til det pre-ødipale autoerotiske, infantile stadiet, mens den passive, mottakende vagina representerer den modne erogene sonen hos en «normal», voksen kvinne. I denne sammenhengen ser derfor Freud på kvinnelig homoseksualitet som en utvikling som er arrestert i et pre-ødipalt stadium. Kvinnelig homoseksualitet blir derfor også betraktet som en defekt maskulin seksualitet, da klitoris i Freuds symbolunivers er synonymt med en liten penis.

Ikke-kjønn

Irigaray hevder at Freud definerer de kvinnelige kjønnsorganene med utgangspunkt i det privilegerte maskuline organet, penis, som norm og mal. Den seksuelle kvinnekroppen er enten forstått som et «klitoris-kjønn», som er klart underlegent det noble, falliske organet, eller som et «hull-omsvøp», som tjener til å beskytte og massere penis under det heteroseksuelle samleiet. Dette utgjør for Irigaray et «ikke-kjønn», eller et masku-

lint organ som er snudd om og kjærtegner seg selv. Hva kvinnekroppen og kvinnelig seksualitet eventuelt huser som er *spesifikt* kvinnelig, forblir uutforsket.

For å bøte på denne iøynefallende «mangelen» introduserer Irigaray en alternativ erotisk metafor på kvinnelig seksualitet: *de to leppene* som omfavner og berører hverandre. I motsetning til Freuds privilegering av det visuelle i hans forståelse av maskulin og feminin seksualitet, forsøker Irigaray her å ta utgangspunkt i den *taktile* sansen. De to leppene framhever berøringen, det nære og det mangfoldige som mulige alternative element i en spesifikk kvinnelig form for seksualitet. Kvinnelig seksualitet kan aldri uttrykkes gjennom *ett* privilegert organ eller *en* erotisk sone, mener Irigaray. Det er framfor alt mangfoldigheten i de erogene sonene som betegner den kvinnelige seksualiteten: kjønnsleppene, vagina, klitoris, livmoren, brystene, munnen, osv. Bildet av de to leppene som omfavner hverandre, antyder videre at kvinnen i seg selv alltid er minst to, som ikke lar seg dele i en-heter.

Kvinnekroppen

Den vanligste kritikken som reises mot Irigaray er at hun taler for en *essensialistisk* forståelse av kvinnelig seksualitet. Kritiske røster hevder at hun fører kvinnekampen, og dermed også den lesbiske kampen, tilbake til et tilbakelagt stadium. Ved å fokusere på kvinnekroppen i sin forståelse av feminin seksualitet, framhever hun kvinner som biologiske vesen. Dette mener kritikerne samsvarer nøyaktig med det synet på kvinnen som patriarkatet alltid har forfektet, og som har forhindret kvinnene fra å delta i den sosiale og symbolske utvekslingen i kulturen.

Det er først når en forstår Irigarays forhold til Jacques Lacan at denne misforståelsen er mulig å oppklare. Som tid-

ligere nevnt har Irigaray et komplisert forhold til Lacan, men i hovedsak hviler hele hennes teoretisering på en viss godkjenning av Lacans lesning av Freud. Dette gjelder spesielt Lacans omskrivning av Freuds psykoseksuelle faser til tredelingen *det reelle*, *det imaginære* – og *det symbolske*. Det betyr også at Irigaray i hovedsak bifaller Lacans forståelse av *den imaginære speilfasen* som et nødvendig forstadium i etableringen av et språklig subjekt. Videre støtter Irigaray Lacans påstand om at den ødipale konflikten samsvarer med barnets inntreden i språket. Det vil si at det ikke er snakk om at kastrasjonen finner sted i den virkelige familien, men at dette er en konflikt som utspiller seg i *det symbolske*, dvs. i språket. Ved ødipalkompleksets utgang får barnet tildelt en plass i språket som et adskilt, (*fallisk*) subjekt. Dette markerer bruddet med instinktene (som blir fortrent i det ubevisste), og mangelen (mangelen på overensstemmelse mellom det språklige uttrykket og den libidinale kroppens strømminger) er ugjenkallelig.

Det ubevisste

Lacan framhever *Fallosen* som den viktigste forskjellsmarkøren i den symbolske orden som språket utgjør, men kun når *Fallosen* forblir skjult som sådan. Det Lacan her poengterer, er at ødipuskomplekset som psykoseksuelt drama ikke utspilles på erfaringsplanet eller i det såkalte «virkelige» liv, men at det faktisk er forskjøvet til *det symbolske* eller det diskursive planet. *Fallosens* symbolske verdi skal derfor ikke forveksles med det biologiske organet, penis; dets primære funksjon er å opprettholde dette ugjenkallelige skillet mellom bevisstheten og det ubevisste. Videre mener Lacan at det ubevisste er strukturert som et språk, og at *Fallosen* utgjør den privilegerte signifikanten i det ubevisstes språkstruktur.

Irigaray aksepterer denne analysen, men framhever, bl.a. i «La Mécanique des fluides» («Væskenes mekanikk»)⁵ at Lacan i sitt teoretiske byggverk privilegerer en formlogikk eller morfologi (gr. *morphe* - *logos*) som er formlik (*isomorf*) en maskulin libidinal økonomi. Hun begrunner denne påstanden gjennom sin dekonstruktive lesning av Lacan, hvor hun påviser at han – i likhet med filosofihistorien for øvrig – allierer rasjonaliteten med materiens mekanikk, forstått som en solid masse. *Fallosen* har fått den privilegerte status den har fått nettopp fordi den symboliserer noe som er enhetlig, avgrenset, og (forhåpentligvis) massivt. Verken Lacans eller Aristoteles' begrepsverdener kan tolerere at grensene mellom kategoriene blir flytende. Den irriterende eller overraskende effekten som kvinnelig seksualitet – i all sin utflytenhet – har på et slikt imaginært, fallisk landskap, oppleves som en trussel. I det verst tenkelige av alle scenarier vil den forårsake at dette falliske landskapet forvitrer og går i oppløsning.

Slimhinnen

Væskene som materie eller element blir derfor utforsket i sitt forhold til kvinnekroppen og kvinnelig seksualitet. I denne sammenhengen introduserer Irigaray «slimhinnen» som en annen alternativ metafor i forsøket på å symbolisere kvinnelig seksualitet. Slimhinnen er *usynlig* og lar seg vanskelig avgrense fra andre kroppsorgan, da den kleber seg til noe annet i et slibrig nærvær. Slimhinnens morfologi uttrykker det nære, det flytende og det uadskillelige, egenskaper som kanskje egner seg bedre for å forså det *spesifikke* ved kvinnelig seksualitet, enn det *Fallosen* som metafor gjør.

Både leppe-metaforen og slimhinne-metaforen kan assosieres med en forestilling om terskler; de halvåpne leppene samt slimhinnen undergraver enhver

forestilling om noe avgrenset og ene-stående. Lacans teoretisering om barnets innbilte forestilling om sitt eget speilbilde som noe avgrenset og enhetlig, ser Irigaray på som et uttrykk for Lacans påstand om at det eksisterer en *formlikhet* mellom dette speilbildet og fallosens form. Ifølge Lacan er den imaginære formen av en «jeg-figur» allerede i speilfasen (fra 16 md.) informert av en fallisk, symbolsk morfologi. Dersom kvinnelig seksualitet skal kunne la seg symbolisere som *noe annet* (enn en defekt eller fraværende *fallos*), vil det kreve at vi utforsker en annen formlogikk. Skal dette kunne skje, må kvinner få reparert sitt «sårede» imaginære speilbilde. For Irigaray vil det kreve at det lille jentebarnet får gjenopprettet berøringen med *hysteria*, med morskroppen og morsspråket. Alternativet er for Irigaray å projisere en imaginær form som uttrykker tilhørighet, nærhet, berøring og mangfoldighet. Denne vil danne grunnlaget for en alternativ symbolisering av kvinnelig seksualitet og følgelig av et annerledes kvinnelig subjekt.

Libido

Irigaray påkaller gjennom disse metaforene Jacques Derridas forståelse av *différance*, skrevet med en a – dette udefinerbare mellomrom, hvor den andres differens kanskje kan komme til uttrykk. Det er i denne sammenhengen vi må lese Irigarays spill på det mangetydige i metaforen med de to leppene. I likhet med Lacan og Derrida hevder Irigaray at det eksisterer en uomtvistelig sammenheng mellom libidoet (driften) og språket. Det subjektet som til vanlig taler – særlig i de vitenskapelige diskursene – er alltid allerede *fallisk*. Subjektet i vitenskapen er tuffet på en maskulin formlogikk som bestreber seg på å tale objektivt, dvs. i et entydig, klart definert og avgrenset språk. Kvinnens mulighet til å finne en særegen

kvinnelig subjektposisjon hviler derfor på hennes evne til å oppdage og uttrykke *språkformer* for sin egen seksualitet. Når Irigaray favoriserer bildet av de to leppene, er det for å understreke det faktum at kvinner har mer enn *ett* par lepper, og at det eksisterer en livsviktig sammenheng mellom disse to. Kvinners tale og skrift kan derfor ikke bli *kvinnelig* før kvinner kommer i berøring med sin særegne seksualitet, uansett hvilket uttrykk denne måtte få. Det kan det dessverre, ifølge Irigaray, ta lang tid før de oppnår.

I det ovenstående har jeg forsøkt å tilnærme meg og formidle Irigarays syn på kvinnelig seksualitet. Det paradoksale i denne situasjonen er at det her er snakk om noe som ennå ikke eksisterer, og som i tillegg ikke er synlig. Man kunne dermed konkludere at hun ikke har noe syn på kvinnelig seksualitet. En mer fruktbar oppsummering ville derimot bli at det er mer et spørsmål om å ha gehør for og å komme i berøring med noe som hennes språk *skjuler*, og som kanskje kan bringe oss på terskelen av en *annen* forståelse av kvinnelig seksualitet.

Lesbianisme

Irigarays teorier kan få vidtrekkende konsekvenser for vår tradisjonelle tenkning omkring lesbianisme. For det første utfordrer hun vår antakelse om at kvinnelig seksualitet eksisterer som noe særegent, og at den er umiddelbart tilgjengelig for oss i vår praksis så vel som i vår tenkning og teoretisering. For det andre viser hun hvordan vår vestlige forståelse av identitet er grunnlagt på en maskulin formlogikk, med en nærmest religiøs tro på det enhetlige, det massive og det avgrensede, hvis identitet framfor alt aldri må flyte over i sin motpol.

Vi lesbiske må trå varsomt når vi beveger oss i den maskuline diskursen. På den ene side er vi dømt til å leve *i* den og *med* den, ellers blir vi stumme eller

språkløse. På den annen side må vi bruke diskursen kjettorsk og lekende; vi må la signifikantene spille over i et betydningsmangfold, der vårt poetiske og seksuelle opprør kanskje kan la høre fra seg.

Rent praktisk (for det er det noen som savner i denne diskursive jungelen) betyr det blant annet at lesbiske burde utforske språket som vår nye kamparena, hvor vi burde ta i bruk både skikkelige og uskikkelige knep som vi har pønsket ut gjennom århundrer i språklig eksil. Vi må ikke la oss lukke inne i juridiske formuleringer eller i farslovens glosefengsel. Dessverre er det slik at det kun er de kvinnene som taler som menn, som blir hørt (det være seg Gro, Maggie eller jeg selv). Men vi må våge å tale med mange tunger, å la våre drifter og vårt begjær syde gjennom talen og skriften. Strategien for dette er ikke avhengig av at vi skriver tørre doktoravhandlinger om lesbisk seksualitet (selv om vi også kan gjøre det på vår egen undergravende måte), men vi bør la høre fra oss i alt vårt utflytende mangfold. Vi må unngå å bli presset inn i en defensiv posisjon, hvor vi skyter i hjel «den andre» for å beholde vår identitet og vår seksualitet som noe adskilt og enhetlig. Vi burde heller leke oss i skriften og hyle av latter i møtet med

paranoide, maskuline forestillinger om hva det vil si å være «kvinne» eller « lesbisk». La oss utfolde oss i en kjønnslepenes estetikk og la alle våre lepper komme i tale. Og kanskje kan vi til og med skape litt liv og røre!

Ellen Mortensen
professor

Seksjon for allmenn litteraturvitenskap
Universitetet i Bergen

Noter

1. Denne artikkelen er en litt omarbeidet versjon av en artikkel med samme tittel, tidligere utgitt i *Løvetann* nr. 1, 1993, s. 34–39.
2. Luce Irigaray, *Ce sexe qui n'en est pas un* (Paris: les Editions de Minuit, 1978)
3. Jacques Lacan ble banebrytende i den franske nylesningen av Freuds verk og som gav en gjenreisning av den psykoanalytiske institusjon i Frankrike. Jacques Derrida på sin side er en av Frankrikes ledende filosofer, hvis dekonstruktive lesning av den vestlige filosofihistorien har åpnet opp for en undergraving av de mest sementerte begrepene i vestlig metafysikk, som «subjekt», «objekt», «identitet», «sannhet», «det skjønne», «det gode», etc.
4. Denne formuleringen løfter Irigaray ut av Freuds tekst og anvender den som utgangspunkt for sin egen lesning.
5. I boken *Ce sexe qui n'en est pas un*.

KOMMENTAR

Nytt liv til Katti Anker Møllers barselhemutstilling 1916

Av Tanja Reed og Karin Bjørnebo Løvli

Katti Anker Møller var en av sin tids ledende kvinnesakskvinner, og en pioner i Norge når det gjaldt kvinnehelse. Hun arbeidet iherdig for å vekke samfunnet til å ta mer ansvar for mødre og barn – spesielt for dem som var vanskeligst stilt – og var med på å reise det første hjemmet for ugifte mødre i hovedstaden (1902). Hun reiste rundt i landet og holdt foredrag om barnebegrensning, hun arbeidet for morstrygd, og hun var med og fikk i gang det første mødrehygienekontoret som kom i drift i Kristiania i 1924 med støtte av arbeiderbevegelsen. Katti Anker

Møller var også en sentral pådriver i utformingen av de Castbergske barne- lover som kom i 1915, og som ga barn født utenfor ekteskap bedre sosial status.

Vandreutstillingen

I 1916 var hun formann og primus motor i komiteen som fikk i stand Barselhemutstillingen som åpnet i Kristiania samme vår. Katti Anker Møllers hensikt var å gi kvinner kunnskap om kosthold, hygiene, fødsel og barnestell og få opprettet kommunale barselhjem. Selve utstillingen var



Utstillingsåpningen i Kristiania 1916. De fleste utstillingsgjenstandene på bildet finnes fortsatt i samlingen. (Foto: Katti Anker Møller-samlingen)

en anskueliggjøring av barselkonens og spedbarnets kår fra de eldste tider og fram til nyere tid. Den viste både en fødestue etter siste og mest moderne oppskrift og det motsatte – et såkalt elendighetsrom, flyttet direkte til utstillingen slik en jordmor fant det da hun kom dit for å forløse.

Utstillingen inneholdt et rikt utvalg gjenstander som viste utviklingen av fødselshjelpen og barnestellet; litteratur, fotografier, vugger – fra de mest primitive til flotte mahognivugger, spedbarnstøy, kjøreler, plansjer som viste fosterutviklingen, samt riktig klesdrakt og skotøy for gravide.

Barbara Ring og Sigrid Undset

Forfatterinnene Barbara Ring og Sigrid

Undset hadde samlet barnebøker og leker gjennom tidene. Hver ettermiddag holdt sakkyndige foredrag i tilknytning til utstillingen. Barselhemutstillingen vakte slik interesse at flere byer ba om å få den, og med bevilgninger fra Staten turnerte utstillingen i 1917 fra Kristiansand i sør til Tromsø i nord – hele tiden med Katti Anker Møller som leder.

Det første konkrete resultatet av utstillingen var fødehemmet i Sarpsborg, som ble åpnet alt i 1917.

Gjennom tall, statistikk, fotografier og foredrag belyste Barselhemutstillingen at selve fødslene foregikk under uhygieniske forhold. Som en konsekvens av dette ble ikke bare fødehem åpnet. Også arbeidet med å bedre jordmødrenes kår og utdanning ble igangsatt med Katti Anker Møller som initiativtaker, og et par år senere fikk en regjeringsoppnevnt

komité i oppdrag å revidere jordmor-utdanningen.

Forært til skolen på Stabekk

I 1922 forærte Katti Anker Møller samlingen til Statens Lærerindeskole i Husstell på Stabekk. Hun skrev:

12 okt 1922

Bestyrerinde for Statens Lærerindeskole i Husstell frk. Bergljot Torp Stabekk

På Barselhemudstillingens komites vegne sender jeg Dem i dag 1 kasse og 2 større pakker som ilgods. Indholdet er en gave fra komiteen til Lærerindeskolen, særlig dens Avdeling for barnepleie, hvor jeg ogsaa haaber De vil kunde skaffe plads for samlingen. Vi tænkte den kunde danne begyndelsen til et museum i barselpleie og barnestel.

Katti Anker Møller var en av «de ti» som sammen med blant andre Betzy Kjelsberg hadde tatt initiativ til å få i gang utdanningen på Stabekk i 1909. Undervisningsplanen fra dette året inneholdt ikke faget spedbarnsstell, men Katti Anker Møller var en av ildsjelene som sørget for at det ble eget fag på timeplanen i 1921.

Samlingens tilværelse på skolen

Samlingen har hatt en varierende tilværelse ved høgskolen. De første årene stod den utstilt på skolen og ble brukt i undervisningen, men de senere år har den vært nedpakket og hentet fram til utstilling ved spesielle anledninger. Ved utdanningens 90-årsjubileum i januar 1999 ble samlingen utstilt i sin helhet. Igjen vakte utstillingen stor interesse, men det ble også klart at den befant seg i svært dårlig forfatning. Høgskolen etablerte derfor et

samarbeid med Akershus fylkesmuseum, med det formål å bevare og tilgjengeliggjøre utstillingen.

Fylkesmuseets arbeid

Samlingen ble først fotografert slik den sto i høgskolens lokaler på Bekkestua, før den ble pakket ned og overført i sin helhet til konserveringsavdelingen ved Akershus fylkesmuseum.



Utstillingen viser flere reivede dukker med drakter fra ulike deler av landet. Denne er antakelig fra Østerdalen. (Foto: Børre Høstland, Akershus fylkesmuseum)

I den første fasen av arbeidet med samlingen ble alle gjenstandene registrert, nummerert, tilstandsvurdert, merket, fotografert, pakket ned på nytt og plassert i et eget magasinrom.

Videre arbeid

I løpet av andre fase av arbeidet med samlingen er det konserveringen av gjenstandene som skal gjennomføres. Dette er den mest arbeids- og kostnadskrevende delen av arbeidet. Konserveringsarbeidet blir delt opp etter materialgrupper, og det vil bli behov for konservatorer med forskjellige spesialområder. Arbeidet med konserveringen startet opp i høst og beregnes avsluttet i 2002, dersom restfinansieringen av prosjektet går i orden. Samlingen vil etter dette være klar til ny utstilling i 2003.

Framtidig bruk av Barselhjemutstillingen

Utstillingen framstår stadig som en helhet til tross for at enkelte gjenstander er gått tapt i årenes løp. Den er en enestående kilde til kunnskap om og forståelse av Katti Anker Møller og hennes innsats i norsk samfunnsliv i første halvdel av 1900-tallet. Samlingen har et stort formidlingspotensial, ikke bare om personen Katti Anker Møller og hennes arbeid, men også om kvinners livssituasjon i hennes samtid og om helsestell, for å nevne noen aktuelle tråder.

Vi vil også understreke utstillingens kontekst. Det er sjelden å oppleve en

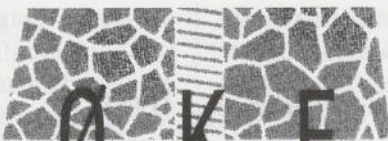
utstilling så grundig dokumentert, og samlingen omfatter foruten det rikholdige gjenstandsmaterialet også Katti Anker Møllers korrespondanse i forbindelse med utstillingen både under forberedelsen og fra turneen. Den omfatter hennes foredrag og lysbildeserie, fotodokumentasjon tilknyttet temaet utstillingen tok opp og fotodokumentasjon av selve utstillingen.

Til slutt

Barselhjemutstillingen skal etter planen være klar til å stilles ut på ny i 2003, og er tiltenkt en sentral og tilgjengelig plassering. Det nye medisinske museet som er planlagt åpnet samme år, er et naturlig valg, men etableringen av dette museet er foreløpig usikker, og det kan være aktuelt å vurdere plasseringen av Barselhjemutstillingen på nytt. Før den tid vil dessverre samlingen være utenfor rekkevidde for både publikum og forskere.

For at så mange som mulig skal få sett deler av samlingen vil Akershus fylkesmuseum lage en posterutstilling som skal stå utstilt i museets lokaler på Strømmen fra årsskiftet 2001/2002 og noen måneder framover. Deretter vil den stilles ut i lokalene til Høgskolen i Akershus og eventuelt kunne lånes ut til andre institusjoner m.m.

*Tanja Reed,
Akershus Fylkesmuseum og
Karin Bjørnebo Løvli,
Høgskolen i Akershus*



B Ø K E R

Handler sykepleie om husmoderlighet?

Ved Kari Wærness

Runar Bakken: *Modermordet – om sykepleie, kjønn og kultur*
Universitetsforlaget, Oslo 2001

Hvorfor andelen menn i pleie- og omsorgsykker ikke blir større når utviklingen på de fleste samfunnsområder ellers synes å gå i retning av en stadig økende likestilling, er et spørsmål mange av oss skulle ønske vi hadde gode svar på. Ikke minst skulle vi ønske at vi hadde svar som gjorde det mulig å foreslå tiltak for å endre denne situasjonen og bidra til at så vel offentlige myndigheters som fagforeningers uttrykte ønsker om en bedre kjønnsbalanse innen disse yrkene kunne oppfylles. Boken *Modermordet* vekker dermed antagelig umiddelbart

nysgjerrigheten hos mange av dem som er opptatt av denne problematikken. Forfatteren er utdannet sykepleier og har fungert både som sykepleier og som sykepleielærer. Hans utgangspunkt for det han kaller «tematiske refleksjoner rundt det som kulturelt forbinder det kvinnelige og sykepleie som fag» (s. 7), er erfaringen av at sykepleien er det han kaller et ingenmannsland for den mannlige sykepleier. Det menn ikke holder ut i dette arbeidet, hevder han, er å være «objekt for de(n) Andres behov for ivaretagelse» (s. 13). Å diskutere den tause forbindelsen mellom det husmoderlige og sykepleien, anser han, er like mye en diskusjon om hva sykepleie er, som om hva en kvinne og en mann er. Og som mann i

den fremmede kulturen har han mulighet til å beskrive den fra en utenfraposisjon og på denne måten se og forstå noe som kvinner ikke har mulighet for. Det han vil presentere er «mannens fortolkende øye av en kvinnehistorie og en manns erfaringer med et kvinnefag som er i tale, en historie han ikke kjenner seg igjen i, og et ingenmannsland han forsøker å forstå» (s. 20).

Hvordan går han så til verks for å oppnå dette? Han gjør det ikke ved å gi oss grundige refleksjoner eller analyser basert på konkret informasjon om egne erfaringer som sykepleier og sykepleielærer. I stedet tar han utgangspunkt i et par hendelser han husker fra tiden som sykepleierstudent og bruker ellers stort sett en rekke akademiske arbeider fra mange fagdisipliner som grunnlag for å forstå sin egen fremmedhet og det faktum at sykepleien i dag er i ferd med å miste sin attraktivitet også blant norske kvinner. Boken inneholder dessuten en polemisk kritikk mot en del av kvinneforskningen innenfor dette området, og spesielt mot en del av Kari Martinsens arbeider. Rekrutteringskrisen til omsorgsprofesjonene som vi i de skandinaviske land i dag synes å stå overfor, tolker han som et resultat av at den selvfølgelige alliansen mellom det kvinnelige og omsorg nå er i ferd med å brytes. Endringer av den kvinnelige omsorgshabitus er en ikke-intendert konsekvens av velferdsstatens utvikling og av den kulturelle modernisering. Resultatet blir, hevder han, at vi må rekruttere unge kvinner fra Asia for å fylle etterspørselen etter sykepleiere.

Boken inneholder en lang litteraturliste, som selv om den er svært ufullstendig og unøyaktig, gir boken et vitenskapelig preg. Imidlertid flyr forfatteren så vidt både når det gjelder tid, rom og bruk av teorier at hans refleksjoner blir fragmentariske og overfladiske. Overfladiskheten gir seg dels uttrykk i at Bakken lar være å ta med fakta som ikke passer med hans ensidige fortolkning av utviklingen, dels i

at han hopper fra det ene resonnementet til det andre uten at det er lett å se noen sammenheng, og dels i at han presenterer andres argumentasjon på en måte som blir misvisende. Jeg vil i det følgende trekke frem eksempler på alle disse former for overfladiskhet.

Utviklingen av det kulturelle grunnlag og ideal for norsk sykepleie fra NSF ble stiftet i 1912 og frem til 1960–70 beskrives som en bevegelse fra «Jomfrumoder» til «Hustrumoder». De fakta Bakken i denne sammenhengen legger vekt på, er at sykepleiere helt frem til 1930 ikke kunne gifte seg, og at det var først på 1950–60-tallet at det ble vanlig at (kvinnelige) sykepleiere var gifte eller giftet seg. Nå var det imidlertid svært uvanlig at gifte kvinner i sin alminnelighet var yrkesaktive i mellomkrigstiden. Om vi tar hensyn til dette, er kanskje utviklingen innen sykepleien ikke så spesiell som Bakkens fremstilling kan få oss til å tro. Bakken skriver heller ikke noe om de rent prosaiske grunner til at en i sykehusvesenet etter hvert ble nødt til å satse på gifte sykepleiere. Det ble nødvendig for å få nok arbeidskraft når helsetjenesten ekspanderte samtidig som giftermålshyppigheten økte. De gifte sykepleierne utgjorde slett ikke noen ideell arbeidskraft i helseinstitusjonene, ettersom de bare ville jobbe deltid og ha fri i barnas skoleferier. Dette ble da også en viktig grunn til at eldre ugifte sykepleiere til dels var motstandere av de giftes inntrøden på dette området. En kan med god grunn hevde, om en aksepterer Bakkens språkbruk, at det fortsatt er Jomfrumoderen som er den ideelle sykepleier, fordi det bare er hun som ikke behøver å måtte slites mellom pasienters og familimedlemmers omsorgsbehov. Det Bakken kaller Hustrumoderen kan aldri sies å ha vært noe yrkesideal i den profesjonelle sykepleien. Derimot kan hun sies å ha vært et ideal for den ufaglærte kvinnelige arbeidskraften som velferdsstaten satset på i den første fasen i oppbyggingen av

den offentlige hjemmebaserte omsorgen. Da ga myndighetene eksplisitt uttrykk for at det var de middelaldrende husmødre som hadde noe ledig tid etter at barna var blitt store og som ønsket å jobbe deltid, en ønsket å rekruttere til hjemmehjelpstjenesten. Bakken reflekterer heller ikke over at når det gjelder omsorg, er det ikke bare snakk om arbeidsdeling etter kjønn, men også etter klasse. Dette er en svært stor svakhet ved boken. Den klassebestemte arbeidsdelingen i sykepleien finner vi eksplisitt uttrykk for allerede i Florence Nightingales utdanningssystem (se Martinsen og Wærness 1991 [1979], kap. 4). Det borgerlige familieidealet som Bakken viser til ble et ideal for legers og sykepleieres utøvelse av sine yrker, var en familie der husmoren administrerte ansatte hushjelpere som gjorde det meste av det konkrete hus- og omsorgsarbeidet. Etterkrigstidens husmorfamilie uten lønnet hjelp i husholdet kan aldri sies å ha vært modell for denne arbeidsdelingen. I sykehuset har det hele tiden vært andre kvinneyrkesgrupper enn profesjonelle sykepleiere som har utført mye av det praktiske hus- og omsorgsarbeidet. Dette er ikke noe nytt som oppstår med etableringen av hjelpepleieryrket. Den klassebestemte arbeidsdelingen innen sykepleien har flere feministiske omsorgsforskere vært opptatt av og analysert på en svært kritisk måte – deriblant Kari Martinsen (se for eksempel Martinsen og Wærness 1991 [1979]). Om Bakken hadde trukket dette med i sine analyser, hadde det kanskje ført til en mer nyansert og noe annerledes forståelse av dagens rekrutteringskrise innen omsorgsyrkene. For det første er det antagelig ikke rekrutteringen til sykepleierutdanningen og andre profesjonelle omsorgsutdanninger som i dag fremstår som mest kritisk. I skrivende stund opplyser avisene at søkningen til sykepleierutdanningen i år har økt med hele 20 prosent i forhold til i fjor, og en lignende om enn svakere tendens ser vi i søkningen til de andre høyskoleutdanningene innen

omsorgsområdet. Krisen i rekrutteringen til de underordnede og mer praktiske omsorgsyrkene som hjelpepleier, omsorgsarbeider og barnehageassistent er sannsynligvis av en langt alvorligere karakter. Heller enn at det blir profesjonelle sykepleiere vi i første omgang må rekruttere fra Asia, er det hjemmehjelpere, pleiemedhjelpere og rengjøringshjelpere. En slik rekruttering er allerede godt i gang. Heller enn å forklare dette ut fra ulikheter i «omsorgshabitus» mellom dagens norske og asiatiske kvinner, bør vi rette oppmerksomheten mot de store økonomiske ulikheter mellom ulike deler av verden. Det er disse ulikhetene som gjør at de lavest betalte service- og pleiejobbene i den vestlige verden kan være attraktive for kvinner fra den tredje verden. De kan for noen være den eneste mulighet for å kunne forsørge sine barn i hjemlandet. For å unngå at barna skal vokse opp i ytterste fattigdom, må disse immigrantkvinnene overlate den konkrete daglige omsorgen for egne barn til andre kvinner og ofte være borte fra dem i årevis. Det bør vi kanskje også ta inn over oss når vi vil beskrive og analysere de endringer i arbeidsdelingen innenfor omsorgsfeltet som i dag foregår på global basis.

I boken heter det et sted at: «I Norge gis det kvinnelige til og med en egen rasjonalitetsform, det omsorgsrasjonelle (Wærness)». Det går ikke frem av litteraturlisten at Bakken har lest noe av det jeg har skrevet om omsorgsrasjonalitet. Hadde han gjort det, hadde han kanskje forstått at jeg slett ikke definerer omsorgsrasjonalitet som en særegen kvinnelig rasjonalitetsform. Det jeg har gitt uttrykk for, er at godt omsorgsarbeid er basert på en form for rasjonalitet som er forskjellig fra den vitenskapelige og byråkratiske rasjonalitet som dominerer i våre helseinstitusjoner. Jeg har videre sagt at denne rasjonalitetsformen læres gjennom praktisk utøvelse av omsorgsarbeid, også gjennom omsorg for egne barn

(Wærness 1984, Wærness og Gough 1985). Når det som oftest er kvinner som handler etter denne rasjonalitetsformen, er det fordi det først og fremst er kvinner som utøver og har ansvaret for det praktiske omsorgsarbeidet. Det jeg i likhet med mange andre omsorgsforskere gjennom flere empiriske forskningsarbeider har uttrykt bekymring over, er følgende: Slik organiseringen av den offentlige omsorgen endrer seg, blir det stadig vanskeligere å handle omsorgsrasjonelt, uansett hvordan kjønnsfordelingen blant personalet på de ulike nivå i arbeidsorganisasjonen måtte være (se f.eks. Thorsen og Wærness 1999). Om vi hadde tillagt kvinner en egen rasjonalitetsform, omsorgsrasjonalitet, hadde vi vel ikke behøvd å bry oss om hvilken betydning selve organiseringen av arbeidet har for å kunne handle omsorgsrasjonelt?

Bakken er oppmerksom på at kampen mot legeunderordning har vært en del av hele den profesjonelle sykepleiens historie. I boken er det imidlertid det han kaller «1970–1980-tallets feministisk-fenomenologiske forsøk på selvstendigjøring» han forholder seg sterkt kritisk til. Og det er særlig Kari Martinsens arbeider fra 1990-tallet som legges til grunn for kritikken. Det er vanskelig å forstå hvorfor Bakken bruker Kari Martinsens arbeider fra 1990-tallet for å analysere utviklingen fra 1970-tallet. Det blir særlig merkelig fordi han samtidig slutter seg til den vurderingen at både denne tenkningen og andre omsorgsteorier har spilt og spiller en beskjeden rolle innen faget (s. 144). Hvorfor velger han da å gå så sterkt ut mot disse arbeider fra Kari Martinsens hånd? Han skriver at Kari Martinsen for ham alltid har stått for en dristig tenkning. Men å bruke hennes arbeider fra 1990-tallet til å «bevis» en uheldig utvikling innen norsk sykepleie fra 1970-tallet er mildt sagt en grov tidsfeilslutning, for ikke å si intellektuelt uredelig. Om Bakken i stedet eller i tillegg hadde drøftet Kari Martinsens arbeider fra

1970–80-tallet, hadde han nok fått et annet og mer nyansert syn på utviklingen innen sykepleie og medisin. Da hadde han ikke kunnet unngå å få øye på den store innsatsen hun har gjort for om mulig å skape et intellektuelt grunnlag for en motmakt til den teknologiske og økonomiske diskurs som i all hovedsak har dominert og fortsatt dominerer utviklingen i helse- og omsorgstjenestene, i vårt land som i de senmoderne samfunn ellers i verden. Nå forholder Bakken seg ikke kritisk til denne dominerende diskursen. I stedet trekker han frem at det «kroppslig-sanselige og individorienterte står i fare for å virke invaderende» (s. 140). Det er det vel ikke mange i omsorgssektoren som vil være uenige med ham i. Imidlertid er det vel knapt noen som anser at dette representerer et faktisk problem i dagens norske helse- og sosialtjeneste. Her dominerer problemer som skyldes depersonalisering og mangel på opplevd personlig omsorg og omtanke, om vi ser det fra pasienters og pårørendes perspektiv. Det virker derfor ganske underlig at når Bakken endelig trekker frem pasientperspektivet, er det utelukkende for å advare mot den form for individorientert pleiekultur som han mener Kari Martinsen forsøker å fremme, og for å forsvare den standardiserte medisinske kulturen som i dag faktisk er den nærmest totalt dominerende i helsetjenestens hverdagsvirkelighet.

Bakken formidler et syn på menn og på forholdet mellom menn og kvinner som fremstår som reaksjonært. Han hevder at det nærmest er umulig for menn å være i sykepleien, og at «det kan synes som det nettopp er i situasjoner hvor ivaretakelse av de(n) Andres kropp – intimitet – at den hardt fremskaffede maskuline identitet trues med oppløsning» (s. 105). Ettersom han mener at å diskutere hva sykepleie i sitt kulturelle grunnlag er, like mye er en diskusjon om hva en mann og en kvinne er, må vel hans konklusjon også bli at dagens menn heller ikke er i

stand til å utøve konkret omsorg for småbarn eller syke familiemedlemmer uten at deres maskuline identitet trues med oppløsning? Når han videre skriver at «sykesøstre har allment sett lenge vært noen av de heteste begjærsubjekter for mannen» (s. 79), er det ikke klart hva slags empiri han bygger på. Han gir denne påstanden en slags tidløs gyldighet, og dermed fremstår også dette utsagnet som en nokså reaksjonær påstand om hvordan dagens menn ser på kvinner.

Det er synd at en bok med et så interessant utgangspunkt ikke oppfyller rimelige krav til vitenskapelig kvalitet, verken med hensyn til grundighet eller til å skille klart mellom hva som er teori og antagelser og hva som anses å være fakta. Den gir oss derfor ingen gode og handlingsrelevante svar på hvorfor moderne menn ikke vil gå inn i sykepleien og heller ikke på hvorfor yrket er blitt mindre attraktivt for moderne kvinner. Den fragmentariske bruken av en rekke akademiske tekster fra ulike fagtradisjoner fører til at boken heller ikke er vellykket som debattbok for en større leserkrets. Budskapet er uklart, og store deler av teksten blir helt uforståelig for dem som på forhånd ikke kjenner en del til litteraturen

det henvises til. Den noe lettvinde måten det henvises til Oscar Wilde, Christoffer Lasch, Stein Mehren, Lacan og Kohout m.fl. på, formidler også et inntrykk av at dette først og fremst er en bok for dem som allerede er godt inne i den postmoderne kulturdebatten, og ikke for dem som er opptatt av hvordan omsorgen for syke mennesker skal organiseres i årene fremover.

Kari Wærness
professor

*Senter for kvinne- og kjønnsforskning
Universitetet i Bergen*

Litteratur

- Martinsen, Kari og Kari Wærness 1991 [1979]. *Pleie uten omsorg?* Pax forlag, Oslo.
- Thorsen, Kirsten og Kari Wærness 1999. *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstat.* Ad Notam Gyldendal, Oslo
- Wærness, Kari 1984. The Rationality of Caring. *Economic and Industrial Democracy* 5 (2), 185–211.
- Wærness, Kari og Ritva Gough 1985. Når service og klientens selvbestemmelse ikke strekker til. I Ivar Bleiklie mfl.: *Politikkens forvaltning.* Universitetsforlaget, Bergen.

Auget og kallet

Ved Jeanne Boge

Kari Martinsen: *Øyet og kallet*
Fagbokforlaget, Oslo 2000

Kari Martinsen har skrive fleire bøker. *Øyet og kallet* har mange linjer attende til den fyrste boka ho skreiv, *Freidige og uforsagte diakonisser* som kom ut i 1984. *Øyet og kallet* er inndelt i fire kapittel: «Å se med hjertets øye», «Etikken, kulturen og kroppens sårbarhet», «Kallet – kan vi være det foruten?» og «Kjærlighetsgjerningen og kallet». Alle fire tema er på ulike vis relatert til diakonissene og sjukepleiefaget, og har ein tydeleg kvinneprofil. Eg startar med å gjø innsyn i dei ulike kapittel i boka. Avslutningsvis gjer eg ei vurdering av boka, og ser på kva verdi den kan ha for kvinne- og kjønnsforskarar.

I det fyrste kapittelet diskuterer ho korleis auget/blikket kan vera hjarteleg deltakande, eller tvilande, registrerande blikk. Martinsen skriv at ein sjukepleiar kan sjå pasienten med hjartelege, deltakande auge. På det viset kan ho oppnå litt frå pasienten. Dette auget tek ikkje frå pasienten hennar sjølvforståing, eller reduserer den andre til ein ting. Måten me ser på den andre på, er med andre ord heilt avgjerande. Blikket vårt uttrykkjer haldninga me har til den andre, og kan vera med på å gjera livet både godt og vondt for den andre. Med blikket vårt kan me setja den andre fri, og hjelpe vedko-

mande til relasjon med andre. Martinsen skriv om «den barmhjertige samaritan» sine opne og mottakande auge som treffe den andre og den situasjonen denne var i, og med medynk og stor smerte kunne han ikkje anna enn å stella såra hans. Den andre stod i sentrum. Når ein som samaritanen ser med hjartet, er auget sjela og kroppen sin spegel. Å sjå med hjartet sine auge, med det deltakande oppmerksame auget, får den andre til å tre fram som betydingsfull.

Martinsen skriv om meisterskap i å sjå, som inneber at ein trener seg opp i å bli oppmerksam innanfor den verksemd ein står i – i sjukepleiesamanheng, i tilhøve til pasientar, kollegaer og det rom ein står i. Ein lærer seg til å lytte til seg sjølv og andre, til å sjå og sjå etter, og vera nærverande i situasjonen. Merksemd er å vera der ein er, å vera til stades når ein er til stades. Ikkje registrerande, men fagleg sansande auge som leiter etter det aktverdige ved menneske, og som trår varsamt når ein er invitert inn i den andre sitt liv. Samstundes som me ser, lukter, høyrer og snakkar. Me ser med heile kroppen. Ser og sansar samstundes. Når me ikkje lenger ser den andre sitt særpreg, tviler me på augo våre, på kva dei er opne for. Me tviler på den fargerike verda som kjem til oss. Me tviler på det pasienten fortel oss om bekymring og det å ikkje strekkja til. Den profesjonelle sine auge tek initiativet

åleine. Då veks klassifiseringskunnskapen fram, der den andre blir sett utan å bli sett. Ho blir sett som eit objekt utan sjølvforståing. Auget vert redusert til eit instrument, eit apparat. Kunnskapane som vert registrert, kan kvantifiserast. Denne type kunnskap er fargelaus, klanglaus, luktfri, smaklaus. Tonen er borte. Auget er blitt empirisk registrerande. I den samanheng viser ho til Foucault.

Den som har auge å sjå med, treng både den langsame, konkrete erfaringskunnskapen og den raske klassifiseringskunnskapen, men me må flytta merksemda frå det registrerande auget, der me åleine tek initiativet, og opna oss for den/det som kjem til oss. Martinsen viser til Levinas som ville sagt at me må sjå den andre sitt andlet, det mest sårbare ved mennesket.

I andre kapittel stiller Martinsen fleire spørsmål. Fyrst spør ho om etikk er meir enn normer og kultur? Martinsen bruker forteljinga om den barmhjertige samaritan til å vise korleis ulike kulturar kan innverke på møte med medmenneske. Jødedommen hadde strenge krav til at ein skulle halda seg rein, ikkje røra ved døde, ikkje ta seg av framande. Dette medverka truleg til at presten og levitten ikkje hjalp den naudlidande. Trass i at jødar og samaritanar hadde felles røter, var samaritanen sin kultur open og inkluderande slik at han kunne bli ramma og berørt av den andre. Historia viser at menneske vert prega av kulturen, men er ikkje etikk likevel noko meir? Martinsen er ikkje på linje med Dreyfus som meiner etikk er heilt kulturavhengig. Ho kritiserer også sjukepleiaren og sosiologen Jocalyn Lawler for å leggja for stor vekt på sjukepleiarane sin kulturbakgrunn når ho viser til korleis dei taklar intimpleiesituasjonar. Martinsen spør om det ikkje er noko meir enn kultur og normer mellom oss. Kultur kan vera til hjelp, men kan og stengja oss ute, slik tilfellet var med presten og levitten. Martinsen meiner at me veit kva det gode er, uavhengig av kultur, av di det er

livet sjølv, som den andre er felt inn i, som sender ut appellen om å ta vare på kvarandre.

Martinsen spør om me i vår kultur er blitt skamlause, og diskuterer vidare teknologi og kropp. Ber kulturen i Vesten oppe ein rasjonalitet som gjer at me ikkje aktar naturen og mennesket? I staden for å sjå på livet som ei gåve, tilskriv me oss sjølve alle erobringar. Skam får me av at det er vesen, ting og fenomen som ikkje er våre. Det er noko som er utanfor vår makt. Atterhaldet har sin grunn i at me ikkje har alt i vår makt. Er me blitt skamlause av di den enkelte ikkje vik attende for noko, ikkje har nokon grenser? Me tek alt i vår makt. Behandlar me mennesket uaktsamt, slik den vestlege kultur allereie gjer med dyr og natur? Er me blitt ein rasjonalistisk og skamlaus kultur, som har eit manipulerande tilhøve til natur og menneske? Er me blitt slike som Weber kallar fagmenneske utan ånd og nyttingsmenneske utan hjarte? Har vitskapen med si avmystifisering gjort oss rasjonelle og bereknande?

Er ikkje kroppen heilag lenger? Er det sjela som er det eigentlege mennesket? Er kroppen blitt ein ting på linje med andre saker og ting? Har medisinsk vitskap systematisk avtrylla den for det hemmelege? Er ikkje kroppen ei levande sjel, eller er den redusert til ein ting som eg kan behandla som eg vil? Martinsen meiner menneskekroppen er blitt gjenstand for vitskapleg-teknologisk behersking, og kan forandrest gjennom biomedisinske inngrep. Dette går hand i hand med det rådande samfunnssyn, og fell saman med Foucault sine teoriar om sortering av nyttige og unyttige kroppar. Den sårbare kroppen roper på vern og grenser. Roper på retten til å vera redd, trøyt, fryktsam, utsliten, sjuk og uerstatteleg. Også den døde kroppen ber om vern og ivaretaking av integritet. Det kan sjå ut for at medisin i vestlege, protestantiske land er prega av den liberalistiske, kapitalistiske, rasjonelle, kostnads-nytte-tenkinga, og at krop-

pen i protestantiske land kan vera meir utsett for inngrep enn i katolske land. I nytte-etisk tenking ser det ikkje ut for at noko er heilag, og ei slik tenking tillet inngrep i kroppen og kjøp og sal av den for ei god sak si skuld. Lover, reglar, normer og argument treng me, men det er ikkje nok. Martinsen oppmuntrar pleiepersonalet som står nærast dei sjuke kroppane til å tala dei sjuke og sårbare kroppane si sak, og ber om at deira erfaringar må bli høyrte.

I tredje kapittel spør Martinsen om me kan vera kallet forutan. Kall har gjerne vore forbunde med negative ord som sjølvutsletting, underordning og det å vera lydig, og har gjerne vore sett i motsetnad til lønsarbeid og profesjonalitet. Dette er ei sjølvforståing som sjukepleiarar gjerne vil bryte med. Samstundes ser ein tendensar i tida til ein meir positiv måte å sjå på kallet på, som ser ut for å få ei fornying innanfor fag som har med menneske å gjera.

Martinsen viser til Max Weber (1864–1920) som studerte om det var nokon samanheng mellom pengeoppheving som livet sitt mål (den kapitalistiske ånd) og den protestantiske kallet. I den samanheng diskuterer ho blant anna kallet til Luther, kalvinistar og pietistar. Martinsen kritiserer Weber for å ha lagt for stor vekt på menn si forståing av kallet. Gjennom sine studiar av diakonissene opplever ho at kvinnene hadde andre oppfatningar av kallet enn mennene (prestar og legar) som dei var underlagt.

Prestskapet meinte at diakonien sitt fremste kall var å frelsa sjeler gjennom gode gjerningar. Korleis forstod diakonissene kallet? Det kan sjå ut som om dei hadde ei dobbel forståing av kallet. Både den Kierkegaardske inderlighet, sjølvfornekting og det å vera audmjuk, og på den andre sida eit brennande engasjement og ei sosial forplikting ovanfor andre si liding. Når krava frå dei overordna om å vera lydig kom i konflikt med pasientane sine behov, kjente diakonissene seg usik-

re og splitta, men historia viser at dei kunne la vera å vera lydige, om det var til beste for pasientane. Diakonissene sitt kall var ikkje ei sentring om seg sjølv, men å vera inderleg retta mot den andre, og der sjølvoppofringa kan sjå ut for å handla om å vera generøs mot andre. Dei var ikkje fyrst og fremst opptekne av å frelsa sjeler eller å få trusvisse. Dei såg ut for å vera meir på linje med Florence Nightingale som sa at ein ikkje skal bli sjukepleiar for å tena Gud og koma til himmelen. Det går ikkje. Det skal vera interessa for den sjuke som driv verket. Dette er på linje med den tidlege Luther si forståing av kallet: Det er ikkje Gud som treng dei gode gjerningane våre, men nesten. I det ligg kallet. Martinsen spør om kallet grunnmenneskeleg forstått er å vera oppteken av livet – ei utfordring om å akta livet, ta vare på det? Dette er ein svært radikal og samfunnsomveltande kallstanke. Ho meiner at det var eit slikt kall nokre av våre formødre peikte på. Kan me leva utan eit slikt kall? Det er denne tenkinga som ser ut for å stå sentralt når ein i dag diskuterer kall.

I fjerde kapittel viser Martinsen til Inger Hammer. Hammer meiner kvinneforskninga har vore religionsblind. Ho skisserer opp fleire grunnar til dette. Martinsen meiner Hammer er brennaktuell å ta med seg inn i studiet av sjukepleiehistoria. Når ho skal prøve å forstå diakonisse Rikke Nissen, er det viktig å plassera henne i det religiøse rom og den religiøse tidsånd ho levde og skreiv i. Rommet var diakonisseanstalten som bygde på tysk, luther-pietistisk grunn. Anstalten blei driven av indremisjonen. Ei lågkyrkjerørsle som var i opposisjon til teologikyrkja og prestskapet, og som skapte det myndige lekfolk. Arbeidsplassen var også heimen til diakonissene, ordna etter mønster av den tyske, patriarkalske storfamilien. Diakonisseverksemda vart påverka av fleire strøymingar i tida: a) Den pietistiske kallsforståinga og sosiale spørsmål, b) Kierkegaard, og

c) Luthersk underordningsteologi.

Rikke Nissen var den fyrste lærediakonis i Noreg. Ho underviste, skreiv bøker, var språkmektig, reiste mykje og vanka blant lærde menneske ute i Europa. Ho blei spesielt interessert i den tyske diakonianstalten Neuendettelsau i Bayern, av di den gav kvinnene stort sjølvstende. Heime i Noreg tok ho til orde for at diakonisseembetet skulle vera likeverdig med presten sin embetsgjerning, slik ho meinte det var i oldkyrkja. Diakonissene skulle stå ved sida av, ikkje under prestane. Ho ville ha likeverd gjennom sjølvstendiggjering, ikkje gjennom patriarkatet. Kvinnene skulle sjølve definera sine arbeidsoppgåver. Det stod strid om Rikke Nissen og ofte ein strid i henne. Ho tvilte aldri på si gudstru, men ho sleit med andre sine defineringar av korleis kvinner skulle tenkje, virka, ja kort sagt, vera i verda. Ho stod i trusstriden, kjønnskampen og profesjonsstriden. Ho var sjølvstendig i sine meiningar og handlingar i diakonisseanstalten.

Nissen lærte sjukepleiarane å skriva sjølvstendige sjukeberetningar, som omhandla heile sjuke- og sosialhistoria til den sjuke. Legane opplevde dette som trugande, og ville at sjukepleiarane berre skulle skriva punktvis til legane og ikkje føreta nokon sjølvstendig sjukeberetning. Nissen si lærebok, som oppmuntra til utdanning av heile/sjølvstendige, fagleg dyktige sjukepleiarar, blei fjerna frå pensum. Legane overtok lærebokskrivinga. På det viset prøvde dei å unngå freidige og uforsagte diakonisser, sjølvstendige og frie kvinner.

Rikke Nissen var ei sterk, dyktig og framsynt kvinne. Hennar kamp for å gjera sjukepleie til eit verdig og sjølvstendig yrke har stor aktualitet også i vår

tid. Om hennar tenking hadde fått gjennomslag, ville truleg sjukepleie hatt ein heilt annan status enn tilfellet er i dag. Nissen sin kamp er samanfallande med kvinnekampen generelt i samfunnet, og kvinneforskarar med ulike fag og bakgrunnar vil ha stor glede og nytta av å lesa det Martinsen skriv om Nissen. Kvinneforskarar vil på ulikt vis ha glede av dei andre kapitla i boka også. Boka er ikkje noko for dei som leitar etter kjappe poeng, mange samandrag og korte konklusjonar. Boka er meiningsmetta og krevjande stoff, og ein lyt ta seg tid til å vera langsam og opna for det mangfaldige og komplekse. Martinsen er solid teoretisk fundamentert, og ho set sjukepleiefaget inn i historiske og filosofiske rammer på ein heilt unik måte. Ho viser blant anna korleis kristendom og kapitalisme har innverka på tenking, handling og veremåte i vestleg medisin og pleie. Ho viser dessutan at kristendommen ikkje berre var kvinneundertrykkjande: Gudstrua kunne gje diakonissene mot til å motsetja seg teologar og medisinarar. Såleis er ho kanskje på linje med Foucault, som oppfattar at dei disiplinerings- og normaliseringsprosessane som dei siste 300 åra har nedfelt seg i vestlege kroppar, har mykje større makt over menneske enn kristendommen. Martinsen viser korleis naturvitenskapleg tilnærming til sjuke menneske kan verka reduserande. I den samanheng er det mange trådar til Foucault sin kritikk av moderne medisin. Som alternativ til den naturvitenskaplege tilnærminga til mennesket, set ho opp det sanslege, relasjonelle, avhengige og moralske menneske. Kvinneforskarar som kombinerer slike perspektiv med samfunnskritikk, vil ha stor glede av boka.

Spennende kilder til (selv)refleksjon over erfaringer, metoder – og trøtthet

Ved Torbjørg Sudmann

Ulla-Britt Lilleaas og Karin Widerberg:
Trøtthetens tid
Pax Forlag, Oslo 2001

Karin Widerberg:
*Historien om et kvalitativt forsknings-
prosjekt*
Universitetsforlaget, Oslo 2001

Lesing av disse bøkene har vært et paradoksalt prosjekt. Jeg er meget begeistret over begge to, men har likevel sovnet fra dem hver kveld i lengre tid. I andre sammenhenger ville det å sovne fra en bok ikke være særlig god reklame, men for disse bøkene er nettopp det at jeg lar meg selv overvelde av trøtthet og dragning mot sofaen, uttrykk for viktig erkjennelse og eksperimentering som bøkene har satt i gang hos meg. Bøkenes potensial til å stimulere til refleksjon over og endring i egne hvile- og sovevaner er stort – i tillegg til de metodiske og kunnskapsmessige bidragene.

Bøkene henvender seg i noen grad til ulike lesergrupper. Metodeboken til Karin Widerberg er skrevet parallelt med trøtthetsprosjektet, som Ulla-Britt Lilleaas og Karin Widerberg har dokumentert

blant annet gjennom boken *Trøtthetens tid*. Metodeboken skiller seg fra vanlig metodelitteratur ved at den skildrer alle valg som er foretatt, og viser hvordan et prosjekt vikler seg ut og fram, mer enn at det følger en kronologisk ordnet og planlagt rekkefølge. Særlig er den grundige framstillingen av alle forprosjekter ved hjelp av «trøtthetsbilder», eller minner/erindringer fra eget liv, familie og venner som kunne knyttes til trøtthet, trøtthetsdagbok og intervju med egen familie (foreldre, søsken, partner og barn) uvanlig å lese i metodebøker. Metodeboken skildrer hvordan alle disse forprosjektene bidrar til å utforme selve trøtthetsprosjektet, og bidrar til å forme dette både metodisk og empirisk. Etter alle kapitler er det spørsmål til leseren, slik at studentene kan relatere det som er lest til egne prosjekter. Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt males slik med bred pensel gjennom tykke beskrivelser av hele prosessen. Karin Widerberg innleder forordet i sin egen bok med at hun har skrevet den boken hun alltid har savnet. Som veileder for utallige studenter med utallige prosjekter kan jeg slutte meg til dette. Boken gir mange bilder på hva

kvalitativ forskning kan være, hvordan man forbereder seg, hvordan man blir ferdig, og ikke minst hvilke kunnskapskrav vi kan stille når hele prosjektet er i havn. Bakerst i boken er det både vist et ferdig transkribert intervju, og søknaden til Norges forskningsråd, som finansierte trøtthetsprosjektet. For mange er det meget lærerikt å se en søknad som faktisk fører til finansiering av et prosjekt (!). Boken bør derfor brukes aktivt i student-veileder-forhold. For forskere som ikke er fortrolige med metodene som prosjektene inneholder – erindringsarbeid, bilder, intervjuer av seg selv og egen familie og andre nærstående – er boken inspirerende lesning for aktivt å bruke alle hverdagslivets erfaringer som empirisk materiale.

Det store boken – *Trøtthetens tid* – overlapper i noen grad metodeboken, men den er skrevet som en klassisk akademisk monografi. Trøttheten er utforsket på fire ulike arbeidsplasser; «Skolen» ved lærerne, «Bedriften» ved ingeniører, restaurant «Kompaniet» ved servitører, «Bydelen» pleie og omsorg ved hjemmehjelperne. Utforsking av trøtthet knyttet til servitører og hjemmehjelpere er gjort av hovedfagsstudenter som var knyttet til prosjektet. Lærerne og ingeniørene var Ulla-Britt Lilleaas og Karin Widerbergs empiriske felt. Alle yrkesgrupper gis tykke beskrivelser, og boken er rikt illustrert med sitater fra de ulike informantene. De gir et godt innblikk i arbeidslivets kjønnete praksis, struktur og tale – både som generelle beskrivelser, og som beskrivelser av trøtthetshåndtering spesielt. Trøtthet er en kollektiv hverdagslig erfaring, som oppleves, tales og håndteres ulikt varierende med sosial arena, kjønn, klasse, alder, tilknytning til arbeidslivet, familiesituasjon med videre – likevel med noen gjennomgående mønstre. Det var denne boken som forløste den paradoksale «leseinduserte» trøttheten hos meg. Ved å lese de ulike kjønnete former for praksis og tale knyttet til trøtthet, begyn-

te jeg selv å kjenne etter på egne kroppslige trøtthetssignaler. Jeg har spurt meg selv hvorfor jeg som kvinne ikke tilraner meg like mye hviletid og -plass på jobben eller på sofaen hjemme som menn, og hvorfor jeg har like høy kroppslig beredskap for barnas (eller studentenes) krav og behov nå, som jeg hadde da de var små (yngre/nybegynnere). Jeg har også i stor grad reflektert over egen yrkeserfaring (fra skole og helsevesen) og de kollektive disiplineringer og sanksjonerer av «trøtthetsadferd». Boken har mange gode diskusjonskapitler om den kjønnete talen om trøtthet, trøtthetens språk, og om de individuelle variasjoner og muligheter det er for å skape sprekker eller brudd med den diskursive trøtthetshåndteringen på de ulike sosiale arenaer. Kategoriene «brytere» og «sprengere» gir assosiasjoner langt inn i krimlitteratur og kriminalitet, noe som kanskje ikke er ueffent. Det å kroppslig vise en annen takt, et annet hvilemønster, en annen tale om trøtthet, oppleves ofte som meget provoserende fra kolleger – det er «ulovlig» og forbrytersk. Kapitlet om den moderne tilstanden er spennende lesning. Det oppsummerer viktige trender i vår tid, sett fra Ulla-Britt Lilleaas og Karin Widerbergs samfunnsvitenskapelige ståsted, og stiller kunnskapskrav ut fra hvordan de har behandlet moderne trøtthet – trøtthet som er resultatet av alt vi *må* og *vil* og har *lyst* til, og som derved er mulig å bryte og sprengre – som et politisk endringsprosjekt. Boken diskuterer derved ikke trøtthet som resultat av sykdom, som reaksjon på sterke emosjonelle påvirkninger eller som personlighetsstrategier.

For meg som har kroppen som arbeidsfelt, arbeidsredskap, undervisningstema og forskningsfelt, er det spennende å tenke kroppslige symptomer som uttrykk for fortrent eller utsatt trøtthet. Når stadig flere oppsøker alternative behandlere, massører eller frisører der man får være lenge (1–2 timer mot 7 minutter hos legen), kan det kanskje også

fortolkes som jakt på legitim rettrett og hvile? Opplevelsen av lang tid, kroppslig behag, og synlig endring utenpå? «Alle» blir veldig trøtte hos frisøren ...

Trøtthetens tid er ikke en bok som gjør krav på å ha malt hele bildet, og derfor skal den brukes og leses ut fra eget stå-

sted og behov, og leses på ulike vis for ulike formål. For meg er bøkene inspirasjon og støtte til metodevariasjon og eksperimentering i mine forsøk på å forstå kroppens kompliserte dialog med, og reaksjon på, livet i det moderne.

God bok og god hvile!



BIDRAGSYTERE

Trine Annfelt, førsteamanuensis
Senter for kvinne- og kjønnsforskning,
Institutt for tverrfaglige kulturstudier,
NTNU
7491 Trondheim
Tel. 73591898
E-post: trine.annfelt@hf.ntnu.no

Jeanne H. Boge, høgskolelektor
Høgskolen i Bergen, Videreutdanning i
sykepleie til akutt/kritisk syke
Møllendalsveien 6
5009 Bergen
Tel. 55 58 56 26
E-post: jeanne.boge@hib.no

Karin Bjørnebo Løvli, arkivleder
Høgskolen i Akershus
Ringstabekkveien 105
1356 Bekkestua
Tel. 67 11 70 43
E-post: KarinBjornebo.Lovli@hiak.no

Ellen Mortensen, professor
Seksjon for allmenn litteraturvitenskap,
Universitetet i Bergen
5007 Bergen
Tel. 55 58 23 20
E-post: ellen.mortensen@lili.uib.no

Tanja Reed, teknisk konservator
Akershus Fylkesmuseum
Postboks 168
2011 Strømmen
Tel. 63 80 69 46

Ida L. Samuelsen, cand.polit.
Institutt for sosialantropologi
Universitetet i Bergen
Fosswinkelsgt. 6
5007 Bergen
Tel. 55 56 36 37 / 480 45 328
E-post: ida.samuelsen@student.uib.no

Torbjörg Sudmann, høgskolelektor
Høgskolen i Bergen
Fysioterapiutdanningen
Møllendalsveien 6-8
5009 Bergen
Tel. 55 58 56 75 / 90 06 14 69
E-post: tsu@hib.no

Kari Wærness, professor
Senter for kvinne- og kjønnsforskning
Universitetet i Bergen
Allegt. 34
5007 Bergen
Tel. 55 58 91 63
E-post: kari.wærness@skok.uib.no



-18573

adresse:
KILDEN

Depotbiblioteket



h030 18 573

I dette nummer:

Ida L. Samuelsen: «Problemet er at du er kvinne»

Om estetisk kirurgi og den postgravide
kvinnekroppen

Trine Annfelt: Rekk meg arterieklemmen eller:

Kjønnsbilder i kirurgi. Om naturaliseringer av fag
og subjekt

Jeanne Boge: Menn og sjukepleie

Ellen Mortensen: Kjønnsleppenes estetikk

Kommentar

Tanja Reed og Karin Bjørnebo Løvli: Nytt liv til Katti

Anker Møllers barselhjemutstilling 1916

Kvinneforskning nr. 4/01