

PROFESJONSHØSKOLEN I BODØ
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG

Bacheloroppgave i sykepleie

SY 180H 000

”Mannlig sykepleier – mann uten omsorg? – Hvor er de mannlige sykepleierne?”

Kandidatnummer

10

Antall ord

9677

Kull 06 Høst

Våren 2009

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	s.3
1.1 Bakgrunn for oppgaven	s.3
1.2 Presentasjon av problemstillingen	s.3
1.3 Avgresninger av problemstillingen	s.4
2.0 METODE	s.5
2.1 Valg av metode	s.5
2.2 Kritisk blikk på egne valg	s.7
2.2.1 Forutsetninger	s.7
2.2.2 Praktisk gjennomføring	s.7
2.3 Etske overveielser	s.8
2.3.1 Informert, frivillig samtykke	s.8
2.3.2 Anonymisering	s.9
2.3.3 Taushetsplikt	s.9
3.0 HISTORISK SETT	s.10
3.1 Fram til Florence Nightingale	s.10
3.2 Sykepleie som profesjon	s.10
3.3 Segregering	s.12
3.4 Are You Man Enough?	s.12
4.0 KJØNN	s.14
4.1 Begrepsforklaring	s.14
4.2 Kjønnsnøytral arena	s.14
4.3 Maskulin arena	s.15
4.3.1 Ledelse	s.15
4.3.2 Psykiatri	s.16
4.3.3 Akuttmedisin og intensivavdelinger	s.16
4.4 "Teknofrik" versus "klovnerollen"	s.17
4.5 Care versus Cure	s.17
4.6 En barriere for "den andre"	s.18
4.7 Alene som mann	s.19
5.0 PRESENTASJON AV FUNN	s.21
5.1 Hvor er de mannlige sykepleierne?	s.21
5.1.1 Somatisk sykehus	s.21
5.1.2 Psykiatriske sykehus	s.22
5.1.3 Lederstillinger	s.23
5.1.4 Konklusjon fra funn	s.24
5.2 Resultater fra intervju	s.24
5.2.1 Veien til sykepleier	s.24
5.2.2 Arbeidsoppgaver	s.25
5.2.3 Faktorer som bidro til valg av fagfelt	s.25
5.2.4 Tanker rundt statistikk	s.25
5.2.5 Arbeidsmiljø	s.26
5.2.6 Framtidsplaner	s.26

6.0 DRØFTING	s.27
6.1 Innledning	s.27
6.2 Kjønnede prosesser	s.27
6.3 Mannlige verdier	s.29
6.4 Resultatorientert	s.32
6.5 Arbeidsmiljø	s.33
7.0 AVSLUTTNING	s.36
8.0 LITTERATUR	s.37
8.1 Selvvalgt litteratur	s.38
Vedlegg	

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Snart har 3 år gått siden jeg begynte på Bachelor i sykepleie ved Høyskolen i Bodø. I løpet av denne tiden så har jeg lært mye nytt og er mange erfaringer rikere. Noe av de erfaringene som har farget meg mest, er kanskje totalsummen av det å være sykepleier og det å utøve sykepleie. Med dette mener jeg at det å utøve sykepleie er en prosess som gjør noe personlig med en. Under utdanningen har akkurat denne prosessen gjort noe med meg, og på veien har det blitt en del tankekors.

Et av de største tankekorsene har vært, og er fremdeles det faktum at mannlige sykepleiere er en sjelden rase. Jeg har vært på en del avdelinger i praksis, og funnet meg selv alene som mann. Og dette har vært gjennomgangstonen i de fleste avdelingene. Har blitt godt tatt imot på alle avdelingene og fått god oppfølging. Det som var interessant, var det som ble meg fortalt; ”Mannlige sykepleiere kommer ikke til å være her på sengeavdelingene, de søker seg heller til akutt, -anestesi, eller intensivsykepleie. Og de er også i lederstillinger.” En årsaksforklaring fra avdelingene var at mannlige sykepleiere var mer opptatt av action enn den nære og intime omsorgen.

Disse utsagnene har hengt på mitt tankekors helt siden min første praksis. I en av mine siste praksisperioder skulle jeg praktisere ved et akuttmottak. Her var den mannlige sykepleierandelen i full blomst, og med en nesten lik kjønnsfordeling. Og det var da jeg skjønnte at det kanskje lå noe bak det jeg var blitt fortalt på de tidligere avdelingene. At det er på slike avdelinger de mannlige sykepleierne er. Men det store spørsmålet er; hvorfor er det slik?

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Ut i fra de observasjonene jeg har gjort meg i praksis, og gjennom personlig undring har jeg valgt å jobbe med en problemstilling som lyder:

”Mannlig sykepleier – mann uten omsorg? – Hvor er de mannlige sykepleierne?”

Ordlyden i problemstillingen begrunnes med en hypotese om at mannlige sykepleiere ikke søker seg til sengepost avdelinger, men heller til akuttmedisinske, sykepleietekniske eller psykiatriske avdelinger. Problemstillingen er satt på spissen for å skape en overskrift til et tema som ikke har fått mye oppmerksomhet.

1.3 Avgresninger av problemstillingen

Ettersom oppgaven har både tids- og ressursrestriksjon, er det naturlig med noen avgrensninger.

Fokusområdet har vært innenfor spesialisthelsetjenesten når det gjelder kartleggingen av hvor de mannlige sykepleierne befinner seg, og det sentrale er hvilke avdelinger som har flest menn. Dermed er sykepleierne i kommunesektoren ikke tatt med i undersøkelsen, da dette ville blitt for omfattende. Når det gjelder statistikk innenfor psykiatri er dette sett som en helhet. Dette bergrunnes med at i de litterære verkene er psykiatrien presentert samlet sett.

Litteraturen er en begrensning i seg selv, ettersom at mengden litteratur som omtaler min problemstilling er svært begrenset.

2.0 METODE

Hva er metode? Metode kan for eksempel defineres slik:

"Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsene våre."

Dalland 2000:71

2.1 Valg av metode

For å få et best mulig svar på problemstillingen, må man bruke to ulike metoder. Problemstillingen er todelt, *"Mannlig sykepleier – mann uten omsorg?"* og *"Hvor er de mannlige sykepleierne?"*. For å få et best mulig svar på hvor de mannlige sykepleierne er, er det naturlig å bruke en kvantitativ tilnærming. Da denne informasjonen gir, som Dalland (2000) sier; *"å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde"*. Videre sier Dalland om kvantitativ metode:

"De kvantitative metodene tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, som det å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde."

Dalland, 2000:72

Dalland viser også til at forskere som benytter kvantitative data ofte, blir karakterisert som "tellere", mens de som benytter seg av kvalitative data ofte går under betegnelsen "tolkere". Dataene som kommer fra kvantitativ metode blir satt inn i en statistikk og tar sikte på å formidle forklaringer. Mens tolkere analyserer de svar man har fått ved en kvalitativ tilnærming, da for å formidle en forståelse av funnene. Dermed kan man i større grad generalisere ved hjelp av den kvantitative metoden, da den kvalitative metoden ikke kan benyttes til dette formål.

For en ytterligere underbyggelse hvorfor jeg mener metodevalget egner seg best i forhold til innsamling av data til statistikk, kan man se på definisjon på kvalitativ metode. Kvalitativ metode regnes som kontrasten til kvantitativ metode.

”De kvalitative metodene tar i sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste.”

Dalland, 2000:72

Og det er nettopp disse meningene og opplevelsene som jeg vil fange opp, når jeg vil se nærmere på hva som er årsakene til at de mannlige sykepleierne velger fagfelt, og hvordan det er å være mann i et slikt fagfelt.

Grunnen til at det ble valgt en kvalitativ tilnærming til dette formålet, er at det gir et bedre innblikk i hva som skjer i praksis på området. Og ved å intervju personer som er innenfor feltet kommer disse nyansene fram, noe de ikke vil ved kvantitativ metode. Videre i sin beskrivelse av kvalitativ metode sier Dalland (2000) blant annet følgende:

”Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få tak i intervjupersonens egen beskrivelse av den livssituasjon hun eller han befinner seg i.”

Dalland, 2000:119

Ut ifra intervjuobjektene svar vil jeg da prøve å belyse den livssituasjonen som den mannlige sykepleier befinner seg i. Da er naturlig og ikke å forklare ut i fra deres situasjon, men skape en forståelse for deres oppfatning av situasjonen. For å fange opp disse meningene og opplevelsene må man ha en nærhet til feltet, og selv bidra som deltaker i prosessen.

”Datasamlingen skjer i direkte kontakt med feltet, og det kvalitative intervjuet er preget av fleksibilitet og er uten faste svaralternativer. De data som samles inn tar sikte på å få frem sammenheng og helhet.”

Dalland, 2000:74

Og det er også dette som blir formålet med intervjuene. Få fram helheten fra deres ståsted, og går i dybden til de dataene som blir hentet ut fra den kvantitative metoden.

2.2 Kritisk blikk på egne valg

2.2.1 Forutsetninger

Først vil jeg si noe om mine forutsetninger for oppgaven. Jeg er mann og sykepleiestudent, dette medfører at jeg ikke er nøytral i henhold til temaet. Jeg vil si at jeg er en del av feltet, og de forhold jeg vil undersøke. Etersom temaet er spesifikt på kjønnen mann, og jeg selv er mann er det nesten umulig til å komme i en helt nøytral og objektiv posisjon. Kjønn er så grunnleggende faktor i det menneskelige liv at det er umulig å betrakte det fra et helt annet ståsted. Det skal også sies at oppgavens problemstilling er av den ordlyd at det gjelder for autoriserte sykepleiere og deres fagvalg innfor sykepleie. Jeg som sykepleiestudent står på terskelen til et slikt valg, og har derfor begrenset erfaring og innsyn til en slik vurdering som sykepleierne i feltet har.

2.2.2 Praktisk gjennomføring

Av praktiske og tidsmessige årsaker, har jeg valgt å bruke to intervjuobjekt for undersøkelsen. Det ville ha blitt for arbeids- og tidkrevende for denne type oppgave å benytte flere intervjuobjekter.

Valg av informanter ble basert på min problemstilling, - ”hvor er de mannlige sykepleierne?”, og deretter ut ifra hvilke avdelinger som hadde størst andel av menn. Dette er for å få tak i informanter som har søkt seg til avdelinger med størst mannsfordeling, og deretter for å belyse ulike faktorer som førte til dette valget. Derfor er det naturlig å oppsøke de mannlige sykepleierne som har erfaring og kan svare på slike spørsmål.

4 avdelinger ble kontaktet, de avdelingene som hadde stor andel av menn. Avdelingsleder skulle bistå for å forhøre seg med de mannlige sykepleierne om det var noen som interessert i å bidra til undersøkelsen. Dette ble gjort slik at man minimerte et eventuelt kjennskap til informant. Dette ble gjort selv om Dalland (2000) sier at man kan på egenhånd oppsøke personer som man tror egner seg for intervju. Ved å gå gjennom ledelsen får informanten selv bestemme om han er interessert i å bidra, men også min mulighet til å influere informanten var redusert.

Jeg fikk kontakt med 2 avdelinger, og de stilte seg meget positiv til undersøkelsen og skulle søke informanter. Avdelingen fikk mitt kontaktkort, og en kopi av datainnsamlingskjemaet,

der informasjon og hensikt med intervjuet ble beskrevet. Noen dager senere ble jeg kontaktet av den enkelte informant, og informantene fikk en intervjuguide tilsendt på e-post. Dette ble gjort for at informanten skulle være trygg på de spørsmål som kom, og fikk da muligheten til å vurdere sin kunnskap og/eller erfaringer. Informanten fikk også da tid til å forberede seg til samtalen, og noe av spontaniteten vil automatisk da forsvinne. Dalland (2000) referer fra Kvale (1997)

”Jo mer spontan intervjusituasjonen er, jo større er sjansen for å få spontane, levende og uventede svar. Jo mer strukturert intervjusituasjonen er, jo lettere er det å strukturere og analysere intervjuet senere.”

Dalland, 2000:137

En mer strukturert tilnærming ble brukt slik at informanten skulle få tid til å tenke gjennom svarene, og slik at analysen kunne enklere settes opp tematisk. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker, transkribert til papir og opptakene ble deretter destruert.

Kvantitativ data ble hentet fra personalavdelingen ved et lokalt sentralsykehus, som også innbefatter psykiatri.

2.3 Ethiske overveielser

2.3.1 Informert, frivillig samtykke

I Dalland (2000) blir retningslinjene fra Hovedkomiteen for Norsk forskning om frivillig samtykke referert til. Disse bestemmelsene sier at det er opp til hver enkel informant til å bestemme om hvor vidt hun eller han har lyst til å bidra til undersøkelsen. Informantene har også rett til å trekke seg fra undersøkelsen når som helst, hvis dette skulle være ønskelig. Dette skal heller ikke få noen konsekvenser for informanten, hvis informanten skulle gjøre dette. Informert, frivillig samtykke er for å styrke enkeltindividets autonomi.

”Prinsippet er å bidra til å beskytte forsøkspersoner mot å bli ført bak lyset eller utsatt for press fra forskerens side.”

Dalland. 2000:224

Ved denne undersøkelsen ble informantene informert om deres rettigheter, men det ble ikke brukt skiftlig samtykke. Dette ettersom informantene selv uttrykte forståelse for informasjonen som ble gitt.

2.3.2 Anonymisering

I begge tilfellene ble det informert om at informantene ville være anonyme. Og dette er blitt tatt i betraktning i forhold til alder, sosial bakgrunn, hvilken avdeling de jobber på. Å anonymisere deres kjønn blir, tatt i betraktning oppgavens formål, umulig. (Dalland, 2000)

2.3.3 Taushetsplikt

Som student som gjennomfører undersøkelser og forskning, blir jeg underlagt bestemmelser som er hjemlet i personregister loven § 13, der det er spesielt nevnt som er mest relevant for min rolle.

”Opplysninger som gjelder personer som står i et avhengighetsforhold til den instans (skole, sykehus, anstalt, bedrift, offentlig myndighet m.m.) som har formidlet deres kontakt med forskeren.”

Dalland, 2000:223

3.0 HISTORISK SETT

”To predict the future, you must understand the past”

Ukjent forfatter

Historisk sett har sykepleie nesten uten sidestykke vært et kvinnedominert yrke. Men faktum er at også mannlige sykepleiere har bidratt i faget fra profesjonens fødsel. Fra et litterært ståsted, er mannlige sykepleieres deltakelse lite beskrevet. Noen av grunnene til denne dårlige beskrivelsen kan være at de mannlige sykepleierne, sett i historisk perspektiv, vært en minoritet. Og dermed ikke vært noe å skrive om. De bidro kanskje ikke i negativt eller positivt fortegn. Det kan jo også være at man vektlegger sitt eget kjønns betydning, i historisk sammensetning større en den virkelig er. Men helt uten dokumentasjon er ikke den mannlige deltakelsen i utøvelsen av sykepleie.

3.1 Fram til Florence Nightingale

Noen av de første beskrivelsene av det som er tilnærmet sykepleiere i dagens forstand daterer seg faktisk helt tilbake til India i årene 1000-600 f. kr. Der var mannlige ”voktere” tilstedt ved hospitaler, og kravene til disse vokterne kan sammenlignes med dagens krav til pleiere. Deriblant skulle de fronte en renhet, og de skulle hjelpe dem som de var pålagte å hjelpe. De skulle også være god i stell og skifte senger. (Tallaksen, 1994)

I Storbritannia, allerede på 400 – 500 tallet sier historien at menn var med og utøvde sykepleie. Mennene tok vare på de sårede, syke og terminale pasientene. Fra 500 tallet og utover er det flere nedtegnelser på at menn var medvirkende å utøve sykepleie. Fra 1800 tallet hadde mannlige pleiere hovedsakelig ansvar for alkoholikere, voldelige og psykisk syke pasienter. (Evans, 2004)

3.2 Sykepleie som profesjon

Fra 1850 kom Florence Nightingale, som grunnleggeren av den moderne sykepleie. Mennenes og samfunnets oppfatning av sykepleieyrket ble endret da Florence Nightingale mente at sykepleieyrket var et kvinneyrke. I følge Nightingale var en hver kvinne en sykepleier, og en hver kvinne som utøvde sykepleie gjorde dette ettersom det var naturlig for en kvinne. (Evans, 2004.)

Roth & Coleman (2008) gjengir Machintosh (1997) i sin artikkel. Machintosh sier om Nightingale tiden:

“The inherent assumption underpinning was that it was ”natural” for nursing to be performed by females and this view dominated the subsequent ethos of the occupation, with the wider social concerns of creating an acceptable and professional work role for the middle class Victorian females further fueling the femininity”

Roth & Coleman, 2008:149

Florence Nightingale presenterte sykepleieyrket til samfunnet som et profesjonelt yrke. Middelklasse kvinnene under denne perioden fikk da et respektert og akseptert yrkesvalg. Men selv om det kvinnene fikk en styrket posisjon under denne perioden, var det fortsatt menn innenfor sykepleiefaget. Disse var gjerne innenfor psykiatri og militærsykepleie. (Roth & Coleman, 2008)

I den familiære baserte institusjonelle modellen, som var dominerende på den tiden, var menn leger, kvinnene var sykepleiere, og barnet var pasienten. Slik var de sosiale normene balansert. Og menn som sykepleiere gikk i mot denne sosiale oppfatningen. Grunntanken om at sykepleie var en del av kvinners natur, som Nightingale mente, gjorde det slik at sykepleieprofesjonen ble sett på som mindre verdt enn de mannsdominerte yrkene, i spesiell grad medisin. Dette gjorde at sykepleie stryket sin posisjon som et kvinnedominert yrke. I Evans 2004, refereres det til Segal (1962) som sier:

“(...)men in nursing experience a lack of the respect that comprises a man’s sense of himself as a man. A man’s association with nursing also compromises his prestige and social status. - that which accrues to all men in patriarchal culture.”

Evans, 2004:321

Maskuliniteten ble satt på prøve ved og tre inn i sykepleieyrket, og mannen gikk ned på den sosiale rangstigen.

Sykepleierprofesjonen som helhet og dens verdier ble ikke verdsatt av samfunnet, noe som igjen førte til lave lønninger. Lønningene til en sykepleier har alltid vært lave. Kombinasjonen av sosial kultur og lave lønninger gjorde det slik at menn ikke ønsket seg inn i sykepleie profesjonen. (Tallaksen, 1994)

3.3 Segregering

Evans (2004) sier at segregering mellom de mannlige sykepleierne og de kvinnelige sykepleierne tok form etter Nightingales inntog. De mannlige sykepleierne ble ekskludert fra de ordinære sykepleieoppgavene, og ble heller ansatt ved asylene, datidens psykiatriske sykehus. Fortrinnet til de mannlige sykepleierne var deres styrke, i forhold til utagerende pasienter. (Evans, 2004)

Edward Glavin var engelskmann, og en fremtredende sykepleier som grunnla ”*Society of Registered Male Nurses*” i 1937. Glavin ville ha en styrkning av kunnskap og praksis til de mannlige sykepleierne. Dette begrunnet han med at kvinnelige studenter fikk innsikt i somatiske lidelser, mens mannlige studenter ble fritatt fra dette. Kvinnelige studenter fikk 30-36 måneder utdanning, mens de mannlige fikk bare halvparten av dette. ”*Society of Registered Male Nurses*” var i bresjen for å heve kunnskapsnivået til de mannlige sykepleierne. (Evans, 2004) De ville ha en profesjonalitet og anerkjennelse til faget. Evans, 2004 referer til Mackintosh (1997), og sier:

”(...) aimed to maintain the traditions of the nursing profession among men nurses; assist its members to keep in touch with modern techniques; solve professional problems where possible; encourage high standards of professional conduct; and, assist men nurses in training to obtain a high standard of efficiency and professional skill”

Evans, 2004:323

Det viser at de mannlige sykepleierne selv ville ha en status økning på den sosiale rangstigen, og en bevisst profesjonalitet i forhold til sin profesjon. Men faktum er at de få mannlige som valgte sykepleie som profesjon, ble sett som sosiale utskudd og homofile. Dette fordi sykepleie som fag, var tuftet på kvinnelige verdier og profesjonen ble styrt av sosiale normer og et kvinnelig hegemoni. (Evans, 2004)

3.4 Are You Man Enough?

Rekrutteringen for å få opp prosentandelen har historisk sett vært mislykket. I 1967 ville Ontario Hospital, Canada, gjøre noe med denne trenden. De la mer vekt på sykepleierprofesjonen som en forskningsbasert profesjon. Og med en mer sykepleieteknisk

tilnærming til pasienten, enn omsorg og feministisk preg over yrket. Storbritannia gjorde en også en slik kampanje, der bilder av mannlige sykepleiere som var mer teknisk tilrettet i hensyn til pasientomsorg. Nå i den nyere tid, 2003, kom det en kampanje som stilte spørsmålet: Er du mann nok til å være sykepleier?”. Hensikten med denne kampanjen og spørsmålet var å bryte ned stereotypien om at mannlige sykepleiere var sosiale utskudd og homofile. Holdningen skulle være at den mannlige sykepleier har en rolle i en profesjon som sykepleie. (Evans, 2004)

I Norge var rekrutteringen av mannlige sykepleiere ikke-eksisterende. Helt fram til en anmodning fra Marinens sanitet, ut fra at behovet for utdannet personell økte, da også for mannlige kandidater. Etter krigen i 1945, hadde Forsvarets sanitet en intensjon for å få sykepleiere i ut i felt. Anmodningen fra Marines sanitet ble imøtekommet fra Norske Kvinnens Sanitetsforening sin side, og de tok i mot elever fra Sjøkorpset. Disse elevene fra Sjøkorpset var de første mannlige sykepleiere elevene i Norge, utenfor Diakonhjemmet. (Wyller, 1990)

4.0 KJØNN

4.1 Begrepsforklaring

Det å forklare hvordan kjønn har spiller inn, er det naturlig å definere hva kjønn egentlig er. I det norske språk bruker vi bare ordet ”kjønn”, mens det engelske språket har to ulike ord på som beskriver kjønn. Compact Oxford English Dictionary forklarer:

Sex:

“either of the two main categories (male and female) into which humans and most other living things are divided on the basis of their reproductive functions.”

Compact Oxford English Dictionary, 2009

Dette vil si at “sex” er det biologiske kjønn, om man er gutt/jente eller mann/kvinne. Dette er noe som er fastlåst uansett hva man gjør. Man er født inn i rollen som mann eller kvinne ut ifra deres biologiske forutsetninger.

Gender:

“The state of being male or female (with reference to social or cultural differences).”

Compact Oxford English Dictionary, 2009

”Gender” er altså da den sosiale og kulturelle rollen som kjønn innehar. Til sammenligning blir en gutt ved en fødsel svøpt inn i blått klede, og en jente får rosa. Dette er ut ifra deres biologiske kjønn, mens ut ifra deres sosiale og kulturelle rolle får den fargen som er fastsatt i de sosiale rammene, altså gender.

4.2 Kjønnsnøytral arena

Dagens helsevesen blir sett som en kjønnsnøytral arena, sett fra pasientens side er det likegyldig hvilket kjønn legen eller sykepleieren har. Så lenge prosessene som bidrar til lindring og bedring kommer til syne, er kjønn uvesentlig. (Foss & Ellefsen, 2005)

Norge som er et foregangsland innenfor likestilling har enda et stykke å gå for full likestilling. Kjønnsarbeidsdelingen er fremdeles lik, og prognoser fra Statistisk sentralbyrå tilsier at det vil være uforandret. Selv om legeyrket har fått en markant økning av kvinnelige studenter, der kvinner nå er i flertall. Likevel står sykepleier profesjonen med sine 9 %, og prognosene

tilsier at prosentandelen kommer til å bli slik en stund framover. Dette fordi gutter og jenter er relativt styrt av sosiale roller, og velger tradisjonelle yrkesveier. (Foss & Ellefsen, 2005)

Men for de mannlige sykepleierne som har allerede valgt denne profesjonen, hvordan er det for dem? Mannlige sykepleiere kan føle seg som et fremmedlegeme i en velsmurt kvinnelig maskin, når de trer inn i sykepleieyrket. Det er ikke bare indre prosesser som er med å forme den mannlige sykepleieren, det er også ytre prosesser som er med. Sosiale omgivelser stiller også usynlige spørsmål ved denne inngangen til en kvinnelig verden. Foss & Ellefsen referer fra Oftung (2000)

”Mannlige sykepleiere kan føle seg fremmedgjorte i et kvinnekodet univers. Samtidig må de forholde seg til andre menns forundring, avstandstaking eller dårlig skjulte forakt over at de har begitt seg inn i en kvinne verden”

Foss & Ellefsen, 2005:131

Derfor kan det å ”konstruere” en maskulinitet for mange mannlige sykepleiere være en vei. Veien kan gå innom lederskap, psykiatri og teknologisk medisin. Dette for å skape en maskulin rolle som akseptert i forhold de sosiale normene. Foss & Ellefsen (2005) kaller dette maskulinitetsprosjekter. Disse maskulinitetsprosjektene er:

- Ledelse
- Psykiatri
- Akuttmedisin og intensivavdelinger.

4.3 Maskulin arena

4.3.1 Ledelse

I sosiale kontekster er menn og ledelse ”naturlig” forbundet. Dette kommer trolig fra historiske kontekster, der menn ofte har vært i lederposisjoner. Menn som er i et kvinneyrke har en lettere vei til en lederposisjon enn sine kvinnelige kollegaer. Mannlige sykepleiere har ikke like stor konkurranse blant de kvinnelige kollegene. Og ofte er slik at det de kvinnelige kollegene oppmuntrer de mannlige sykepleierne til å søke ledelsesstillinger. (Foss & Ellefsen, 2005)

4.3.2 Psykiatri

Psykiatrien har en lang historisk forankring. Selv i dag er det ikke disse historiske tradisjonene brutt ned. Et eksempel som ble meg fortalt, var at i dagligtale bruker man enda ordet ”ekstravakt”, da under personer som brukes til å fylle ut turnus. ”Ekstravakt” er i ordets rette betydning når det gjelder psykiatri, for det var nettopp det de var. En vakt som bygde på fysisk styrke, for å ha et fysisk overtak hvis pasientene var utagerende. Foss & Ellefsen gir mulige forklaringer hvorfor psykiatri er sett på som maskulint for sykepleiere. De mannlige sykepleierne kan føle seg mer fristilt og at det er relativt få leger som medfører at handlingsrommet til sykepleierne blir større. (Foss & Ellefsen, 2005)

4.3.3 Akuttmedisin og intensivavdelinger

Akuttmedisin og intensivavdelinger er det tredje maskulinitetsprosjektet. Disse avdelingene representerer et teknologisk felt innenfor sykepleien. Dette feltet er beskrevet av Foss & Ellefsen som ”krevende sykepleiearbeid, samtidig det er ”fartsfylt”, faglig stimulerende og utfordrende.” Intensivavdelinger er i skjæringspunktet mellom høyteknologisk og lavteknologiske sykepleieoppgaver. Her trenger pasientene hjelp til det meste og det mye stell, det er nettopp dette som gjør at intensivavdelinger blir beskrevet som ”blandingsprosjekt” mellom typiske manns- og kvinneoppgaver. (Foss & Ellefsen, 2005)

Også makt relasjonene mellom kirurg og den mannlige sykepleier kan også være en faktor for at den mannlige sykepleier etter hvert søker seg vekk. Dette fordi at sykepleiekompetansen ikke blir vektlagt som en del av pasientarbeidet. De søker seg til områder der kompetansen blir vektlagt og har større mulighet til å bestemme selv, og dermed er det sjelden vare å se en mannlig sykepleier på en sengepostavdeling til de blir pensjonister.

”(...) mannlige sykepleiere betrakter yrkesoppholdet mer som en ”holdeplass” i et livslangt karriereforløp enn som en varig tilpassning. De virkelige spennende utfordringene ligger enten i fagets yttergrenser eller like gjerne helt utenfor sykepleiefeltet.”

Foss & Ellefsen, 2005:133

4.4 "Teknofrik" versus "klovnerollen"

I motsetning til Foss & Ellefsen gir Bakken (2001) to mulige alternativer som den mannlige sykepleier kan velge; klovnerollen og "teknofrik". Rollen som teknofrik blir da tolket dit at det ved de mer tekniske aspektene ved omsorg at mannen blir mer akseptert, både for seg selv og av det sosiale rom. Man distanserer seg på en måte fra den intime omsorgen, og får en mer sykepleieteknisk tilnærming til pasienten. Der resultatene kan måles i noe konkret. Blodtrykk, respirasjon og puls for eksempel, der man kan lese av konkrete tall og gjøre en vurdering. (Bakken, 2001)

"Klovnerollen" blir beskrevet som en sosial forsvarsmekanisme, der mannen ikler seg rollen som en klovn for å kompensere sine manglende evner innen for den kvinnelige omsorgshabitus. Ved et sykehjem er det kanskje disse evnene hos mannen som viser sin svakhet. De situasjonene som er knyttet til utførelsene av de livsnødvendige oppgavene som: vask, stell, matservering. Det er i disse situasjonene mannen ikler seg denne klovnerollen.

"Det er der den mannlige sykepleier kan bli snakkesalig eller fører anstrengte indre monologer, ventilerer med en ironisk distanserende kommentar – blir klovneaktig"

Bakken, 2001:101

Disse oppgavene blir unngått for å slippe å bekle rollen som klovn, men kanskje tilslutt også vurderer sin situasjon og søker seg vekk.

"(...) hvis han ikke sniker seg unna, ligger det teatralisk komiske i at han må ikle seg en omsorgsmaske, omsorgsgester, omsorgshandlinger - som ikke springer ut av en kroppsliggjort kulturell selvfølgelighet. Han kan være mann for sin bil, men ikke mann for sitt bekket."

Bakken, 2001:101

4.5 Care versus Cure

Likheten mellom psykiatri og ledelse, er den friheten og handlingsmuligheten disse områdene besitter. Mens ulikheter mellom de forskjellige somatiske avdelingene har et annet ståsted. Bakken (2001) tar opp en debatt som omhandler Care/Cure i sykepleieperspektiv. Dette skillet

mener Bakken (2001) er en historisk sortering av det kvinnelig og mannlige, derunder sykepleie og medisin.

"(...) Medisinens legitimitet knyttet til behandling av den sykes sykdom ut fra holdbar forståelse av sykdommens årsaker, diagnostikk og prognose."

Bakken, 2001:86

Gjennom behandling snur man en prosess der pasienten går fra syk til frisk. Og det er dette som ligger bak begrepet cure, eller vekstomsorg som Bakken beskriver det. Kontrasten er da vedlikeholdsomsorg, care, som er mer korrekt beskrivelse av sykepleiefunksjonen.

"Sykepleiens legitimitet og grunnlag er omsorg/ivaretagelse av den syke ut fra sykepleierens forståelse og kunnskap av den sykes behov for ivaretagelse når den syke gjennomlever sykdom, eller på grunn av alderdom ikke kan ivareta seg selv."

Bakken, 2001:86

Vedlikeholdsomsorgen står sterkt innenfor sykehjem og hjemmesykepleie. Der er det pasienter som er omsorgstrengende og er avhengig av omsorg. Denne omsorgen er ikke rettet mot at pasienten skal bli frisk, men forhindre at tilstanden forverres.

4.6 En barriere for "den andre"

Thomas Harding er førsteamanuensis på sykepleierutdanningen i Drammen. I en doktoravhandling ble 18 mannlige sykepleiere fra New Zealand intervjuet, der de bekrefter at kjønn er en barriere i jobben. Denne barrieren var spesielt relatert til intim berøring, der bekymringene var å bli beskyldt for seksuelle overgrep. Harding sier også at det ikke er problemfritt for kvinner, men for kvinner er det mer naturlig å utføre intim berøring, ettersom kvinner steller barn fra de er født. (Sykepleien.no, 2007)

Videre sier Harding at før pleieprosessen begynner, så blir spørsmålene stilt fra den mannlige sykepleier: "Er det ok at jeg pleier deg? Eller skal jeg hente en annen?" Dette spørsmålet ville ikke kommet fra en kvinnelig sykepleier, og til og pasienter kan si nei til en mannlige pleier. Dermed blir den mannlige sykepleieren sett på som "den Andre". (Sykepleien.no, 2007)

Paradigmaet Harding mener burde stå for fall er:

”Signalet er slik: En sykepleier er en sykepleier, er en sykepleier, er en kvinne”

Sykepleien.no, 2007:1

Harding (Sykepleien.no, 2007) mente at den mannlige sykepleieren blir sett som ”den Andre”. Dette begrepet bruker også Bakken (2001). Begrepet ”den Andre” beror på, sett fra kvinners side, at den mannlige sykepleier ble sett på ”som den andre blant oss”. Noe med andre ord vil si at ”oss” er det kvinnelige kollegiet som har et så sterk manifest i gruppen, at en hver mann vil være ”den andre”. Innenfor hierarkiet er det klare skiller mellom legene og sykepleierne, der identiteten er klar, oss/sykepleierne og de andre/legene. Dette skaper en indre ordensbalanse, mens de mannlige sykepleierne blir vekten på skålen som skaper ubalanse. Denne ubalansen blir jevnbyrdig da de mannlige sykepleierne, kommer nærmere de legitime Andre, altså legene.

”På den måten blir oss/de andre- dikotomien mellom sykepleiere og leger en utdrivnings- eller eksklusjonsmekanisme som driver den mannlige sykepleier til steder hvor han kan opptre som mest mulig legeaktig i betydning overordnet, og den som står tett på ansvar for vekst eller endring – cure.”

Bakken, 2001:95

4.7 Alene som mann

Hall & Hundborg (2003) gjorde en kvalitativ undersøkelse blant danske sykepleiere som var på de avdelingene som hadde færrest menn. Det som gjør denne undersøkelsen til interessant lesning, er at man får et innblikk i opplevelsen av det å være mann på en kvinneedominert sykehusavdeling. Danmark har, i likhet med Norge, en lav prosentandel av mannlige sykepleiere, totalt 3,2 %. Denne prosenten har også stått på stedet hvil i mange år. Og det er fremdeles slik at sykepleie, i et samfunnsperspektiv, anses som et kvinneyrke.

Momentene som ble drøftet var det som ble betegnet som ”Villa-Danmark snak og skyllerumssladder”, hvordan dette lagde ringvirkninger for det totale arbeidsmiljøet. Kommunikasjonen mellom de kvinnelige kollegene var på et mer privat og personlig plan enn deres mannlige. Ofte manglet de mannlige sykepleierne en kollega til de faglige og etiske diskusjonene, og i stedet for å henvende seg til sine kvinnelige kollegaer, gikk de til en lege.

Ofte var diskusjonstemaene sladder om pasientene, kollegiale rykter, og dette følte som en belastning hos de mannlige sykepleierne.

”Når jeg sier kvindenormer, så er det hakeorden, kvinner er kvinner verst, bagtalelse. I store kvindegrupper lever bagtalelse og skylleromssladder best.”

Hall & Hundborg, 2003:6

Informantene i undersøkelsen uttrykte også en misnøye med sin identitet og verdsettelse, som gjorde at de ønsket å søke seg vekk fra sengepostavdelingene.

”(…) stort arbeidspres på sengeafdelingene, der højt arbejdstempo kombineret med omfattende plejebestanden hos patienterne. Derfor ønskede de sig væk fra den nære og fysiske patientpleje på almen medicinske og kirurgiske afdelinger.”

Hall & Hundborg, 2003:6

Det å være sykepleiere var noe de trivdes med, men de ønsket heller å bidra på en annen arena innenfor sykepleiefaget.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

5.1 Hvor er de mannlige sykepleierne?

I følge tall fra Norsk Sykepleieforbund var det fra første januar 2009, ca. 87000 registrerte sykepleiere. Av disse 87 000 sykepleierne var det 9 % mannlige sykepleiere. Denne prosentandelen har holdt seg konstant i mange år. Fra 1.1 2009 var det 9818 registrerte sykepleierstudenter ved landets høyskoler. Av disse studentene var det 9 % mannlige sykepleierstudenter. (Norsk Sykepleieforbund, 2009)

Av ca. 87000 autoriserte sykepleiere finnes det altså 9 % prosent mannlige sykepleiere. Det vil si med andre ord det er 7830 mannlige sykepleiere.

Tabellene nedfor er hentet fra et lokalt sentralsykehus, der de ulike somatiske avdelingene er satt opp ut ifra hvor mange prosentandel menn avdelingen innehar.

5.1.1 Somatisk sykehus

Tabell 5.1

Somatisk sykehus	Antall kvinnelige sykepleiere	Antall mannlige sykepleiere	Sum sykepleiere	Prosentandel menn
Ambulansefly	6	3	9	33 %
Akuttmottak	30	9	39	23 %
Anestesi	23	6	29	21 %
FMR Post	9	2	11	18 %
Medisinsk dialyse	10	2	12	16 %
Hjerteovervåkning	49	7	56	13 %
Intensiv	47	7	54	13 %
Ortopedisk avd.	17	2	19	10 %
Kirurgisk avd.	53	5	58	9 %
Medisinsk avd.	68	7	75	9 %
Med. Poliklinikk	14	1	15	7 %

Dag kirurgi	19	1	20	5 %
Operasjon	22	1	23	4 %
Barnemedisinsk	28	0	28	0 %
Nyfødt	38	0	38	0 %
Kirurgisk poliklinikk.	7	0	7	0 %
Med. Dagpost	15	0	15	0 %
Nevrologisk avd.	29	0	29	0 %
ØNØR	9	0	9	0 %
Øye poliklinikk	8	0	8	0 %
Sum antall	501	53	554	10 %

Tall fra Nordlandssykehuset Personalavdeling

Ut i fra tabell 4.1 kan man lese at det størst andel av mannlige sykepleiere ved ambulansesykehuset, akuttmottaket, anestesi, FMR, medisinsk dialyse, hjerteovervåkning og intensiv avdeling. Fra tallene fra sykepleierforbundet skulle det tilsi at det skulle være en gjennomsnittlig kjønnsfordeling på 9 %, men ambulansesykehuset har hele 33 % av mannlige sykepleiere. Det som også er interessant å se, er hvor de mannlige sykepleierne er totalt fraværende. På barnemedisinsk og nyfødtavdelingen, som representerer omsorgen for barn og mor, er det ingen menn innenfor området. På nevrologisk avdeling, som har en stor andel med sykepleiere, er det heller ingen mannlige sykepleiere.

5.1.2 Psykiatrisk sykehus

Tabell 5.2 er statistikk fra det lokale psykiatriske sykehuset. Selv om det er ulike avdelinger innenfor psykiatrien, blir alle avdelingene slått sammen og vurdert som sin helhet. Dette fordi psykiatrien blir beskrevet i sin helhet i ulike litterære pensum.

Tabell 5.2

Psykiatrisk sykehus	Antall kvinnelige sykepleiere	Antall mannlige sykepleiere	Sum sykepleiere	Prosentandel menn
Sum antall	147	68	215	32 %

Tall fra Nordlandssykehuset Personalavdeling

Selv om gruppen som mannlige sykepleiere er en minoritet i forhold til det totale antall av sykepleiere, er de mannlige sykepleiere overrepresentert ved psykiatriske sykehus. Da denne statistikken bare er hentet ut fra et sentralsykehus, skal man være forsiktig med å generalisere. Men det er lite som skal tilsi at tallene skal være ulike andre steder i landet.

5.1.3 Lederstillinger

Tallaksen (1994) referer fra Marit Hoel (1991), der Hoel har gjort en undersøkelse av hvorvidt hvordan kjønn påvirker arbeidsmarkedsadferd blant ulike yrkesgrupper. Undersøkelsen viste at mannlige sykepleiere i større grad søkte seg til administrative stillinger enn sine kvinnelige kollegaer. I løpet av en 10 års periode hadde 24 % kvinnelige og 62 % mannlige sykepleiere gått inn i lederstillinger. (Tallaksen, 1994)

Tabell 5.3

Sykepleieledere	Antall kvinnelige sykepleieledere	Antall mannlige sykepleieledere	Sum sykepleieledere	Prosentandel mannlige sykepleieledere
Psykiatrisk sykehus	9	6	15	40 %
Somatisk sykehus	29	3	32	9 %

Tall fra Nordlandssykehuset Personalavdeling

Den største andel av menn totalt er uten tvil ledere på psykiatrisk sykehus. Hele 40 av lederne er menn, og sammenlignet med det somatiske sykehus med sine respektive 9 % så er tallene klare. Men det kan ligge en sammenheng med tabell 5.2, at det er 32 % menn allerede i psykiatrien, dermed er kanskje veien lettere å gå i forhold til en lederstilling. Flere forklaringer kan være at mannlige sykepleiere oftere tar videreutdanning innen for administrasjon og ledelse. Hoel (1991) sier i Tallaksen (1994), at etter 10 år hadde 40 % av de mannlige sykepleierne tatt en videreutdanning innenfor administrasjon og ledelse, mot bare 19 % av kvinnene. Det skal også sies at totalt sett videreutdanner de kvinnelige sykepleierne

seg like hypping som de mannlige, men valg av videreutdanning er jordmor, helsesøster, psykiatrisk sykepleie. (Tallaksen, 1994)

5.1.4 Konklusjon fra funn

Ut i fra spørsmålet i problemstillingen "*hvor er de mannlige sykepleierne?*", og hypotesen som omhandler de mannlige sykepleiere som i større grad søker seg til de akuttmedisinske, sykepleietekniske og psykiatriske avdelingene, er hypotesen er bekreftet. Dette begrunnes med landsgjennomsnittet av mannlige sykepleiere som er 9 %. Når de beskrevne områdene har en kjønnsprosent fra 13 % til 40 % kan man konkludere med at menn søker seg mer til disse områdene.

5.2 Resultater fra intervju

Formålet med intervjuene er som beskrevet i metoddelen, nemlig å belyse situasjonen til noen av de mannlige sykepleierne. Informantene som ble intervjuet har vært sykepleiere i henholdsvis, fra 2 år og 6,5 år. Begge informantene er i 30 års alderen.

Noen av hovedpunktene som kom fram under intervjuet var følgende

- Veien til sykepleier
- Arbeidsoppgaver
- Faktorer som bidro til valg av fagfelt
- Tanker rundt statistikk
- Arbeidsmiljø
- Fremtidsplaner

Informantene vil bli omtalt som sykepleier A og sykepleier B.

5.2.1 Veien til sykepleier

Sykepleier A begynte karrieren med militærutdannelse i Forsvaret, og etter endt engasjement ble flere yrkesveier vurdert. Hovedkriteriet var å jobbe med mennesker, og en eventuell karriere innen Politiet ble vurdert. Men valget ble sykepleier, ettersom dette representerte verdiene til informanten.

Sykepleier B hadde i en årrekke vært innenfor helsetjenesten, da innenfor ambulansetjenesten. Informanten følte at sykepleierutdanningen var et naturlig valg for å videreutvikle seg som fagperson.

5.2.2 Arbeidsoppgaver

Sykepleier A vektlegger å jobbe i team ved avdelingen, og det er ulike faggrupper som utøver behandling rundt pasienten. De mest primære oppgavene til sykepleieren ved denne avdelingen er pasientomsorg. Tilfredsstillende pasientens behov ved nærhet, kommunikasjon. Igangsette sykepleietiltak ut ifra ulike situasjoner. Andre oppgaver er medisintildeling, morgenstell og kveldsstell.

Sykepleier B er med å ta i mot pasientene når de kommer inn på sykehuset, og dermed er arbeidsoppgavene veldig varierte. Jobber ofte med problemstillinger i stedet for diagnoser, og sykepleieren har ansvar for behandlingen av pasienten sammen med legen.

5.2.3 Faktorer som bidro til valg av fagfelt

Sykepleier A forteller at det var bare tilfeldigheter som avgjorde at det ble akkurat den avdelingen. Men han hadde på en måte peilet seg inn på en mer sykepleieteknisk avdeling etter endt utdanning. Dette begrunnes med at fagfeltet ved en slik avdeling er så stort, og man har muligheter til å utvikle og oppdatere seg faglig.

Sykepleier B mente at det måtte være innen akuttmedisin ettersom det skulle være en progresjon i forhold til det faglige nivået. Også at informanten kjente avdelingen fra tidligere gjennom forhenværende arbeidssituasjon. Vektlegger også i stor grad at det er en viss balanse i arbeidsmiljøet, med både kvinnelige og mannlige sykepleiere.

5.2.4 Tanker rundt statistikk

Sykepleier A gir en mulig forklaring på hvorfor det er så mange mannlige sykepleiere jamfør tabell 5.1. Det kan være så enkelt at mannen og kvinnen er forskjellig i forhold til sine hormoner, henholdsvis testosteron og østrogen. Informanten vektlegger også kultur og tradisjon. Også at mannen får utført de mer tekniske sykepleieroppgavene, få litt adrenalin.

Sykepleier B mener at de maskuline verdiene kommer tydeligere fram i disse jobbene. Dette begrunnes at det er mer trøkk og det er kritisk dårlige folk. Mye teknisk utstyr og mange prosedyrer.

5.2.5 Arbeidsmiljø

Sykepleier A sier om arbeidsmiljø, at det er ingen fasit for å få et godt arbeidsmiljø. Det er nok mer individavhengig enn relatert til selve kjønnsfordelingen, men avdelingen er nok best kjent med å ha en god miks mellom kjønnene. Dette for å få bedre kommunikasjon og samhold.

Sykepleier B mener at en god kjønnsfordeling er bra for miljøet. Da i ytterpunktene, hvis bare er menn eller kvinner, kan bli veldig monotont og ensidig. Det må en viss andel av begge kjønn til for å roe ned hele arbeidsmiljøet.

5.2.6 Framtidsplaner

Sykepleier A kommer nok til å fortsette med å jobbe som sykepleier, ettersom han har opparbeidet seg et ansvar og funksjon som sykepleier som man ikke kan bortforklare. Man må ta vare på den funksjonen og den kommer nok til å være der for resten av livet. Fremtidsdrømmene ligger i internasjonal tjeneste, redningsarbeider i helikoptertjenesten, eller annen flyrelaterte sammenhenger. Også å jobbe opp i mot bedrifter fra et HMS ståsted, det å tilby tjenester eller helsearbeid innenfor petroleumsindustrien.

Sykepleier B kommer til å fortsette innenfor akuttmedisinen. Tanken er anesthesiutdanning og ambulansefly på sikt. Tjeneste på redningshelikopter er han blitt for gammel til.

6.0 DRØFTING

6.1 Innledning

Skal nå prøve å forklare noen av de prosessene som kan være med å forklare de funnene som er blitt presentert. Funnene blir drøftet opp i mot de teoriene som framligger og ut ifra dette få et mulig svar på problemstillingen:

”Mannlig sykepleier – mann uten omsorg? – Hvor er de mannlige sykepleierne?”

Først og fremst vil jeg komme med en mulig forklaring på de kvantitative funnene, for så å belyse de kvalitative dataene.

6.2 Kjønnede prosesser

Har lyst å benytte Foss & Ellefsen (2005) sitt begrep for å forklare de kvantitative funn; kjønnede prosesser. Dette gir en god beskrivelse på hvordan man kan forstå de funn som er blitt gjort i kapittel 4.0. For jeg mener at det ikke er tilfeldig at de ulike fagfeltene er representert med mange mannlige sykepleiere. Historisk sett har oppgavene til de mannlige sykepleierne vært å passe pasienter med alkoholisme, voldelige og psykiske syke, og mannlige sykepleiere har vært innen for psykiatrien i en årrekke.

Florence Nightingale har hatt stor innflytelse på profesjonen, og hennes syn og fremlegging av sykepleien har muligens gjort noe med oppfatningen av den moderne sykepleien. Nightingales inntog i sykepleien endret samfunnets syn på sykepleie, og det ble mer forbundet med de kvinnelige verdiene. Dette kan også sees i lys av de mannlige sykepleierne ble ekskludert fra de ordinære sykepleieoppgaver, og fikk i større grad ansvaret for de psykiatriske pasientene. (Evans, 2004) Dermed har det i en årrekke vært mannlige sykepleiere innen for det psykiatriske feltet. Helt fra 1800 tallet har det vært mange mannlige ”voktere” ved de psykiatriske sykehusene, og der deres fordel var fysisk styrke. Per dags dato er det hele 32 % mannlige sykepleiere innenfor de psykiatriske sykehusene, dermed er det nærliggende å tro at historien spiller en rolle. Kan ha vært en bevisstgjøring for den mannlige sykepleier at ved den psykiatriske arenaen har det alltid vært menn, og det er mulig det bidrar til å ufarliggjøre noe med egens forhold til maskulinitet.

Psykiatri er også, ifølge Foss & Ellefsen (2005), et maskulinitetsprosjekt. Denne begrunnelsen tror jeg er begrunnet med at de sosiale normene spiller inn, og med samfunnets øyne blir

psykiatri forbundet med noe maskulint. Dermed er det ikke bare historie og tradisjon som spiller inn innenfor psykiatri, men også sosiale normer. Altså hva som blir oppfattet maskulint, sett med et kritisk samfunns øye. Bakken (2001) gir videre forklaring hvorfor dette oppfattes som en maskulin arena. Bakken (2001) mener at psykiatriens funksjon har vært en sorteringsmekanisme mellom normalitet og avvik, der denne funksjonen primært har vært begrenset til ordensmakten.

”Samfunnet normale orden opprettholdes ved eksklusjon av de kaotiske krefter som truer den, og det ligger tradisjonelt noe faderlig over det å bedrive ordensvirksomhet – vokte og beskytte. ”

Bakken, 2001:87

Bakken (2001) fremstiller psykiatrien som noe faderlig og mandig, ettersom ordensvirksomheten som psykiatrien representerer. Videre blir psykiatrien beskrevet som en ”mellomposisjon”. Ikke har man myndigheten og virksomheten til en lege, men ei heller ikke de samme sykepleier oppgavene som man har tradisjonelt innenfor de somatiske sykehusene. De er mindre knyttet opp mot legen/psykolog og kan i større grad styre hverdagen sin selv. Også pasientkontakten på et psykiatrisk sykehus er forskjellig fra et somatisk sykehus. Pasientkontakten går mye på samtaler, fysisk aktivitet, medisin håndtering, generell oppfølging i dagliglivet. Det er svært sjelden at det er noen intimkontakt og stell, noe som Harding i Sykepleien.no (2007) forklarte var en barriere for mange menn.

Hvis man skal gi en historisk forklaring ved funnene i tabell 4.2, må se tilbake på perioden etter Florence Nightingales inntog. I denne perioden var den familiære institusjonelle modellen fremtredene. Der de sosiale normene var lagt slik at leger var menn, sykepleiere var kvinner og pasienten var barnet. Normene tilsa da slik at mannlige sykepleiere falt utenfor dette systemet, og dermed gikk imot den sosiale oppfatningen. Den sosiale oppfatningen var rigid, og menn som gikk inn i sykepleier yrket ble oppfattet som respektløs for sitt mannlige kjønn og mistet sosial status. (Evans, 2004) Da var det kanskje naturlig for de få mennene å velge fagfeltet som vær tilnærmet lik de feltene som legene regjerte. Dette for og ikke miste sosial status og oppfattes som et sosialt utskudd. Kanskje det var under denne tiden, i sykepleiens fødeperiode, at psykiatrien ble sosialt aksepterte felt for mannlige sykepleiere. Dette kan også sees i sammenheng med at de mannlige sykepleierne som var under denne perioden jobbet innfor psykiatrien og militærsykepleie. Dermed kan historien tolkes slik at det

var mer naturlig for en kvinne å utøve sykepleie, og at kvinner hadde sin naturlige posisjon innenfor de somatiske sykehusene.

Grunnleggingen av "*Society of Registered Male Nurses*" kan sees som et oppgjør mot dette sosiale synet på sykepleie, og spesielt for mannlige sykepleiere. Oppgjøret kom som en årsak fordi de mannlige sykepleierstudenter ble bevisst ansatt ved psykiatriske sykehus, og fikk ingen kunnskap om somatiske lidelser.

Det klareste eksempelet på at profesjonen fremdeles er sosialt stigmatisert er ved å se hvordan rekrutteringen til sykepleien har vært. Når spørsmålet "*er du mann nok?*" ble reist ved en kampanje (2003), tar den automatisk et oppgjør med den sosiale normen. (Evans, 2004) Ved bevisst å bruke bilder som er sykepleieteknisk tilnærming, i stedet for å dyrke den nære omsorgen og de "feministiske" sidene ved faget. Det kan tolkes dit hen at sykepleien selv har gjort et opprør for å bryte ned grunntanken fra Florence Nightingales periode; en hver kvinne er en sykepleier, og en hver kvinne gjør dette for det er naturlig for kvinnen. (Evans, 2004) For å gjengi Harding fra Sykepleien.no (2007):

"Signalet er slik: En sykepleier er en sykepleier, er en sykepleier, er en kvinne"

Sykepleien.no, 2007:1

Har selv opplevd at mine kontaktsykepleiere bevisst sier; "*Går det greit at en mannlig sykepleier student kan være med?*" i ulike situasjoner. Som at det skulle være mindre naturlig å være med på behandlinger eller lignende selv om man var mann.

6.3 Mannlige verdier

Historien og sosiale normer er ytre prosesser som er med på å utforme den moderne mannlige sykepleier. Men det er ikke bare psykiatri som blir oppfattet maskulint. Også felt innenfor akuttmedisin representerer en hvis maskulin tilknytning. I følge Foss & Ellefsen (2005) gjengir disse feltene som maskuline prosjekter, der ulike fagfelt blir assosiert mer med "mannlige verdier". Men hvorfor blir det akuttmedisinske feltet oppfattet som maskulint og attraktivt for mannlige sykepleiere? For å gi et bedre svar på dette må man se hva dette feltet representerer. Ved disse avdelingene er det mange kritisk syke pasienter, som er i skjæringspunktet mellom liv og død. Ofte kreves akutt intervensjon for å la pasienten bli forenlig med liv. Og det er denne omsorgen for pasienten som Bakken (2001) kaller cure,

eller vekstomsorg. Denne vekstomsorgen er innfor spesialisthelsetjenesten, og gjerne innfor de akuttmedisinske avdelingene.

Tall fra tabell 4.1 viser de av avdelingene med flest mannlige sykepleiere er ambulanseflyet, akuttmottaket og anestesi, med sine respektive 33 %, 23 % og 21 %. Det som er interessant er hvor klare tallene er. Årsakene til hvorfor det er så mange menn innenfor disse feltene forklarer Foss & Ellefsen (2005) med at det er ”krevende sykepleiearbeid, samtidig det er ”fartsfylt”, faglig stimulerende og utfordrende.” Denne beskrivelsen kunne godt vært en beskrivelse ved et sykehjem og hjemmetjenesten. Det er ikke til å stikke under en stol at det er store utfordringer knyttet til elderomsorgen, og dette pålegger sykepleierne en faglig oppdatering ettersom pasientgruppen har omfattende medisinske problemstillinger.

Så hvorfor er ikke eldreomsorgen et maskulint prosjekt? I motsetning til vekstomsorgen, er sykehjem og i noen grad hjemmetjenesten, mer rettet mot vedlikeholdsomsorg. Vedlikeholdsomsorg forklarer Bakken (2001) er omsorg rettet mot pasienter som ikke skal bli kureret, men man skal forhindre at tilstanden forverres. Det nok ikke så svart og hvit som Bakken beskriver vedlikeholdsomsorg og vekstomsorg. Jeg tror Bakken tar seg litt vann over hodet når han sier at sykehjemmene bare representerer vedlikeholdsomsorgen, og at spesialisthelsetjenesten bare driver med vekstomsorg. Det blir som å banne i kirken for de sykepleierne som jobber innfor kommunehelsetjenesten. For kommunehelsetjenesten bidrar med mye vekstomsorg, men man kommer ikke bort fra at mange av pasientene er avhengige av vedlikeholdsomsorgen. Og det er innenfor disse rammene at den mannlige sykepleier kan føle seg noe utenfor. En indre prosess som er med på å skape en konflikt med handling og eget tankesett. Klovnerrollen blir beskrevet av Bakken (2001) som en sosial forsvarsmekanisme, der den mannlige sykepleieren prøver å kompensere for sine manglende evner. I denne rollen distanserer man seg fra situasjonene som omhandler stell, vask, matservering og lignende.

”(...) hvis han ikke sniker seg unna, ligger det teatralisk komiske i at han må ikle seg en omsorgsmaske, omsorgsgester, omsorgshandlinger - som ikke springer ut av en kroppsliggjort kulturell selvfølgelighet”

Bakken, 2001:101

Hverdagen på slike institusjoner er kanskje ikke så fartsfylt, faglig stimulerende og utfordrende, som Ellefsen & Foss (2005) beskriver akuttmedisinske områder. Det er fremdeles store utfordringer innenfor eldreomsorgen og det er en krevende jobb for sykepleiere, men det er ikke et maskulinitetsprosjekt. Og det er kanskje også derfor at det finnes så få mannlige sykepleiere på sykehjem og hjemmesykepleie, og de få menn som er i disse områdene er gjerne ledere. (Bakken, 2001) Dette kan også sees i noen grad ved tabell 4.3. Dette kan også være med å gi en forklaring at hvorfor de akuttmedisinske avdelingene har flere menn. Ved spesialavdelinger på sykehus er det andre forutsetninger for pasienten. Der forventes det at kritisk syke skal bli friske igjen. Der skillet mellom liv og død er en konstant faktor, og akutt intervensjon må til for å redde liv. Og det er her, i fagets ytterpunkter de mannlige sykepleierne er. Og det også i disse områdene som blir sett som mest "legeaktig", der man bidrar til akutt syke blir friske og det er prosessen med vekstomsorg menn søker seg til.

Selv om det er bare 10 % menn innfor det somatiske sykehuset, er det som sagt en klar tendens at menn er innenfor de mer akuttmedisinske avdelingene. Men jeg mener å si at det er ikke bare historien og tidligere sosiale normer som er med å forme disse tendensene. De tidligere sosiale normene har blitt brutt ned av tidens tann, og mer kjønnsnøytrale verdier er kommet inn i samfunnet. Tror nok at det historiske perspektivet bidrar i noen grad av fagfelt for mannlige sykepleiere, men ikke i så utstrakt grad slik tallene skulle tilsi. Indre prosesser og egen selvfølelse tror jeg i stor grad en bidragsyter for valg av fagfelt. Eller kanskje også et bevisst valg hvilket fagfelt man ikke skal velge.

Hvordan er det for de mannlige sykepleierne som er innenfor spesialisthelsetjenesten? Hvordan opplever de selv situasjonen?

Det som kan være interessant å legge noe vekt på er hvordan veien som sykepleier har vært. Dermed kan man også se på ulike tidligere erfaringer og forutsetninger som sykepleierne hadde før de gikk inn i sykepleien. Det som var interessant å se var at begge sykepleierne kom fra "maskuline" fagfelter før de i hele tatt begynte på sykepleien.

Sykepleier A var ansatt i Forsvaret da videre yrkesvalg skulle gjøres. Da ble også videre engasjement i forsvaret vurdert, men også politiet seilte opp som en god kandidat. Videre har det blitt videreutdanningen innfor intensivsykepleie.

Sykepleier B hadde i en årrekke vært i ambulansetjenesten før valget ble tatt om å begynne på sykepleierutdanningen. Dette ble gjort som et naturlig valg for å videreutvikle seg som fagperson. Både for å lære mer og å få lov til utføre ulike prosedyrer.

6.4 Resultatorientert

Sykepleier A forteller at det egentlig var bare tilfeldigheter for at det ble akkurat den avdelingen. Men hadde på en måte rutet seg inn på en mer sykepleieteknisk avdeling etter endt utdanning. Begrunnelsen for at det ble en mer sykepleieteknisk rettet avdeling var for å utvikle seg faglig og at fagmiljøet er faglig oppdatert.

Sykepleier B forteller at valget var naturlig innenfor akuttmedisin, ettersom erfaringene som ambulansarbeider i en årrekke. Ved akuttmedisinsk avdelinger er ikke hverdagen forutsigbar, og det er nettopp dette som gjør det spennende å gå på jobb.

Dette med uforutsigbarhet er noe begge sykepleierne bemerket. Det er aldri sikkert hva som venter når man kommer på jobb, og at må være forberedt på det meste.

”Og det er noe jeg synes er fengende, sånn sett. Det å gå på jobb og ikke vite hva som kommer til å skje”

Sykepleier B, 2009

Og ved en akuttmedisinsk avdeling er fagfeltet så stort, nesten uten begrensinger. Det er kanskje nettopp denne utfordring som feltet representerer, som trekker mannfolk dit.

Dermed kan man se tilbake på Foss & Ellefsens (2005) maskulinitetsprosjekter. Også hvordan ”teknofriken” kommer mer til sin rett. Sykepleier A sier at ved en spesialisthelsetjenesteavdeling utfyller maskuliniteten mye mer enn på et sykehjem, der hverdagen er mer rutinepreget.

Det som også er å bemerke er at de akuttmedisinske avdelingene er mer rettet mot protokollstyrte sykepleietiltak. Med dette vil det si, for eksempel, hvis et mulig hjerteinfarkt er det en fast protokoll/manual for hva som skal gjøres hvis gitte indikasjoner på hjerteinfarkt inntreffer. Det man går gjennom listen for å gjøre tiltak ut ifra stående ordrer. De mannlige sykepleierne trives med å jobbe med slike kalkulerte arbeidsoppgaver.

”Vi kommer på jobb og vi har veldig mange protokoller for hvordan vi skal oppføre oss når det og det skjer. Og det er veldig lett for en mann å utføre, så lenge det står på et papir (...) ”

Sykepleier A, 2009

Og det er kanskje akkurat de konkrete og kalkulerte oppgavene som skiller en akuttmedisinsk avdeling fra for eksempel et sykehjem. Ved et sykehjem er det kanskje flere ”uskrevne” prosedyrer og mer skjønnsmessige avgjørelser. Hverdagen ved et sykehjem er ikke så protokollstyrt, men man har større frihet til egne avgjørelser ved ulike situasjoner.

Kombinasjonen av sykepleietekniske oppgaver, kalkulerte arbeidsoppgaver, utfordrende miljø og en hverdag som ikke er rutine preget var noen av de viktigste momentene som informantene begrunnet som valg av fagfelt.

6.5 Arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø er essensielt for en hver avdeling. Sykepleier B sier når det er en viss kjønnsbalanse mellom de mannlige og kvinnelige kollegene, gjør at arbeidsmiljøet blir mer interessant.

”(...) I hvert fall en god prosent av det andre kjønn, uansett om det er mest damer eller mest menn, så tror jeg at det er med på å roe ned hele arbeidsmiljøet. ”

Sykepleier B, 2009

Sykepleier A vektlegger også denne miksen mellom mannlige og kvinnelige kolleger, men er nok mer individorientert enn hvilken prosentandel avdelinger besitter. Men likevel er det er med en viss bekymring hvis man er alene mann på en vakt at man føler seg, som sykepleier A beskrev: *eneste hanen i kurven*.

”Føler en kanskje at kommunikasjonen og samholdet i gruppen blir veldig sånn kvast, i enkelte situasjoner. (...) At man merker at de kjemper litt sånn seg i mellom, det er nesten som en hønefight altså. Mens hanen sitter der å, ikke det at han tar i mot og blir stimulert av de andre”

Sykepleier A, 2009

Men hvis man snur situasjonen på hodet, hvis det er flest mannfolk på vakt ved en avdeling kan nok den kvinnelige kollegaen komme med en lignende metafor. Men man kan nok fastslå at arbeidsmiljøet blir påvirket av kjønnsfordelingen, men hvordan kjønnsfordelingen skal være for å få et best mulig arbeidsmiljø er vanskelig å fastslå.

Hull & Hundborg (2003) fikk et innblikk i arbeidsmiljøet når man var alene av sitt kjønn. Informantene påpekte da at arbeidsmiljøet ble oppfattet som dårlig fra deres ståsted. Dette begrunnet med at diskusjonstemaene var sladder om pasientene og kollegiale rykter. Det ble oppfattet som en belastning for de mannlige sykepleierne.

Og dermed er det interessant å se at situasjonen er en annen for informantene ved spesialisthelsetjenesten. De påpeker at arbeidsmiljøet er godt og trives bra i det kollegiale miljøet. Og da er det lett å si med et smil:

"Damene er flink til å dra i gang mannfolkene, så vi klarer å vaske litt"

Sykepleier B, 2009

Jeg mener at det kan være en fordel at det blir bevisst satt opp en turnus som styrker kjønnsprosenten, slik at det blir en god miks mellom kvinnelige og mannlige kolleger. Dette er jo ikke synonymt med å forbedre hele arbeidsmiljø fra kanskje noe negativt til positiv, men det kan være en faktor i ligningen for å forbedre et arbeidsmiljø. Det som man også skal være oppmerksom på, at det er ikke bare når det er flertall av kvinnelige kolleger på vakt at arbeidsmiljøet kan bli endret. Arbeidsmiljø også kan bli et endret hvis det er mannlige sykepleierne er i overtall. Den mannlige kollegiale kommunikasjon kan bli brysk og mannsdominert, og dermed mister man noe av dynamikken som er viktig for et godt arbeidsmiljø.

Informantene som Hall & Hundborg (2003) intervjuet utrykte misnøye med sin identitet og verdsettelse ved sengepostavdelinger. Informantene videre at de kunne tenke seg til å søke vekk fra sengepostavdelingene, og finne andre arenaer for sykepleie. Fremtidsplanene til de informantene jeg intervjuet, er situasjonen noe annen. Sykepleieyrket kommer å ligge i bunn, men informantene vil søke nye utfordringer innenfor sitt fagfelt. Både internasjonal tjeneste, redningsarbeider innenfor helikoptertjenesten eller flytjenesten er aktuell. Også videreutdanninger innenfor anestesi er også aktuelt. Dermed kan det se ut som at informantene innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder de akuttmedisinske avdelingene,

føler seg mer akseptert og føler seg verdsatt. Dette kan også sees i sammenheng med motivasjonsgrunnlaget for å gå på jobb.

”Den største motivasjonen er det man faktisk ser at man får hjulpet folk, i den akutte fasen så er det ofte ikke så mye som skal til for å snu en fortvilt tilstand til håp. Og det er noe som gir mye.”

Sykepleier B, 2009

”Det å jobbe med mennesker som er i randsonen til døden, det er en veldig stor påkjønning. Men samtidig får opplevelsen at det går bra, så gir det deg ekstremt masse.”

Sykepleier A, 2009

Man får følelsen av man er med og bidrar til forbedring hos pasienten, og dermed får man en positiv opplevelse av jobbsituasjonen.

7.0 AVSLUTTNING

De mannlige sykepleierne har alltid vært innenfor sykepleiefaget. Her har de vært som en minoritet i et kvinnedominert yrke. Historisk sett har de mannlige sykepleierne vært innenfor psykiatrien, men i moderne tid har de også vært innenfor det somatiske feltet. Ut ifra kvantitative funn kan man konkludere med at de mannlige sykepleierne befinner seg innenfor visse områder. Sett i forhold til deres lave antall av det totale antallet av sykepleiere, er de mannlige sykepleierne overrepresentert i noen felt. Disse feltene er psykiatri, ledelse og akuttmedisinske avdelinger. Noen av forklaringene på hvorfor de mannlige sykepleierne er innfor disse feltene kan være historie, sosiale normer, indre prosesser og personlig interesse. Å dra konklusjoner for å gi et bastant svar blir vanskelig. Det kan være en kombinasjon av flere årsaker til at menn søker seg dit.

De somatiske avdelingene hvor det er flest menn, representerer vekstomsorgen. Vekstomsorgen er kanskje mer handlingsorientert og protokollstyrt, og det kan være at menn trives bedre med denne type omsorg. Problemstillingen "Mannlig sykepleier – mann uten omsorg" kan man konkludere med et svar, og svaret er nei. De mannlige sykepleierne har lik omsorg for pasientene uansett om de jobber innenfor psykiatri eller ved et sykehjem. Det som skiller disse to, er forskjellig tilnærming og ulik forutsetning for pasienten. Men det kan oppfattes som mer maskulint å jobbe innenfor psykiatrien eller akuttmedisinen, dette sett ut i fra sosiale normer og indre prosesser.

Fra informantenes sin side at valg av fagfelt ble begrunnet med faglig miljø og som en naturlig utviklingsarena. Videre ble det vektlagt at hverdagen ikke var forutsigbar, og man måtte være klar til nye utfordringer til en hver tid, hvor i motsetning til et sykehjem kan være noe rutinepreget. Kombinasjonen av sykepleietekniske oppgaver, kalkulerte, utfordrende miljø og en uforutsigbarhet var noen av momentene som informantene la vekt på. Et kjønnsbalansert arbeidsmiljø ble også trukket fram som en positiv del, da informantene kunne føle seg litt "alene" når de var på jobb med bare kvinnelige kolleger.

Mitt ønske er at oppgaven kan være med på å sette søkelys ved tema som ikke er videre beskrevet, og forhåpentligvis gitt noen svar. Men det er fremdeles spørsmål som ikke er blitt besvart. Kanskje hvis man får videre svar på disse spørsmålene, vil man se en økning i antall mannlige sykepleiere i framtiden?

7.0 LITTERATURLISTE

7.1 Litteraturliste

Bakken, Runar (2001) *Modermordet*, Universitetsforlaget

Evans, Joan (2004) *Men nures: a historical and feminist perspective*. Journal of Advanced Nursing, Blackwell Publishing.

Dalland, Olav (2000) *Metode og oppgaveskrivning for studenter*, Gyldendal Norsk Forlag

Foss, Christina & Ellefsen, Bodil (2005) *Helsetjenesteforskning*, Universitetsforlaget

Hall, Elisabeth & Hundborg, Steen (2003) *At være i en kvindelig verden*, Vård i Norden, 2/2003

Tallaksen, Dag Willy (1994) *Menn i sykepleien* Universitet i Oslo, institutt for sykepleievitenskap.

Roth, Jay & Coleman, Christopher (2008) *Perceived and Real Barriers for Men Entering Nursing: Implication for Gender Diversity* Journal of Cultural Diversity No. 3

Sommerseth, Rita (2008) *Det trengs en sterk mann i ti minutter* Tidsskrift for psykisk helsearbeids nr. 01/2008

Wyller, Ingrid (1990) *Sykepleiens historie i Norge*, Gyldendal Norsk Forlag

Internet

Sykepleien (2007) - *ikke mas på sengepostmannen* Sykepleien.no 09.2007

www.sykepleien.no/article.php?articleID=16535 Åpnet 20.01.2009

Compact Oxford English Dictionary

www.askoxford.com

Andre

Kvantitativ datainnhenting

Nordlandssykehuset avd. Bodø v/ Personalavdelingen.

Data innhentet 04.02.09.

Norsk Sykepleierforening

Data innhentet 21.02.09

7.1 Selvvalgt litteratur

Litteratur	Antall Sider
Bakken, Runar (2001) <i>Modermordet,</i>	190
Evans, Joan (2004) <i>Men nures: a historical and feminist perspective</i>	9
Hall, Elisabeth & Hundborg, Steen (2003) <i>At være i en kvindelig verden,</i>	5
Tallaksen, Dag Willy (1994) <i>Menn i sykepleien</i>	80
Roth, Jay & Coleman, Christopher (2008) <i>Perceived and Real Barriers for Men Entering Nursing: Implication for Gender Diversity</i>	5
Wyller, Ingrid (1990) <i>Sykepleiens historie i Norge</i>	18
Sum	307

Vedlegg 1

Samtalespørsmål

Vedrørende avsluttende eksamen i Bachelor i sykepleie vår 2009.

”Mannlig sykepleier, mann uten omsorg? – Hvor er de mannlige sykepleierne?”

Jeg holder på med avsluttende eksamen i Bachelor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø. Der jeg prøver å finne ut hvor de mannlige sykepleierne er, og hvilke faktorer bidro til valget. Det viser seg at mannlige sykepleiere søker seg til akutt, anestesi og intensiv og ikke til de regulære sengepostene. Dette håper jeg at du kan være med å gi meg svar på.

Jeg er ikke ute etter å dømme eller å vurdere, men prøve å forstå. Med andre ord er jeg ute etter erfaringer, og det vil si at det er ingen ”feile” eller ”korrekte” svar, det er du som er eksperten. Ønsker å bruke stykker fra samtalen vår i oppgaven, og du vil være anonym.

Her er noen av hovedspørsmålene jeg håper vi kan diskutere.

Hvor lenge har du vært sykepleier

Tidligere arbeidserfaring

Arbeidsoppgaver på avdelingen

Hvilke faktorer var det som avgjorde ditt valg i forhold arbeidssted?

I følge statistikken er det flere menn i ”action” fylte stillinger enn på sengepostavdelinger. Hva er dine tanker rundt dette og har du noe forklaring på dette?

Kjønnsnøytrale verdier i sykepleien

Tror du at arbeidsmiljøet ville vært bedre hvis det hadde vært mer balanse mellom kjønnene?

Hva går dine fremtidige karriereplaner ut på?

Det hadde vært fint om vi kunne snakke så snart som mulig, da oppgaven skal innleveres 29. april.

Hvis det er eventuelle spørsmål, så kan jeg kontaktes på telefon: 412 22282

Med vennlig hilsen

Håkon Johansen

Sykepleierstudent