

*Hans Robertsson*

# Maskulinitetskonstruktion och könssegregering i sjukvård

– manliga sjuksköterskor och hegemonisk maskulinitet

**Arbetslivsinstitutet** är ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av Näringsdepartementet bedriver institutet forskning, utveckling och utbildning. Institutet har ca 450 anställda och finns på sju orter i landet. Forskningen är mångvetenskaplig och utgår från problem och utvecklingstendenser i arbetslivet. En viktig uppgift är kommunikation och kunskapsspridning. För mer information, besök vår webbplats [www.niwl.se](http://www.niwl.se)

**Arbetsliv i omvandling** är en av Arbetslivsinstitutets vetenskapliga skriftserier. I serien publiceras avhandlingar, antologier och originalartiklar. Främst välkomnas bidrag avseende vad som i vid mening kan betraktas som arbetsorganisation och arbetsmarknad. De kan utgå från forskning om utvecklingen av arbetslivets organisationer och institutioner, men även behandla olika gruppers eller individers situation i arbetslivet. En mängd ämnesområden och olika perspektiv är således tänkbara.

Författarna till bidragen finns i första hand bland forskare från de samhälls- och beteendevetenskapliga samt humanistiska ämnesområdena, men även bland andra forskare som är engagerade i utvecklingsstödande forskning. Skrifterna vänder sig både till forskare och till andra som är intresserade av att fördjupa sin förståelse av arbetslivsfrågor.

Manuskripten lämnas till redaktören som ombesörjer att ett traditionellt ”refereeförfarande” genomförs. I huvudsak publiceras bidrag från forskare med anknytning till Arbetslivsinstitutet.

## **ARBETSLIV I OMVANDLING**

---

Redaktör: Eskil Ekstedt

Redaktion: Marianne Döös, Jonas Malmberg, Anita Nyberg, Lena Pettersson och Ann-Mari Sätre Åhlander

© Arbetslivsinstitutet & författare, 2002

Arbetslivsinstitutet,  
SE-112 79 Stockholm

ISBN 91-7045-657-7

ISSN 1404-8426

Tryckt hos Elanders Gotab, Stockholm

## Innehållsförteckning

1. Bakgrund och problembeskrivning	1
2. Syfte, metod och data	2
Syfte	2
Metod	3
Urval av intervjupersoner	3
Datainsamlingsprocedur och databearbetning	4
3. Teoretisk referensram	4
Socialt kön	5
Könsmärkning	6
Kön och organisation	6
Genusordning	7
Könssegregering och maskulinitet	8
Maskuliniteter	9
Hegemonisk maskulinitet	10
Homosocialitet och homofobi	11
4. Resultat	12
Den osynliga eller omedvetna genusordningen	12
Manliga sjuksköterskor bryter mot traditionella uppfattningar om yrke och kön	14
Attityder till manliga sjuksköterskor	15
Relationer till läkare	17
Relationer i arbetsgruppen	18
Relationer till patienter	19
Manliga sjuksköterskors syn på genusordning och segregering	20
Horisontell segregering	21
Kön, karriär och vertikal segregering	22
Kvinnliga och manliga förhållningssätt lyfter männen	24
Manliga sjuksköterskor stämplas som feminina – en del av maskulinitetskonstruktionen och segregeringsprocessen	25
5. Sammanfattande diskussion	27
Det osynliga och omedvetna samspelet återskapar genusordning	27
Kvinnliga och manliga förhållningssätt skapar horisontell segregering	28
Vertikal segregering och genusordning	29
Maskulinitetskonstruktioner, hegemonisk maskulinitet och segregering	30
Hegemonisk maskulinitet och homofobi	31
Slutsatser	32
6. Referenser	33
Bilaga 1	38

## 1. Bakgrund och problembeskrivning

Det övergripande syftet med studien är att öka kunskapen om könssegregeringsprocesser. Sådan kunskap är grundläggande för att minska könssegregeringen på arbetsmarknaden, vilket är ett viktigt jämställdhetsmål motiverat utifrån krav på lika rättigheter för kvinnor och män. För att studera och få kunskap om könssegregeringen behövs ett konkret sammanhang där aktörer och processer kan studeras (Gonäs 2001). Ett sådant sammanhang är sjukvården, som är en starkt könssegregerad sektor i arbetslivet med tydligt könsmärkta yrken. Denna sektor har därför valts för studien, och inom denna sektor särskilt sjuksköterskeyrket och manliga sjuksköterskor. Manliga sjuksköterskor bryter mot traditionella föreställningar om sjuksköterskeyrket liksom mot traditionella föreställningar om maskulinitet, vilket medför att processerna blir synliggjorda och tydligare.

Könssegregeringen inom sjukvården innebär bl.a. att män framförallt återfinns i läkaryrket och att läkaryrket associeras med manlighet. I sjuksköterskeyrket är män sällsynta. Enligt Johansson och Österberg (2002) utgör de knappt tio procent av kåren. Sjuksköterskeyrkets könsmärkning innebär att yrket förknippas med omsorg och kvinnlighet. Även inom yrket fördelas arbetsuppgifter efter kön, vilket medför att arbetsinnehållet delvis skiljer sig åt för kvinnliga respektive manliga sjuksköterskor. Yrket är "internt" könssegregerat, såväl vertikalt som horisontellt. Männerna är överrepresenterade på ledande positioner och inom vissa områden. Flera studier som genomförts under skilda tidsperioder har konstaterat detta (Minnigerode m fl 1978; Robertsson 1993; Jorfeldt 2000). Segregeringsmönstret inom yrket är tydligt och följer könsordningen.

Studier av manliga sjuksköterskor har varit få, men på senare år har antalet ökat. I en rikstäckande inventering av arbetsorganisatorisk forskning och förändringsverksamhet inom sjukvården i början av 1990-talet (Pingel & Robertsson 1992) återfanns endast ett fåtal svenska studier om män i sjuksköterskeyrket (Johansson & Källström 1983; Erngren, m fl 1986; Rosby-Björkquist & Knutsson 1986; Carlsson & Bergknut 1988). I Carlsson och Bergknuts (1988) studie framgår att många manliga sjuksköterskor, möter en omgivning, som tar för givet att män i sjukvården är läkare och kvinnor sjuksköterskor. Detta finns också bekräftat i senare undersökningar (Heikes 1991; Moström 1992; Jansson 1994). Carlsson och Bergknuts studie visar dessutom att det förekommer motstridiga föreställningar om maskulinitet, sexualitet samt kön och yrke. Eftersom sjuksköterskeyrket har en kvinnlig stämpel, innebär det enligt flera undersökningar (Herek 1987; Heikes 1991; Evans 1997) att många tror att manliga sjuksköterskor är homosexuella. Ett hinder för män att söka sig till yrket är rädsla för att bli betraktad som omanlig påpekar Kelly, Shoemaker & Steele (1996).

Många studier påvisar könssegregering inom sjuksköterskeyrket, men utan att problematisera den utifrån genusordningen och maskulinitetskonstruktion (Wendt 1984; Ott 1989; Bradley 1993; Dufwa 1993; Evans 1997; Marsland m fl

1996; Soerli m fl 1997). Lindgren (1985) däremot, håller för troligt att könsmaktsystemet, som håller kvinnliga läkare tillbaka i karriären, medför att manliga sjuksköterskor återfinns på statuspositioner och avancerar snabbare än kvinnliga sjuksköterskor i hierarkin. Kvinnliga läkares möjligheter att göra karriär motverkas av sjukvårdssystemets osynliga strukturella hinder eller "glastak" (Morrison m fl 1987). För manliga sjuksköterskor medverkar de osynliga strukturerna till att de "åker glashiss" upp i hierarkin och gör karriär. (Williams 1995; Evans 1997; Soerli m fl 1997). Kvinnors och mäns olika villkor kan förklaras utifrån de asymmetriska förhållanden som råder mellan könen med manlig överordning och kvinnlig underordning samt dikotomisering av kön. Denna asymmetri har bl a beskrivits som ett genusystem (Hirdman 1988), ett könsmaktsystem (Lindgren 1985) och genusordningar (Connell 1987).

De som bryter mot traditionella föreställningar om yrke och kön blir sannolikt mer uppmärksamma på och medvetna om de skilda villkor som råder för kvinnor respektive män. I en studie visades att medvetenheten om kvinnors och mäns olika villkor var större hos kvinnliga läkare än hos manliga (Pingel & Robertsson 1998). Sannolikt är även manliga sjuksköterskor mer medvetna om könets skilda villkor än kvinnliga sjuksköterskor.

Könssegregering förutsätter arenor där kön skapas. Kimmel (1996) menar att för de allra flesta män är arbetslivet en arena där manlighet kan demonstreras och utövas. Ett sätt att belysa könssegregering i förhållande till maskulinitetskonstruktion är att studera män i brytarpositioner. Morgan (1992) föreslår att forskare studerar maskulinitet i situationer där män står i fokus och maskuliniteten hotas. Han anser att sådana situationer inträffar då män blir arbetslösa eller bryter in i kvinnodominerade yrken. Manliga brytares perspektiv skulle kunna bidra till en mer djupgående och bredare förståelse av hur de könssegregerande processerna samverkar (Lindgren 1985). Detta är bakgrunden till att manliga sjuksköterskor är i fokus i denna studie.

## 2. Syfte, metod och data

### Syfte

Syftet med studien är att öka kunskapen om hur konstruktionen av maskulinitet bidrar till produktionen och reproduktionen av könssegregeringen i sjukvården och särskilt inom sjuksköterskeyrket. Detta sker främst genom en analys av intervjuer med manliga sjuksköterskor om deras uppfattningar om könsrelationer, men också genom analys av intervjuer med kollegor om deras uppfattningar om manliga sjuksköterskor.

Den kunskap som studien ger kan ge underlag för fortsatt förändringsarbete inom sjukvården men också för det mer övergripande jämställdhetsarbetet.

## Metod

Utgångspunkten är att kön är en social konstruktion, som skapas och förändras genom interaktion inom och mellan könen. Kvinnor och män skapar och återskapar kön i sjukvården genom interaktion och subjektiva uppfattningar om varandra och om varandras handlingar. För att fånga dessa subjektiva uppfattningar valdes halvstrukturerade intervjuer som metod. Halvstrukturerade intervjuer (Kruuse 1989) innebär att frågor förbereds på förhand, men intervjuaren är inte bunden till att endast hålla sig till dessa frågor, utan kan fördjupa dem och/eller ställa nya frågor. Intervjufrågorna anpassas efter hand till den kunskap som växer fram under datainsamlingen.

Genom halvstrukturerade intervjuer med 30 manliga sjuksköterskor har uppfattningar om förhållningssätt och relationer mellan sjukvårdens yrkeskategorier ur ett könsperspektiv fångats upp. Intervjuerna genomfördes inom ramen för olika projekt men också via andra kontakter med sjukvården (se bilaga 1). Förutom intervjuer med manliga sjuksköterskor har intervjuer med läkare, kvinnliga sjuksköterskor och undersköterskor, som genomförts inom ramen för andra projekt, sekundärbearbetats för denna studie (se bilaga 1). I tid varierade intervjuerna mellan en timme till en och en halv timme och nästan alla intervjuerna spelades in på band. Anteckningar fördes under intervjuerna, för att det skulle vara möjligt att gå tillbaka till spörsmål som jag ville veta mer om, utan att störa intervjupersonernas berättelser. Intervjuerna genomfördes i avskilt rum på arbetsplatserna (utom en telefonintervju).

## Urval av intervjupersoner

Intervjuerna genomfördes med sjukvårdspersonal i varierande åldrar på universitetssjukhus, regionsjukhus, mindre sjukhus samt ett äldreboende. Arbetsplatser på landsbygd, och i småstäder i södra, mellersta och norra Sverige samt i Stockholm är representerade (se bilaga 1).

De manliga sjuksköterskorna valdes, i den mån det var möjligt, så att alla hade relativt lång yrkeserfarenhet. Alla hade minst ett års yrkeserfarenhet, men de flesta hade betydligt mer. Över hälften hade minst 20 års yrkeserfarenhet. De yngre arbetade på vårdavdelningar och de äldre var chefer eller specialister inom de områden där manliga sjuksköterskor generellt är överrepresenterade. Nästan alla levde i en fast relation och de flesta hade familj och barn.

**Tabell 1.** Intervjupersoner fördelade på yrkesgrupp och kön.

	Män	Kvinnor	Totalt
Läkare	11	11	22
Sjuksköterskor	30	31	61
Undersköterskor		26	26
Totalt	41	68	109

## **Datainsamlingsprocedur och databearbetning**

I undersökningen varvades intervjuperioder med mellanliggande perioder av analys och reflexion samt inhämtande och omtolkning av teoretisk kunskap. De första åtta intervjuerna med manliga sjuksköterskor spelades in på band, avlyssnades och skrevs ut i sin helhet. Ibland fann jag anledning att gå tillbaka och lyssna på hela eller delar av intervjuerna igen. De två efterföljande intervjuerna spelades inte in beroende på respondenternas önskan.

Resterande intervjuer bandades, med undantag för en telefonintervju. Dessa intervjuer skrevs inte ut i sin helhet eftersom de anknöt till tidigare teman. Jag lyssnade noggrant efter nya erfarenheter eller infallsvinklar. Om sådana förekom gick jag igenom det tidigare insamlade materialet igen, för att se om jag missat denna aspekt. Ett exempel på en sådan var tidsandan. Många av de manliga sjuksköterskorna menade att under sjuttioalet och tidigt åttiotal var yrkesstatusen högre och det ansågs progressivt att män valde vård- och omsorgsyriken, vilket inte är fallet idag.

De fem första intervjuerna var mer öppna och hade en bredare ansats än de efterföljande. Men de fokuserade inte upplevelsen av att vara manlig brytare i lika hög grad som de efterföljande intervjuerna. Det berodde dels på att intervjuerna genomfördes inom projektet "Yrkesidentitet i sjukvård" (avrapporaterat i Pingel & Robertsson 1998), där fokus inte låg på manliga brytare, utan på olika yrkeskategoriers upplevelser av yrkesidentitet och deras synpunkter på manligt och kvinnligt i vården. Dels berodde skillnaden i fokusering på att min egen teoretiska förståelse och tolkning förändrades över tiden.

Intervjuerna utvecklades efter hand, dels utifrån den kunskap de genererade, dels i förhållande till den teoretiska referensramen. I de inledande intervjuerna ställdes exempelvis inte frågor om förekomsten av förutfattade meningar om manliga sjuksköterskor. Eftersom många ansåg att det förekom allmänna föreställningar om att manliga sjuksköterskor är feminina eller homosexuella togs temat upp i efterföljande intervjuer. Frågor om homofobi ställdes också mot bakgrund av den teoretiska referensramen, som ser homofobi som en process i skapandet av maskulinitet.

Utsagor från intervjuerna sammanställdes och teman växte fram. Då intervjuerna inte längre genererade nya teman, tillförde ny kunskap eller andra perspektiv upphörde datainsamlingen. Efterhand uppstod således det som brukar kallas "teoretisk mättnad" (Glaser & Strauss 1967).

## **3. Teoretisk referensram**

I studien analyseras hur konstruktion av maskulinitet bidrar till de könssegregerande processerna i sjukvården ur manliga sjuksköterskors perspektiv. För att

analysera detta behövs begrepp och teorier. De som används i denna studie presenteras nedan.

Utgångspunkten är att könssegregering förekommer, dvs det finns en systematisk fördelning av arbetsuppgifter mellan kvinnor och män i samhället, organisationer och på arbetsplatser. På arbetsmarknadsnivå innebär det att kvinnor och män i hög grad återfinns inom skilda sektorer och yrken; sk horisontell segregering. Det finns också en vertikal segregering som innebär att män är överrepresenterade på ledande positioner eller i specialiteter med hög status. Även arbetsuppgifter inom ett yrke fördelas efter kön och medför att arbetsinnehållet för kvinnor och män i samma yrke delvis kan skilja sig åt. Den horisontella och vertikala könssegregeringen följer en könsordning, som har sin grund i manlig överordning och kvinnlig underordning, därför blir konstruktion av maskulinitet viktig i analysen. Eftersom män, som arbetar i traditionella kvinnoyrken, anses bryta mot traditionella könsrollsmönster och manliga normer, kan deras erfarenheter ge en tydligare belysning av de könssegregerande processerna i förhållande till konstruktionen av maskuliniteter än andra grupper. Konstruktionen av maskulinitet sker inom ramen för en genusordning, vilken i hög grad bestäms av de normer som den hegemoniska maskuliniteten föreskriver. Homosocialt beteende och homofobi är processer som bidrar till konstruktionen av hegemonisk maskulinitet. Maskulinitetskonstruktion och därmed sammanhängande processer kan därmed bidra till förståelsen av de könsegregerande processerna.

### **Socialt kön**

Den vetenskapsteoretiska utgångspunkten i studien är socialkonstruktivistisk (Morgan & Smircich 1980). Det innebär att kön betraktas som en social konstruktion som dagligen produceras och reproduceras i olika interaktionsprocesser (West & Zimmerman 1987; Gherardi 1994; Connell 1995). Verkligheten skapas kontinuerligt i den sociala interaktionen mellan människor i deras strävan att etablera en meningsfull värld genom språk, handlingar och rutiner. Vi återskapar den sociala ordningen, men samtidigt sker förändringar eftersom återskapandet inte är fullständigt (Höök 2001). Dessutom sker förändringar beroende på att återskapandet sker i en föränderlig kontext.

Inom det genusvetenskapliga fältet används ibland begreppet socialt kön istället för genus och ibland används endast begreppet kön. Genus betecknar ett betydelsesystem som består av två varandra motsatta och uteslutande kategorier. Genus baseras på en kulturell tolkning av de biologiska skillnaderna mellan män och kvinnor (Kulick 1987). Det är detta som åsyftas när begreppet kön används i denna rapport. I teoretiska texter används begreppen femininitet eller femininiteter och maskulinitet eller maskuliniteter för att beteckna den sociala, varierande och föränderliga konstruktionen av kön. Begreppen manlig och kvinnlig är mer knutna till biologiskt kön. Ofta framgår det av sammanhanget vad som avses,



men inte alltid och det avslöjar våra könsfärgade referensramar. Vi kan säga en "feminin manlig sjuksköterska" och alla förstår att feminin refererar till en social konstruktion och manlig till biologiskt kön. Däremot skulle förmodligen uttrycket "maskulin sjuksköterska" tolkas som ett omdöme om en kvinna och "maskulin läkare" tolkas som ett omdöme om en man. Trots att det likväl kunde vara tvärtom. Förvirringen beror på att vi har könsmärkt läkar- och sjuksköterskeyrket och att vi har ganska bestämda eller rigida föreställningar om vad kvinnor och män gör.

När uppmärksamheten riktas på socialt kön, som skapas i en atypisk kontext, är det lättare att se hur strukturerna bestämmer utformningen av det sociala könet. Eftersom sjuksköterskeyrket förknippas med kvinnlighet kan yrkesidentiteten bli problematisk för manliga sjuksköterskor. Thomsson (2001) anser att vi har en begränsad acceptans för avvikelser från de socialt bestämda föreställningarna om kön. Föreställningar om kön avspeglas i könsmärkning av yrken och arbetsuppgifter som i sin tur förstärker eller bekräftar de socialt bestämda föreställningarna om kön och bidrar till könssegregeringen.

### **Könsmärkning**

Könssegregering är förbunden med en process som benämns könsmärkning och som innebär att vi symboliskt manifesterar kön. Vi könsmärker företeelser, arbetsuppgifter, positioner, yrken, organisationer och branscher (Alvesson & Billing 1992, 1997; Forsberg 1992; Westberg-Wohlgemuth 1996). Exempel på yrken som idag i Sverige är kvinnligt könsmärkta är omsorgsyrken, kontorsyrken och städyrken. Könsmärkta egenskaper eller kvalifikationer som förknippas med manlighet är bland annat kraftfull, karriärinriktad, risktagande, fysiskt stark, dominerande och mäktig. Egenskaper som tålmodig, känslig, fingerfärdig, hjälpsam, serviceinriktad, omvårdande och hög toleransnivå förknippas med kvinnor och det kvinnliga (Westberg-Wohlgemuth 1996). Bilderna av kön är diskursivt producerade och upprätthållna på ett symboliskt plan. Kunskap om könsmärkning är ett led i att identifiera de mekanismer som återskapar segregering av yrken och förmågor (Westberg 2001). Könsmärkningsprocesser följer könsordningen. Det som stämplas manligt förknippas med makt och status och är överordnat det som stämplas kvinnligt. I organisatoriska sammanhang blir denna åtskillnad särskilt tydlig.

### **Kön och organisation**

Den sociala konstruktionen av kön kan avläsas i organisationer, samtidigt som organisationer påverkar könskonstruktioner genom att producera och reproducera sociala relationer och segregering. Organisationer består av kvinnor och män och deras förhållningssätt, föreställningar, fantasier, värderingar och ideal är förknippade med detta. Arbetsdelning, lönesättning, vardaglig social interaktion och

karriärmönster kan förstås i termer av förhållanden mellan könen (Alvesson & Billing 1997). Mills (1988) beskriver hur organisationer bär med sig könsdiskrimineringen bl a genom att kulturella värden som förknippas med manlighet favoriseras och värden förknippade med kvinnlighet undertrycks.

Forskning om minoriteter och majoriteter i organisationer har visat att andel har betydelse för hur en viss grupp behandlas i en organisation. I detta sammanhang hänvisas ofta till Kanter's verk *Men and Women of the Corporation* (Kanter 1977). Kanter visade att de beteenden, som kvinnor uppvisar i mansdominerade organisationer, är strukturella effekter av kvinnors situation som minoritet i organisationen och inte, vilket ofta antas, typiskt "kvinnliga" egenskaper. Resultaten lades fram i en tid när praktiskt taget all organisationsforskning var könsblind. Även om kön uppmärksammas i en teori kan den betraktas som könsblind om den inte tar hänsyn till kvinnors och mäns olika villkor i könsordningen. De strukturella effekter som Kanter visar att kvinnor i minoritetsposition blir föremål för, är inte desamma för män i minoritetsposition. Synlighet är exempel på en strukturell effekt som innebär att kvinnor blir representanter för sitt kön och underordnade män. För män innebär synlighet ofta individuella fördelar eftersom de tillhör det överordnade könet. Skillnaden beror på asymmetriskt makt- och statusförhållande mellan kvinnor och män. När minoritetsgruppen har högre status möter den inte motstånd (Ott 1989). Minoritetsgruppens status har ett samband med segregeringsprocessen och empiriska studier visar att när kvinnors andel i ett yrke ökar sjunker status och lön (Fottler 1976; Gunnarsson 1989; Cockburn 1991; Baude 1992). Inom de sektorer där kvinnorna utgör mer än 50 procent finns som regel inte inflytande, karriär eller något större ekonomiskt utbyte att hämta (Lindgren 1985).

Det asymmetriska makt- och statusförhållandet mellan kvinnor och män som återspeglas i könsmärkning och i organisatoriska sammanhang kan sättas i relation till en genusordning.

## **Genusordning**

Genusordningens eller könsordningens (begreppen används synonymt i rapporten) grundläggande princip är manlig överordning och kvinnlig underordning och att män generellt har fördelar av kvinnors underordning. Connell (1987, s 98) använder begreppet genusordning för att beskriva

”a historically constructed pattern of power relations between men and women and definitions of femininity and masculinity.”

Han undviker termen system (som i genussystem, könsmaktsystem) eftersom han anser att det associerar till något oföränderligt eller stillastående. Connell (1987, 1994) beskriver hur genusordningen ger upphov till tre strukturer; arbete, makt och cathexis (känslomässiga relationer mellan genuskategorier).

Hollway (1994 s, 247) beskriver dem (min översättning) enligt följande:

1. Könsmässig arbetsfördelning, som inkluderar organiseringen av hushållsarbete och vård av barn, fördelning av betalt och obetalt arbete, segregerad arbetsmarknad, diskriminering i utbildning och befordran och olika löner.
2. Maktstruktur, som inkluderar hierarkier i stat och näringsliv, institutionaliserat och personligt våld, sexuell reglering och kontroll och makt i familjen.
3. Cathexisstruktur eller konstruktionen av emotionellt styrda sociala relationer.

Den inkluderar modellering av objektval, åtrå och åtråvärdhet, produktion av heterosexualitet och homosexualitet samt relationerna mellan dessa, den socialt strukturerade antagonismen av de socialt konstruerade könen, förtroende och misstroende, svartsjuka och solidaritet i äktenskap och andra relationer, de emotionella relationerna i barnuppfostran.

Thurén (1996) menar att genusordningens styrka kan avläsas i hur stor vikt som läggs vid att en man är ”manlig” och en kvinna ”kvinnlig” och hur vi bemöter dem som bryter mot den sociala och kulturella konstruktionen av kön. Förekomst och utbredning av könsarbetsdelning, könsegregering och maktens fördelning efter kön mäter också styrkan i genusordningen.

En följd av att genusordningen är asymmetrisk och bygger på manliga normer och överordning, är att männen har ett övertag i de relationsprocesser som skapar kön. Enligt Holter (1982) är det huvudsakligen män som bestämmer när kön betyder något i relationer eller i bedömningar och uppfattningar av arbetskamrater och kollegor. Det innebär att männens definitionsmakt, dvs huruvida kön är relevant eller inte, bestämmer interaktionen och positionering mellan könen på en arbetsplats eller i en organisation. När kön och inte professionell position bestämmer förhållningssättet mellan kvinnor och män, kan det innebära (medvetet eller omedvetet) underordning av kvinnan som ett resultat av genusordningen. Det innebär också att en man kan välja att grunda interaktionen på kön och manlig överordning för att minska eller överbrygga en egen faktisk hierarkisk underordning i förhållande till en kvinna. Dessa förhållanden kan analyseras utifrån teorier om konstruktion av maskulinitet och segregeringsprocesser.

### **Könsegregering och maskulinitet**

Könsegregering i organisationer tar sig uttryck i olika arbetsuppgifter, kommunikationsmönster och praktiker efter kön. Den vertikala könsegregeringsprocessen i sjuksköterskeyrket benämner Kvande (2002) liksom Williams (1995) ”the glass escalator”, dvs osynliga strukturella processer som gör att manliga sjuksköterskor avancerar i hierarkin på ett sätt som kvinnliga sjuksköterskor inte gör. En av dessa osynliga processer är den mer eller mindre medvetna arbetsdelning som sker mellan kvinnor och män och som är en återspegling av de

föreställningar kvinnor och män har om kön och arbetsuppgifter. Denna köns-segregering kallar Åberg (2001) för ”den vertikala glidande könssegregeringen”, och hon anser att den uppstår även om kvinnor och män har samma utbildning och position inom en organisation.

Segregeringens orsaker står bland annat att finna i den sociala konstruktionen av maskulinitet. Könsarbetsdelning och könssegregering ger män möjligheter att separera maskulinitet från femininitet. Lönearbete är en viktig del av den manliga identiteten och mäns engagemang i det betalda arbetet är centralt i den sociala konstruktionen av maskulinitet (Segal 1990). Även inom ett yrke som sjuksköterskeyrket väljer män t ex särskilda maskulina nischer som ”bättre överensstämmer med mäns syn på sig själva och med samhällets definition av maskulinitet” (Dahle & Widding Isaksen 2002 s, 76). Dessa val kan tolkas som en del av maskulinitetskonstruktionen, som får konsekvenser för könssegregeringen inom yrket.

### **Maskuliniteter**

Mansstudier och maskulinitetsforskning har bidragit till att synliggöra att de dominerande formerna av maskulinitet inte är självklara eller oföränderliga (Hearn 1992). Den sociala konstruktionen av maskulinitet har bl a analyserats utifrån psykoanalytisk teori. Som Chodorow (1978) tolkar den, innebär det för pojken del att han i den oidipala fasen bryter beroendet till mamman och uppnår manlig identitet. Eftersom ett manligt identifikationsobjekt saknas formas den manliga identiteten genom avståndstagande från modern och kvinnlighet. En negativ identifiering uppstår, dvs skillnad betonas, maskulint är det som inte är feminint. Pojkar tillägnar sig vissa delar av faderns manlighet men de identifierar sig inte övergripande med honom, vilket resulterar i att andra delar av manligheten måste läras in på ett mer medvetet sätt och den manliga identifikationen blir framförallt en könsrollsidentifikation. Enligt Williams (1989) har män därför en bräcklig eller osäker identitet och ett psykologiskt behov av att etablera en mansroll klart skild från kvinnorollen. I denna studie används Williams sätt att förstå förekomsten av homosocialitet och homofobi i maskulinitetskonstruktioner som ”verktyg” för att upprätthålla manlig identitet.

Ett konstruktivistiskt synsätt på maskulinitet, företrätt av bland andra Connell (1995), fokuserar på skillnader mellan olika manligheter eller inom manligheten och talar om maskuliniteter för att betona heterogeniteten och föränderligheten. Eftersom maskulinitet då inte kan betraktas som en homogen, enhetlig eller statisk kategori utan som mångdimensionell, differentierad och föränderlig, föredrar maskulinitetsforskare att tala om maskuliniteter (Collinson & Hearn 1996).

Könssegregeringsprocesser har studerats utifrån maskulinitetskonstruktioner och förekomsten av hegemonisk maskulinitet (Närvänen 1997). Maskuliniteter kan inordnas och rangordnas i förhållande till en hegemonisk maskulinitet.

Kvande (2002) beskriver processen ”doing masculinities”, dels som ett resultat av hur maskulinitet konstrueras i relation till kvinnor och det som uppfattas som feminint, dels som ett resultat av hur män konstruerar maskulinitet i relation till andra män och en idealiserad eller hegemonisk maskulinitet.

### **Hegemonisk maskulinitet**

Connell (1995) betonar att

”terms such as ’hegemonic masculinity’ and ’marginalized masculinities’ name not fixed character types but configurations of practice generated in particular situations in a changing structure of relationship” (s 81).

Därmed är förändring möjlig. Carrigan m fl (1985) myntade begreppet ”hegemonisk maskulinitet”, som en ledande maskulinitet i en hierarki av maskuliniteter. Den hegemoniska maskuliniteten kännetecknas av att den är allmänt accepterad. Den är en sammansmältning av kulturella ideal och kollektiv institutionell makt, dvs en kollektiv bild av maskulinitet som de högsta nivåerna inom näringsliv, militär och stat uttrycker och som ledande film- och idrottsstjärnor symboliserar. Hegemonisk maskulinitet är en dynamisk process genom vilken en grupp skapar och återupprätthåller makt och segregering (Haavind 1982; Carrigan m fl 1985; Haavind 1985; Holter m fl 1992; Holter & Aarseth 1994; Edley & Wetherell 1996). Den hegemoniska makten har en djupare mening än den materiella makten, eftersom den innefattar även den sociala ordningen av sexualitet (Hollway 1994; Holter & Aarseth 1994; Connell 1995; Barrett 1996).<sup>1</sup> Makthierarki och förtryck återfinns inom gruppen män och vissa grupper av män dominerar över andra grupper av män. Denna dominans kan vara direkt och tydlig, men den kan också vara indirekt och dold. Den indirekta dominansen är svårare att påvisa och därför svårare att påverka och förändra, men den bestämmer i hög grad innehållet i begreppet maskulinitet och dess praktiska anknytning. Bengtsson och Frykman (1987) diskuterar hur den idealiserade bilden av maskulinitet, den hegemoniska maskuliniteten, upprätthålls. Trots att den bara motsvarar karaktären hos ett fåtal män är flertalet män delaktiga i processer som upprätthåller den. Det avgörande skälet är att de flesta män drar nytta av kvinnornas underordning. Den hegemoniska modellen är således centralt förbunden med institutionaliseringen av mäns dominans över kvinnor. Bengtsson och Frykman (1987) drar slutsatsen att män och kvinnor har ett underförstått och gemensamt projekt i att dölja den manliga dominansen. Män vill behålla makten och kvinnor vill dölja underordningen. Därmed är både kvinnor och män delaktiga i processen.

---

1. Den sociala konstruktionen av sexualitet har problematiserats inom queerteorin utifrån de heteronormativa grundantagandena (Jagose 1996).

Den hegemoniska maskuliniteten är en process som påtvingar män en definition av manlighet. Underordning och marginalisering hotar dem som kritiserar eller inte kan leva upp till den hegemoniska maskulinitetens normer. De män som underordnas kan vara män med annan etnisk bakgrund än västerländsk och/ eller homosexuella män, men även män som lever efter andra ideal. Holter och Aarseth (1994) påpekar att diskriminering av män som inte lever upp till traditionella ideal, exempelvis män som söker sig till kvinnodominerade yrken, inte beror på att kvinnor diskriminerar män, utan den följer av en patriarkal diskriminering. Andra processer som bidrar till hur maskuliniteter formas eller skapas har benämnts homosocialitet och homofobi.

### **Homosocialitet och homofobi**

Den sociala konstruktionen av maskulinitet och könssegregering är sammanvävd med processer som homosocialitet och homofobi. Lipman-Blumen (1976) har sökt förklara könssegregering i organisationer och hierarkier utifrån mäns homosociala relationer. Dessa relationer återskapar den manliga dominansen i maktpositioner och underlättar mäns karriärvägar i den manligt bestämda organisationen. De som följer den inneboende logiken i homosocialiteten, är lojala och understödjer systemet kan förvänta sig belöningar.

”Homosocialiteten som ett normsystem garanterar att män framträder någorlunda enhetligt inför kvinnor. Enskilda män kan ha långt mer varierande relationer till kvinnor. Men dessa utgör individuella enskildheter och ges inget inflytande på deras uppträdande i gruppssammanhang” (Lindgren 1996, s 5).

Det innebär bland annat, som jag tolkar det, att i gruppssammanhang så vänder sig män till män. Processen osynliggör kvinnor och ger män fördelar och återskapar samtidigt manlig överordning. För att män som kollektivt ska kunna uppträda enhetligt så måste män på olika positioner inkluderas. Homosocialitet ger perspektiv på en kvinnlig läkares åsikt: ”Män lyder män i högre position. De finner sig lättare i ett hierarkiskt system” (Pingel & Robertsson 1998, s 48). Homosociala relationer uppkommer även genom mäns tendens att föredra och söka varandra för självspjuling, avkoppling och stöd i syfte att bekräfta den kulturellt rådande eller dominerande mansbilden och den egna könsidentiteten (jämför Chodorow). Därför har nätverk mellan män betraktats som strategiska mekanismer, snarare än institutionaliserade former av intimitet. Homosociala begär har förblivit osynliga av två orsaker: de förtrycker inte kvinnor direkt och detta nätverksarbete betraktades som en normal (och därför icke sexuell) del av organisationens rutiner (Roper 1996).

De homosociala relationernas emotionella karaktär kan utgöra ett hot mot ett heteronormativt manlighetsideal (Sedgewick 1985; Segal 1990; Kimmel 1996).

”Masculinity or the male identity is achieved by the constant process of warding off threats to it. It is precariously achieved by the rejection of femininity and homosexuality” (Weeks 1985, s 190).

För män som individer och grupp kan homofobi fungera som gränsdragning för vad som innefattas i och uppfattas som maskulinitet och maskulint beteende och även som gränsdragning i de homosociala relationerna. Homofobin kan betraktas som en av manlighetens byggstenar, eftersom män bevisar sin manlighet inför andra män genom att ta avstånd ifrån, underordna och marginalisera homosexualitet (Kimmel 1996). Därför bidrar homofobi till att upprätthålla patriarkatet (Britton 1990). Relationen mellan homosocialitet och homofobi, som Britton tolkar Lipman-Blumens teori, ”lies in maintaining the boundary between social and sexual interaction in a homosocially stratified society” (ibid, s 425).

#### 4. Resultat

I resultatredovisningen förekommer en del citat. Dessa har valts för att illustrera, konkretisera eller exemplifiera de viktigaste teman som intervjuerna genererat och som jag ansett vara viktiga utifrån den teoretiska referensramen. Resultatdelen inleds med en mer allmän redovisning av uppfattningar om genusordning i sjukvården, som hämtats från intervjuerna med kvinnor och män i sjukvården. Den följande redovisningen fokuserar på uppfattningar om manliga sjuksköterskor och manliga sjuksköterskors erfarenheter som brytare, i relation till allmänhet, kollegor, läkare och patienter. Dessa erfarenheter ställs sedan i relation till genusordning, arbetsdelning, könssegregering och konstruktion av maskuliniteter.

##### **Den osynliga eller omedvetna genusordningen**

Föreställningar och uppfattningar om genusordningen skiljer sig mellan kvinnliga och manliga läkare och mellan kvinnliga och manliga sjuksköterskor. De flesta manliga läkare märkte inte det osynliga förtryck som många kvinnliga läkare hade erfarenheter av. Genusordningens osynlighet för de manliga läkarna kan förklaras med att det är konstruerat efter manliga normer. Forskning och debatt om osynliga strukturella hinder eller ”glastak” (Morrison m fl 1987) som upprätthåller den vertikala arbetsdelningen var känd för en del manliga läkare, men de kunde för egen del inte alltid se hindren eller inse att de fanns.

”Däremot så tycker jag inte att det finns någon segregering. Vi har diskuterat det mycket på kliniken. Jag tycker inte att det finns något kvinnoförtryck men jag vet att de kvinnliga läkarna anser det” (manlig läkare).

Karriär inom läkaryrket kräver heltidstjänst och en kontinuerlig oavbruten närvaro, ansåg många manliga läkare. Kvinnors och mäns olika villkor i den privata sfären bidrar till olikheter i yrkeskarriär.

”Kvinnor har ofta små barn och det är ju så att även då det gäller kvinnliga läkare så har de huvudansvaret då det gäller barn och är oftare hemma för sjukt barn ... och de kan komma i kläm på det sättet” (manlig läkare).

De flesta kvinnliga sjuksköterskor ansåg att de förhöll sig på samma sätt mot kvinnliga och manliga läkare. Men de flesta av de kvinnliga läkarna ansåg att de fick sämre service än manliga läkare av kvinnliga sjuksköterskor. Kvinnliga läkare tog på sig operationshandskarna utan hjälp, hämtade journaler och höll i ordning själva. De flesta kvinnliga sjuksköterskor uppfattade att kvinnliga läkare inte efterfrågade denna service, vilket de manliga läkarna gjorde och som för många var självklar.

”Det är en stor skillnad mellan manliga och kvinnliga läkare, kvinnliga läkare gör mycket mer än manliga. De kan stämpla sin remiss själva, de kan svara i telefon, en manlig står oftast bara i dörren och ropar, de förväntar sig att bli servade. Det gör aldrig en kvinnlig läkare. Jag kan tänka mig att kvinnliga läkare upplever att män får service men inte de, men det beror på att de är kvinnor själva. De bara gör det” (kvinnlig sjuksköterska).

”När jag tänker på manliga och kvinnliga läkare tycker jag att männen vill ha mycket servat framför sig. De vill ha sekreterare. Var är journalen, tack! De kvinnliga läkarna jobbar på ett annat sätt, de fixar mycket själva” (kvinnlig sjuksköterska).

De kvinnliga sjuksköterskornas och de kvinnliga läkarnas uppfattningarna gick isär. Orsaken till skillnaderna i förhållningssätt ansågs bero på den andres beteende och handlingar. De uppfattades inte vara ett resultat av den ömsesidiga interaktionen. Interaktionen mellan kvinnliga sjuksköterskor och kvinnliga läkare styrs till viss del av identiteten som kvinna och därmed *likhet*. Även interaktionen mellan manliga läkare och kvinnliga sjuksköterskor präglas till viss del av kön, men då av *olikhet*, vilket innebär att interaktionsmönstren mellan kvinnliga sjuksköterskor och manliga läkare till viss del bestäms av kön och könsordningen ger manliga läkare favörer. Interaktionsmönstren är ofta omedvetna men de medverkar till att strukturerna återskapas. Manliga läkare eller kvinnliga sjuksköterskor och undersköterskor är grupper, där egna och andras könsfärgade föreställningar om yrket vanligtvis innebär kongruens mellan yrkesroll och kön. Kön färgar yrkesrollen utan att det uppmärksammas eller problematiseras. För manliga sjuksköterskor ser det annorlunda ut. Föreställningar om manlighet och yrke kolliderar. Det kan bidra till att könsmärkta handlingar och förhållningssätt som skapar manlig överordning och kvinnlig underordning blir tydligare för dem.



## **Manliga sjuksköterskor bryter mot traditionella uppfattningar om yrke och kön**

De manliga sjuksköterskornas yrkesval hade varit mer eller mindre slumpmässigt. Endast två hade valt yrket i första hand och båda hade mödrar som arbetade i vården. Annars var det få som hade anknytning till vården genom familjen och i förekommande fall var det genom modern. Fäderna hade traditionella mansyrken på medelklassnivå till exempel egenföretagare, elektriker, teleingenjör, sportjournalist, flygplansmekaniker, försäkringstjänsteman, avdelningschef m m.

Valmöjligheterna hade varit begränsade och yrkesvalet hade till viss del styrts av arbetsmarknadsläget och till viss del av utbildningsbakgrund och skolbetyg. I landsorten var valmöjligheterna starkt begränsade och valet kunde stå mellan att arbeta på fabriken eller att arbeta inom vården.

”Jag hade ingen lust att stå och bygga på byggnadsställningar resten av livet. Jag ville jobba med folk tror jag... hur mitt yrkesval eller... det var att jag tyckte om... det var roligt med människor och så där och jaaa... det var så att jag hade jobbat några år innan då och tänkte jag att... och så då... nu hade jag inte läst någonting men jag tänkte att jag måste läsa nåt här går ju inte att jobba kvar... så då tänkte jag sjuksköterska...” (manlig sjuksköterska).

Arbetsmarknadsskäl påverkade yrkesvalet. Det var lätt att få arbete inom vården och risken för att bli arbetslös ansågs obefintlig. Dessutom fanns stora möjligheter att flytta och att få arbete på annan ort. Även ekonomiska överväganden påverkade valet. Många ville inte dra på sig stora studieskulder. Flera hade genomgått betalda vidareutbildningar som arbetsgivaren erbjudit utbildad personal först till undersköterska, som senare kompletterades med sjuksköterskeutbildning.

Olika omständigheter medförde att de kom i kontakt med vårddyrket. En del hade erfarenhet av vårdarbetet från mentalvård eller som sjukvårdare i militärtjänsten. Många hade feriearbetat i vården och sedan genomgått undersköterskeutbildning. Undersköterskeyrket hade efter en tid känts enformigt eller inte tillräckligt utvecklande. De ville inte befinna sig i en underordnad position, utan ville ha ett mer självständigt och utvecklande yrke. Därför bestämde sig många för att läsa vidare till sjuksköterskor.

”Sen blev det de här. Jag läste till undersköterska från början och ganska snabbt fick jag ju klart för mig att jag inte ville jobba som undersköterska någon längre tid. Och nästa steg var ju att läsa till sjuksköterska, då fortsatte jag mer eller mindre direkt. Jag valde väl aldrig att bli sjuksköterska. Jag bara blev det. Ett friare arbete där man har lite mer att säga till om” (manlig sjuksköterska).

Önskan att arbeta med människor var den vanligaste motiveringen till yrkesvalet, som var färgat av en ideologisk ståndpunkt eller livssyn där pengar, status och egenvinning inte var de viktigaste inslagen. De ville göra något för andra och känna att de gjorde något meningsfullt och betydelsefullt.

De flesta hade erfarenheter från traditionella manliga yrken, men de saknade en djupare mening i dessa yrken. Dessutom trivdes de inte i de mansdominerade miljöerna. Många upplevde att stämningen eller jargongen ofta blev hård, tuff och torftig. I förhållande till traditionella uppfattningar om yrke och kön är yrkesvalet ovanligt och därför hade de reaktioner de mött medfört att de reflekterade över mansrollen. En invandrare från Eritrea hade inte upplevt att yrkesvalet bröt mot manliga normer. I hans hemland var inte sjuksköterskeyrket stämplat som kvinnligt, eftersom det där fanns relativt många män inom yrket bl a beroende på en generell manlig dominans i utbildningar. Avvikelsen illustrerar den socialt och kulturellt färgade föreställningen om yrket.

De manliga sjuksköterskorna som hade utbildat sig på 1970-talet eller tidigt 1980-tal upplevde att tidsandan hade underlättat yrkesvalet. På den tiden var det populärt att bryta könsrollmönster och män valde i större utsträckning än idag vård- och omsorgsyrken. Vårdyrkens status var högre eftersom det ansågs ”fint” att bry sig om sina medmänniskor. Bilden har successivt förändrats och den offentliga sektorn har kommit att kritiserats och vårdyrkens status har sjunkit. Många av de manliga sjuksköterskorna trodde vid intervjutillfället att utvecklingen skulle leda till att färre män kommer att söka sig till vårdyrken. Andra ansåg att den förlängda utbildningen inom högskolans ram, möjligheterna till vidareutbildning, specialisering och den ökade professionaliseringen samt möjligheten att disputerat, i framtiden skulle öka statusen och leda till att fler män valde sjuksköterskeyrket förutsatt att denna förändring kom till allmän kännedom. Föreställningen om att det är ett kvinnoyrke som saknar utvecklingsmöjligheter lever kvar ansåg många av de manliga sjuksköterskorna.

### **Attityder till manliga sjuksköterskor**

Omgivningen kunde reagera förvånat på att män väljer ett vårdyrke. Ibland hade de manliga sjuksköterskorna känt att de måste förklara sitt yrkesval. De frågor som ställdes och de attityder de mötte, kunde upplevas som ifrågasättande.

”Man kan känna en viss ironi över att man är man och syrra. Det är inte uttalat men man känner det ändå” (manlig sjuksköterska).

”Med kroppsspråket kunde jag förstå att de inte tyckte att det var ok” (manlig sjuksköterska).

”Från kamrater kan man höra en negativ attityd som att det inte finns några karriärmöjligheter och att man aldrig kommer att få någon ordentlig lön” (manlig sjuksköterska).

”Om jag är ute på krogen så undviker jag att prata om vad jag arbetar med. Det är i alla fall inget man börjar prata om” (manlig sjuksköterska).

Många hade också mött positiva reaktioner från omgivningen, ibland med en viss beundran, men attityderna var alltid relaterade till könsroller. Omgivningens reaktioner, positiva eller negativa, var färgade av föreställningar om maskulinitet och sjuksköterskeyrkets könsmärkning.

Manliga läkare ifrågasatte inte de manliga sjuksköterskornas lämplighet eller kompetens, snarare tvärtom, men ibland ifrågasatte de deras manlighet. De flesta manliga läkarna uppfattade sjuksköterskeyrket som ett kvinnligt yrke som passade omsorgsorienterade personer eller personer med en feminin läggning.

”Jag kan ju inte säga att jag i vardagen lider av det finns för lite manliga sjuksköterskor, traditionellt ska det vara en kvinna. Men jag har absolut ingenting emot manliga sjuksköterskor” (manlig läkare).

”Synen på manliga sjuksköterskor hör ihop med traditioner. Män har varit läkare och kvinnor har varit sjuksköterskor och därför finns vissa förväntningar på hur sjuksköterskorna skall vara. Det kan ta decennier att ta sig ur sådana här bilder men det är möjligt att det minskar” (manlig läkare).

De manliga läkarna var medvetna om att läkaryrket och sjuksköterskeyrket är könsmärkta och segregerade och de ansåg att det beror på ett traditionellt tänkande. Det var inget som bekymrade dem. De var inte intresserade av att engagera sig i förändringsarbete. Med tiden sker förändringar av sig självt som en osynlig hand, ansåg de. Insikt om den individuella medverkan i processer som skapar könsordningen saknades. Få av de manliga läkarna tog själva upp frågan om fler män behövs i vårdarbeten, men om frågan ställdes var nästan alla positiva till en sådan utveckling. Den fysiska styrkan ansåg de behövdes i det tunga vårdarbetet och teknisk kunskap uppfattades som en tillgång i den alltmer teknifierade vården. Till skillnad från de manliga läkarna tog nästan alla kvinnliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor själva upp frågan om bristen på manlig vårdpersonal. Fler män behövs inom vården var en åsikt som även de motiverade med mäns fysiska styrka och tekniska kompetens. Den psykosociala aspekten nämndes också. De ansåg att könsblandade arbetsgrupper fungerar bättre och att fler män skapar en bättre stämning och ett trevligare arbetsklimat. Ytterligare ett motiv som angavs var patientspekten. Män har lättare att prata med en annan man om problem som berör något manligt trodde många av dem.

”Det finns för få manliga sjuksköterskor och undersköterskor och det behövs fler. Manlig omvårdnadspersonal uppskattas både för egen del och av de flesta patienter” (kvinnlig undersköterska).

”Manliga sjuksköterskor? Det vore väldigt bra om det kom in fler män, överhuvudtaget på alla arbetsplatser, vad det än gäller så är det bäst om det

är någorlunda jämn könsfördelning. Det finns en manlig barnmorska här och det är bra för stämningen med fler män. Manlig barnmorska... nej, jag tycker inte att det är konstigt, gynekologer har ju traditionellt varit män” (kvinnlig sjuksköterska).

Nästan alla kvinnliga sjuksköterskor hyste en förhoppning om att fler män i yrket skulle medföra att status och lön höjdes.

”Fler killar skulle hjälpa upp status och löner, jag tycker det är roligt att killarna kommer in, för dom behövs ju, tycker jag på flera sätt så att säga, dels så att det blir inte bara en kvinnlig arbetsplats utan att det blir män också. På det stora hela är det enbart positivt” (kvinnlig sjuksköterska).

### **Relationer till läkare**

De flesta av de manliga sjuksköterskorna ansåg att de hade bra kontakt med både kvinnliga och manliga läkare. Men en del manliga sjuksköterskor kände sig ifrågasatta av manliga läkare därför att de inte utbildade sig eller hade planer på att utbilda sig till läkare, vilket också en del manliga läkare explicit uttryckte i intervjuerna.

”Om man ser någon som är väldigt duktig tycker man nog att han borde fortbilda sig, avancera, om han tycker att han har kapacitet för det” (manlig läkare).

En del manliga sjuksköterskor uppfattade att manliga läkare betraktade sjuksköterskeyrket som kvinnligt och underordnat och därför inte passande för en man. Underordningen var även klassmässig och kunde vara mer eller mindre uttalad. En del nämnde att det fanns exempel på läkare som var dryga, överlägsna och tydligt visade att de hade en annan och högre klasstillhörighet. De äldre manliga sjuksköterskorna med lång yrkeserfarenhet ansåg att relationerna till läkarna generellt var mycket bättre nu än förr. Specialistutbildade män uttryckte ibland en frustration över underordningen, eftersom de ansåg att deras kunskap i vissa specifika fall var lika stor eller större än läkarens trots detta var deras kunskap underordnad.

Många såg fördelar med att vara man i relation till manliga läkare. De manliga läkarna vände sig ofta till den manliga sjuksköterskan även om det fanns mer kompetent kvinnlig personal.

”Jag tror att man blir tagen mer på allvar i olika situationer... läkare (manliga) ser en manlig person på ett annat sätt. Man har lättare att diskutera och det blir aldrig några tvister eller nåt sånt. Det är så” (manlig sjuksköterska).

I förhållande till kvinnliga läkare uppfattade många manliga sjuksköterskor att uppfattning om kön (manlig överordning och kvinnlig underordning) och uppfattning om profession (hierarkisk över- och underordning) kolliderade. En

kvinnlig läkare ansåg att hennes professionella status eller överordning inte respekterades av manliga sjuksköterskor på grund av hennes kön.

”Män som är sjuksköterskor väljer ofta en speciell typ av område som exempelvis akutvården eller narkos. Det finns nästan ingenting värre än en manlig narkosyrre eller akutsyrre, de måste hävda sig. En manlig syrra här på narkosen var det ledaste jag någonsin träffat. Jag tror att han var komplexfylld... läste medicin senare. Jag tror att många manliga sjuksköterskor är komplexfyllda för de vill egentligen vara doktorer. Män kan inte underordna sig kvinnor därför blir det svårt med relationen till kvinnliga läkare. Det finns naturligtvis många bra sjuksköterskor också” (kvinnlig läkare).

En del manliga sjuksköterskor ansåg att det var svårare att jobba med kvinnliga läkare, i synnerhet specialister. Andra hade positiva erfarenheter av samarbetet med kvinnliga läkare.

”Det verkar som om de (karriärinriktade kvinnliga läkare) inte vill prata så mycket med mig. Däremot är det inga problem med yngre kvinnliga läkare som inte är karriärinriktade. Med manliga läkare så är rollerna så klara. Med kvinnliga läkare och manliga sjuksköterskor så är rollerna inte lika klara” (manlig sjuksköterska).

”Kvinnliga läkare har påpekat för mig att de tycker att det är lättare att arbeta med manliga sjuksköterskor... för de tycker att de får mer respekt av oss än vad de får av våra kvinnliga kollegor” (manlig sjuksköterska).

### **Relationer i arbetsgruppen**

De personliga relationerna i arbetsgruppen, men också de yrkesmässiga, präglades ofta av traditionellt könsrollstänkande ansåg de manliga sjuksköterskorna.

”Vi kan nog slarva lite mera... det finns ett visst överseende som de (kvinnliga kollegor) inte skulle visa andra kvinnor” (manlig sjuksköterska).

De könspräglade relationerna diskuterades inte i arbetsgruppen, men många manliga sjuksköterskor uppmärksammade att kön påverkade interaktionen med kvinnliga kollegor. Alla manliga sjuksköterskor hade upplevt att de hade en särställning eller att de känt ett utanförskap.

”Ja, det är ju klart ju... nackdelen är ju många gånger att vi inte... att det inte är så många killar, det är ju lite... ibland känner man sig inte lika delaktig i just den sociala biten på arbetet. Man har inte lika mycket gemensamt med alla kvinnor som man jobbar med. De har en annan gemenskap men det är mycket tjafs också. Jag saknar den sociala biten” (manlig sjuksköterska).

Brist på social gemenskap med kvinnorna var en aspekt av ensampositionen som alla manliga sjuksköterskor berörde i intervjuerna. De flesta ansåg sig inte ha samma referensramar som kvinnor vars samtalsämnen ofta relaterade till hem och familj. Därmed var förutsättningarna för interaktion och gemenskap annorlunda. En del, som hade arbetat länge i yrket, blev dock så vana vid "tjejsnacket" att det kändes mindre främmande än traditionellt "killsnack". Den känslan förmedlades framförallt av dem som aldrig haft traditionellt manliga intressen som bilar, idrott eller teknik. De kände att de alltid brutit mot ett mansideal och att de aldrig haft de intressen som betraktas som manliga. En annan erfarenhet av att vara ensam man i en kvinnodominerad grupp var att de blev representanter för det manliga könet men det var ofta till deras fördel.

De yngre manliga sjuksköterskorna kände sig ofta omhändertagna av sina kvinnliga kollegor. En omsorg eller ett beskydd som de liknade vid en relation mellan mor och son.

"Det är väl kanske det att man blir lite bortklemad så där... att man blir lilla pojken så där. Man får ju så mycket tillbaka av dem (kvinnorna) och de tycker att det är jätteroligt att det är killar inom vården och de tar hand om en på ett väldigt trevligt sätt. Det är ungefär som att jobba med femtio stycken mammor alltså och det är ju bra" (manlig sjuksköterska).

Synligheten hade både för- och nackdelar. Generellt innebar den att traditionella förhållningssätt mellan könen upprätthölls och att kvinnlighet och manlighet och horisontell och vertikal segregering konstruerades och återskapades. De manliga sjuksköterskorna trivdes överlag i den kvinnodominerade miljön och tyckte att arbetsmiljön och arbetsklimatet var trevligare i vården än i mansdominerade miljöer.

### **Relationer till patienter**

De manliga sjuksköterskorna kände sig uppskattade av patienterna. En upplevelse som delades av många var dock, att i relationer till äldre patienter kunde förvirring uppstå. De äldre antog ofta att de manliga sjuksköterskorna var läkare eftersom de var män. Både kvinnliga och manliga patienters föreställningar, att män är läkare, kunde vara så stark att även om patienten upplystes om att den manliga sjuksköterskan verkligen var sjuksköterska, så valde patienten ändå att betrakta honom som läkare.

"Det är ju uppenbart att gamla människor har svårt att acceptera. De har svårare att förstå att man är sjuksköterska, de har inte förstått vilken profession man har trots att man presenterat sig och har lite annorlunda kläder och namnskylt och så" (manlig sjuksköterska).

Den sociala konstruktionen av yrke och kön och därmed sammanhängande föreställningar styr tolkningar och förhållningssätt. Ytterligare ett exempel, med av-

seende även på etnicitet, gav en invandrad manlig sjuksköterska. Han mötte nämligen patienter som antingen trodde att han var städare eller läkare.

De reaktioner som de manliga sjuksköterskorna hade mött bl a från patienter hade fått många att fundera över vilken bild allmänheten har av sjuksköterskeyrket. Många manliga sjuksköterskor funderade över hur yrket framställs i massmedia, på film och TV. De ansåg att massmedia gav en konservativ och felaktig bild av yrket och att denna bidrog till könsmärkningen. Mycket i yrket har förändrats under åren och det övervägande vårdande arbetsinnehållet har trängts undan av tekniska och administrativa uppgifter. Trots att förändringar av arbetsuppgifterna inom yrket har skett är den kvinnliga stämpeln på sjuksköterskeyrket stark.

### **Manliga sjuksköterskors syn på genusordning och segregering**

Citaten i föregående avsnitt visar tydliga motstridigheter mellan hierarkisk över- och underordning mellan läkare och sjuksköterskor och över- och underordning mellan olika kön. En del av de manliga sjuksköterskorna tyckte inte att det fanns några skillnader i relationerna till kvinnliga respektive manliga läkare som berodde på kön, utan ansåg att personlighet var viktigare än könsskillnader. Människan kommer först, kön ansågs vara av underordnad betydelse. Däremot menade många manliga sjuksköterskor, till skillnad från sina kvinnliga kollegor, att relationerna mellan kvinnliga och manliga läkare och de kvinnliga sjuksköterskorna var färgade av traditionellt könsrollstänkande. De uppfattade att de kvinnliga kollegorna gav mer service (utöver det som arbetsordningen kräver) än de själva gjorde till de manliga läkarna i jämförelse med kvinnliga läkare. Manliga sjuksköterskor förväntades inte passa upp på manliga läkare. Undantag fanns dock och ett konkret exempel gavs av en manlig sjuksköterska som vägrade att sätta på en manlig läkare skyddshandskar, trots att läkaren enträget krävde detta. Han tyckte att läkaren kunde ta på sig skyddshandskarna själv och att det inte fanns några skäl till att sjuksköterskorna skulle hjälpa läkaren med det. De kvinnliga sjuksköterskorna hjälpte de manliga läkarna med handskarna utan att reflektera över saken. Den manliga sjuksköterskan uppfattade läkarens krav som ett sätt att underordna sjuksköterskor. En underordning han vände sig emot.

Manlig överordning och kvinnlig underordning kunde även noteras i könsfördelning av andra småsysslor som inte hade direkt med arbetet att göra. Att kvinnliga sjuksköterskor tar bort kaffekoppen efter manliga läkare var ett av flera konkreta exempel som gavs.

En del av de manliga sjuksköterskorna ansåg att det fanns problem med kvinnliga läkares ledarskap som berodde på könsordningen.

”De kvinnliga läkarna får mer respekt från oss än av våra kvinnliga kollegor. Och där återspeglas väl samma sak som mellan kvinnliga undersköter-

skor och kvinnliga sjuksköterskor. De kvinnliga läkarna har samma problem med kvinnliga sjuksköterskor som försöker dominera dem istället. De har det lättare i kommunikation med manliga sjuksköterskor. Det blir inte så prestigeladdat utan det blir mer att man säger vad man tycker. Man ser inte ner på de kvinnliga läkarna” (manlig sjuksköterska)

Många manliga sjuksköterskor lade märke till att relationerna mellan manliga läkare och kvinnliga sjuksköterskor ibland hade sexuella undertoner som förstärkte den könsrelaterade interaktionen på bekostnad av den professionella.

”En del manliga läkare föredrar ju snygga tjejer framför manliga sjuksköterskor eller manliga undersköterskor. När vi skulle anställa en ny undersköterska uttryckte en manlig läkare tydligt att han föredrog en söt tjej” (manlig sjuksköterska).

De ovan beskrivna förhållandena är alla exempel på, att kvinnor och män skapar kön och fördelar arbetsuppgifter och sysslor efter kön, ofta på ett omedvetet sätt.

### **Horisontell segregering**

De kvinnliga och manliga sjuksköterskorna delade ibland upp arbetsuppgifterna på ett sätt som de tyckte var lämpligt med hänvisning till kön. Personalens och patienternas kön samt personalens föreställningar om kön och patienternas önskemål styrde arbetsdelningen.

”Vissa patienter har kanske lättare att prata med en kvinna om vissa saker... än att prata med en man... kanske gamla tanter inte vill diskutera inkontinens men en manlig ung sjuksköterska” (manlig sjuksköterska).

När det gällde undersökningar eller behandlingar av intim karaktär togs hänsyn till behandlande personals och patienters kön. Personalen ansåg exempelvis att det är bättre för en manlig patient att en manlig sjuksköterska sätter in en kateter i penis än att en kvinnlig sjuksköterska gör det. Analogt åsikt gällde kvinnliga patienter och kvinnlig personal. Flera manliga sjuksköterskor kommenterade att i läkargruppen förekommer inte arbetsdelning med hänsyn till patientens kön. Det är inte heller någon som tycker att det är konstigt att en man är gynekolog. Där emot är det många som reagerar på manliga barnmorskor. I relationen mellan läkare och patient är den höga professionen eller statusen överordnat kön. I relationen mellan sjuksköterskor och patienter kan professionen vara underordnat kön.

”Manlig narkosyrta det är ok, men manlig barnmorska då reagerar man, det är lite konstigt de hör inte hemma där” (manlig läkare).

En del av de manliga sjuksköterskornas kände sig inte omsorgsorienterade och ville därför inte arbeta nära patienterna. Ett sätt att undvika detta och samtidigt markera maskulinitet var att välja mer tekniska eller administrativa uppgifter



eller ”manliga” specialiteter. Men också omgivningens förväntningar påverkade arbetsfördelningen.

”Då kommer de här gamla könsrollerna fram att det är mannen som ska sköta sådana här tekniska saker. De ropar ju alltid på en om en kopieringsapparat krånglar eller om faxen slutar att fungera eller om datorn packar ihop. Då blir det automatiskt att de kommer till mig. Även om man är urkass så kommer de ändå och frågar” (manlig sjuksköterska).

De manliga sjuksköterskorna förväntades utföra fysiskt tunga arbetsuppgifter och vara intresserade av tekniska arbetsuppgifter. Många gånger fick de bli talesmän för arbetslaget eller företräda gruppen. Sällan protesterade de mot könsarbetsdelningen. I samspelet med kvinnliga kollegor upprätthölls eller återskapades till viss del traditionella könsrollsmönster och arbetsfördelning. Liknande resultat har visats i andra studier av manliga sjuksköterskor (Heikes 1991; Soerli m fl 1997). Flera manliga sjuksköterskor ansåg att män ofta visar ett större intresse för nya maskiner och teknisk utrustning än vad kvinnor gör, men också att de förväntas göra det. Könsarbetsdelningen innebär att de manliga sjuksköterskorna utvecklar mer kunskap och större kompetens än de kvinnliga sjuksköterskorna inom de områden som de tilldelas. Därmed blir könsarbetsdelningen en självuppfyllande profetia. De kvinnliga sjuksköterskorna utförde ofta de arbetsuppgifter som förknippas med traditionella uppfattningar och föreställningar om kvinnligt, att hålla i ordning, göra litet trevligt och pyssla om. De manliga sjuksköterskorna menade att de ofta tilläts slarva mer än de kvinnliga sjuksköterskorna. De kunde glömma kaffekoppen kvar på bordet i kafferummet eller glömma torka av eller göra i ordning efter sig i behandlingsrum utan att detta kommenterades. Kvinnor ”täcker upp för killars slarv”. Många av de manliga sjuksköterskorna var medvetna om könsarbetsdelningen utan att protestera. Arbetsfördelning efter kön gynnar männens karriär.

### **Kön, karriär och vertikal segregering**

Alla manliga sjuksköterskor i studien fanns inom specialiteter eller i positioner som i någon mening förknippas med manlighet och status eller hade för avsikt att vidareutbilda sig och söka sig till sådana. Alla hade också känt förväntningar på att de skulle göra karriär. Ofta förmedlade omgivningen åsikten att för män var sjuksköterskeyrket ett genomgångsyрке på väg till läkaryrket.

”Många manliga sjuksköterskor går vidare. Många läser till läkare” (manlig sjuksköterska).

”En kille som är sjuksköterska är det bara ett tag. Det är som om det inte är ett riktigt yrke utan någonting som man sysslar med bara ett tag och sedan ska man bli doktor” (manlig sjuksköterska).

Förväntningarna fungerade som drivkraft att ta sig fram i sjukvårdshierarkin, men också som drivkraft att ta sig ifrån sjukvården till mer lönsamma och mer statusbetonade yrken som t ex försäljare i läkemedelsindustrin eller vårdforskare. Nästan alla män som hade arbetat en längre tid som sjuksköterskor, tio år eller mer, hade vidareutbildat sig. De arbetade i chefs- eller i specialistfunktioner. Några hade slutat att arbeta i den direkta sjukvården och ägnade sig åt undervisning och forskning. En arbetade fackligt på heltid och en annan arbetade övergripande med omvårdnadsfrågor.

”Jag kan inte se mig själv som 60-årig sjuksköterska och gå kvar på samma avdelning. Utan jag tror att jag kommer att utbilda mig” (manlig sjuksköterska).

”Man har på känn att man måste gå vidare... att bli gammal som sjuksköterska är svårt att föreställa sig. Att gå kvar på en avdelning som vanlig sjuksköterska det kan jag inte föreställa mig” (manlig sjuksköterska).

En allmän uppfattning var att manliga sjuksköterskor ofta vidareutbildar sig och söker sig till specialiteter som anses vara lite ”tuffare och manliga”. Dessa utmärks av att där pågår mycket aktiviteter, där finns mycket teknisk utrustning och många apparater. Exempel på sådana specialiteter var ambulanssjuksköterska, psykiatrisk vård, intensivvård, anestesi, olika ledarpositioner samt fackligt arbete.

”Och de killar som läser... ja varför gör dom det. Blir avdelningsföreståndare snabbt eller chefer för en akutmottagning” (manlig läkare).

Lönefrågan återkom ständigt i intervjuerna och de manliga sjuksköterskorna kunde inte acceptera den dåliga lönen eller den mycket begränsade löneutvecklingen som därmed verkade som en drivfjäder att söka sig till bättre betalda specialiteter eller funktioner.

”Man tänker inte på det initialt att det är så dåligt betalt man är ung och har ingen pejling på läget” (manlig sjuksköterska).

Lönenivå kunde uppfattas som ett mått på manlighet och låg lön förknippades med underordning och kvinnlighet. En manlig sjuksköterska hade en fru som tjänade nästan dubbelt så mycket och det tyckte han var genant. De som inte berörde lönefrågan i intervjuerna, hade redan avancerat till ledare eller vidareutbildat sig i statusspecialiteter där lönen är bättre. Huvudansvar för familjeförsörjningen angav många manliga sjuksköterskor som en bidragande orsak till könskillnaderna i karriären. Manliga ”familjeförsörjare” och ”riktiga män” förväntas göra karriär och klättra i hierarkierna. Det var sällan som någon reflekterade över att kvinnliga sjuksköterskor inte går vidare i karriären i samma utsträckning som manliga. I den mån kvinnor och karriär berördes i intervjuerna framhölls att kvinnor ofta är mer familjeorienterade och männen mer yrkesorienterade. Att

kvinnliga sjuksköterskor inte byter arbete och arbetsplats i lika hög grad som sina manliga kollegor ansågs vara en annan bidragande orsak till att kvinnorna inte avancerar i samma utsträckning som männen.

”Kvinnor har ett helt annat behov. De har mycket mer av det sociala. De får kanske ett jobb på en avdelning och sedan lär de känna varandra och är kvar där i 20 år. De får en så stark bindning till varandra och det tror jag inte killar får” (manlig sjuksköterska).

### **Kvinnliga och manliga förhållningssätt lyfter männen**

Kvinnliga sjuksköterskor ger manliga sjuksköterskor företräde och lyfter fram dem i olika sammanhang. Nästan alla manliga sjuksköterskor hade erfarenhet av att de blivit positivt särbehandlade. Med tiden fick de därför framstående positioner i större utsträckning än kvinnliga kollegor.

”Som man i en kvinnlig grupp blir man lyssnad på” (manlig sjuksköterska).

”De kvinnliga sjuksköterskorna tar ett steg åt sidan för att lämna plats åt männen” (manlig sjuksköterska).

”Jag har det lättare om man jämför med en tjej” (manlig sjuksköterska).

Att vara ensam manlig sjuksköterska på en kvinnodominerad arbetsplats gav männen fördelar. Det verkade, enligt många, vara lättare att föreslå en man till ett specialuppdrag, eftersom det inte uppstod avundsjuka eller konkurrens mellan kvinnorna. Redan under utbildningen kände många att de blev särbehandlade och att de inte behövde vara lika duktiga som sina kvinnliga studiekamrater för att klara kurser och prov.

Många manliga sjuksköterskor uppfattade att kvinnor och män kommunicerar på olika sätt. Skillnader i kvinnors och mäns sätt att tala gynnar männen. En vanligt förekommande åsikt var att det lätt blir ”tjafs” i grupper som domineras av kvinnor. De förklarade fenomenet med kvinnors bristande förmåga att föra en rak kommunikation. Denna uppfattning delades av kvinnliga sjuksköterskor.

”Män är mera raka och det liksom blir en öppnare kommunikation” (kvinnlig sjuksköterska).

”Jag har alltid varit lite allergisk mot sån't här bara tjejsnack det blir så himla mycket sån't här tjejsnack om det bara är tjejer, det blir mer naturligt tycker jag när det är killar faktiskt. Man får lite bredare spektrum på något sätt” (kvinnlig sjuksköterska).

Den uppfattade skillnaden mellan kvinnors och mäns sätt att kommunicera kan tolkas som en nedvärdering av ”tjejsnack” och ett sätt att upprätthålla dikotomin och hierarkin mellan könen samt markera maskulinitet. En allmän uppfattning hos manliga sjuksköterskor var att kvinnors kommunikativa brister bidrar till

oförmågan att fatta snabba beslut i kvinnodominerade grupper. Många menade också att kvinnor till skillnad från män gnäller istället för att försöka förändra det som de är missnöjda med.

”Antingen så gör man någonting eller så lägger man ner det. Det hjälper ju inte att bara gnälla” (manlig sjuksköterska).

Förmågan att ställa tydliga krav är förmodligen en tillgång i en hierarki eller organisation som bygger på ”manliga kommunikationsprinciper”. Många manliga sjuksköterskor ansåg att de hade lättare än kvinnliga kollegor att kommunicera med manliga läkare.

### **Manliga sjuksköterskor stämplas som feminina – en del av maskulinitetskonstruktionen och segregeringsprocessen**

Om män uppvisar ”feminina” egenskaper kan det upplevas som förvirrande av omgivningen. När män bryter mot de manlighetsideal som råder i en heteronormativ världsbild kan de komma att betraktas som homosexuella. Alla manliga sjuksköterskor kände till att det finns förutfattade meningar om manliga sjuksköterskor.

”Men man kanske hör sådana här fördomar också, om man är manlig sjuksköterska och så, helt annan vinkling, att man kanske är homosexuell. Sådana fördomar hör man men de har aldrig något konkret exempel. Det är ingen som kommit fram och sagt att är det sant att manliga sjuksköterskor att dom är så...” (manlig sjuksköterska).

Dessa fördomar fanns mer allmänt och företrädesvis hos andra män. De flesta manliga läkare uppfattade sjuksköterskeyrket som ett kvinnligt yrke som passade omsorgsorienterade personer eller personer med en feminin läggning.

”Sen är det ju väldigt vanligt att manliga sjuksköterskor är homosexuella” (manlig läkare).

”Jag tror säkert att det finns en överrepresentation” (manlig läkare).

Kvinnliga arbetskamrater framförde sällan sådana åsikter. Men en manlig sjuksköterska ansåg att förutfattade meningar finns hos kvinnor i lika hög grad som hos män.

”Att manliga sjuksköterskor misstänks för att vara bögar kan ju bero på att de inte passar in med föreställningarna. Det är inte bara killar som sänder dessa signaler utan det är lika mycket kvinnor som gör det” (manlig sjuksköterska).

I allmänhet skiljer sig kvinnor och män åt i uppfattningar om manlighet och manliga brytare. Ett annat sätt att uttrycka detta på är att kvinnor och mäns heteronormativa maskulinitetsföreställningar och föreställningar om manliga sjuk-

sköterskor skiljer sig åt. För de flesta män blir föreställningarna motstridiga eller oförenliga. Flera manliga läkare hade svårt att förena föreställningar om manlighet och föreställningar om sjuksköterskeyrket. De betraktade de manliga sjuksköterskorna som annorlunda, avvikande, feminina eller homosexuella. De förmedlade stereotypa uppfattningar om sjuksköterskeyrket och om homosexuella. Sex av de elva intervjuade manliga läkarna påstod explicit att manliga sjuksköterskor ofta var homosexuella, tre ansåg att det var motsägelsefullt att vara man och sjuksköterska eller att manliga sjuksköterskor var feminina. De två manliga läkare, som inte uttryckte någon ifrågasättande attityd till manliga sjuksköterskor, tillhörde båda de yngsta bland dem som intervjuades. Resultaten kan tolkas som att manliga läkare representerar eller agerar utifrån ett hegemoniskt manlighetsideal, där det är viktigt att separera kvinnlighet från manlighet. Inom den normbildningen inryms inte män som ägnar sig åt det som uppfattas som ”kvinnliga sysslor”. De underordnas därför i enlighet med den rådande genusordningen och den därmed sammanhängande sociala ordningen av sexualitet. Resultaten kan också tolkas som att den hegemoniska maskuliniteten bl a upprätthålls genom homofoba uttryck.

I de elva intervjuerna med kvinnliga läkarna framfördes endast i en intervju åsikten att manliga sjuksköterskor ofta är homosexuella.

”Manliga sjuksköterskor... många är homosexuella män, och de är inte som andra män, de är mer lika oss. Mycket mera.... kan prata om känslor och är lite mer ödmjuka inför livet... inte rädda för att vara mjukisar. Andra män är mer macho” (kvinnlig läkare).

I intervjuerna med kvinnliga sjuksköterskor (31 st) och kvinnliga undersköterskor (26 st) nämndes homosexualitet i samband med manliga sjuksköterskor endast i en intervju med en kvinnlig undersköterska. Hon ansåg att det var en mer tillåtande atmosfär mot homosexuella män på en kvinnodominerad arbetsplats än på en mansdominerad. Intervjuerna med kvinnlig personal kan tolkas som att kvinnor inte har samma behov som män, att förringa maskuliniteten hos de män som arbetar i ett kvinnodominerat yrke. Rangordning av maskuliniteter är främst en angelägenhet för män, i deras strävan att befästa den egna manliga identiteten i förhållande till ett manlighetsideal.

De manliga sjuksköterskornas erfarenheter av att arbeta i ett kvinnodominerat yrke hade fått dem att reflektera över manlighet och manlig identitet. Reflexionerna har inneburit att en del omformulerade innehållet i manligheten och den manliga identiteten, så att även kvinnligt märkta egenskaper inrymdes. En bredare maskulinitetskonstruktion skapades, som omfattande egenskaper som traditionellt förknippas med kvinnlighet; omhändertagande, omsorg och empati. Föreställningar om manliga sjuksköterskor och homosexualitet diskuterades sällan öppet. ”Det finns där under ytan” och ”man kan känna det in på bara huden” var uttryck de manliga sjuksköterskorna använde för att beskriva känslan

av att det ibland kunde finnas en outtalad undran. I enlighet med uppfattningen att alla män har att följa den hegemoniska maskulinitetens manlighetsideal, kan de manliga sjuksköterskorna både ses som brytare, men också som att de till viss del följer denna ordning genom att utföra ”de mest manliga” sysslorna och söker sig till ”de mest manliga områdena”.

## 5. Sammanfattande diskussion

Syftet med denna studie är att öka kunskapen om hur konstruktionen av maskulinitet bidrar till produktionen och reproduktionen av könssegregeringen i sjukvården och särskilt inom sjuksköterskeyrket. Av resultaten framgår att manliga sjuksköterskors yrkesval bryter mot traditionella föreställningar om kön och det bekräftas i deras relationer till kollegor, läkare och patienter. Att vara verksam i ett kvinnodominerat yrke, hierarkiskt underordnat det ”manliga” läkaryrket har inneburit att de manliga sjuksköterskorna reflekterat över könskonstruktion men också över maktförhållanden och hegemonisk maskulinitet. ”Brytarpositionen” ökar sannolikheten för att de manliga sjuksköterskorna uppmärksammar den genusordning som medverkar till kvinnlig underordning och könssegregering. Samtidigt finns dock en omedvetenhet och kanske en ovilja att inse att den egna medverkan bidrar till att skapa en könssegregering inom yrket. Utifrån de resultat som presenterats, diskuteras nedan det omedvetna samspelet mellan könen som leder till att genusordningen, könssegregering och arbetsdelningen reproduceras. Därefter diskuteras svårigheten att förändra den genusordning som upprätthåller könssegregering och arbetsdelning bl a utifrån en ”underordnad maskulinitet” i förhållande till en hegemonisk maskulinitet.

### **Det osynliga och omedvetna samspelet återskapar genusordningen**

Män i kvinnodominerade miljöer konstruerar manlighet i interaktion med såväl kvinnor som män. Detta sker till stor del på ett omedvetet plan. Föreställningar om kön och yrke skapas och återskapas på ett ”osynligt” sätt och framstår som ”naturliga”, trots att de är socialt och kulturellt skapade. Kvinnor och män relaterar och interagerar med varandra efter mönster som är djupt inrotade. De könsstyrda tankemönstren påverkar hur vi uppfattar yrken, fördelar arbetsuppgifter och symboliskt könsmärker omvärlden. Westberg-Wohlgemuth (1996) använder begreppet könsmärkning för att beskriva denna process. Sjukvårdspersonalens utsagor i studien visar hur etablerade och stabila könsmärkningsprocesserna är. De visar också att föreställningar om kön genomsyrar interaktionen inom och mellan könen och återspeglas i en könsmärkt värld. Det finns således en ömsesidigt förstärkande effekt mellan könssegregering och genusordningen. Genusordningen framstår därför ofta som självklar och därmed döljs maktförhållanden.

Svårigheten att uppmärksamma könsordningen är störst hos dem som inte bryter mot den. En manlig läkare kunde t ex inte förstå att könsordningen missgynnar kvinnor, trots att detta hade diskuterats på arbetsplatsen. För många är det också lättare att "blunda" för de orättvisor genusordningen skapar, eftersom interaktionen inom och mellan könen underlättas, om rådande ordningar och förhållningssätt inte ifrågasätts. Liknande tankegångar har förts fram av Haavind (1985), som menar att den ömsesidiga process, som skapar kvinnlighet och manlighet, till stor del är omedveten och att kvinnor och män har ett "gemensamt projekt" i att försöka dölja den manliga överordningen och den kvinnlig underordningen och den ojämna maktfördelningen. Såväl kvinnor som män, och det gäller även manliga brytare, bidrar till återskapandet av könssegregeringen och över- och underordning av kön.

Haavind (1985) menar också att kön utgör en tolkningsram för människors handlingar och föreställningar. Därför händer det att patienter tror eller tar för givet att manliga sjuksköterskor är läkare. Tolkningsramen kan se olika ut beroende på vilken hierarkisk nivå en person befinner sig på i organisationen. I sjuksköterskornas patientkontakter var kön ibland relevant, men ibland inte. För läkare var professionen och den yrkesmässiga statusen av avgörande betydelse i relation till patienter, i synnerhet för manliga läkare.

För manliga sjuksköterskor kan en strategi för att överbrygga motsättningen mellan den egna könsidentiteten och yrkets könsmärkning vara att söka sig till områden eller positioner som anses "maskulina".

### **Kvinnliga och manliga förhållningssätt skapar horisontell segregering**

I kvinnors och mäns föreställningsvärldar förekommer rigida och stereotypa uppfattningar om vad som är kvinnligt och vad som är manligt och vilka arbetsuppgifter, som passar kvinnor respektive män. Den vertikalt glidande könssegregeringen kallar Åberg (2001) arbetsdelning som innebär att de manliga sjuksköterskorna får eller tar på sig arbetsuppgifter som traditionellt förknippas med manlighet, exempelvis uppgifter av teknisk karaktär eller fysiskt tunga uppgifter. Ett antal återkopplingsmekanismer i det sociala systemet upprätthåller könsdifferentieringen, exempelvis arbetsdelningen mellan män och kvinnor som frambringar en rangordning som ger större prestige till mannen, anser Holter (1973). En del manliga sjuksköterskor vänder sig mot denna ordning och menar att det går slentrian i fördelningen av arbetsuppgifter. De kvinnliga kollegorna låter dessutom männen ofta företräda arbetsgruppen och de uppmuntras att ta fackliga uppdrag osv. Oavsett om strategin, medvetet eller omedvetet, är ett sätt att hålla ihop den kvinnliga gruppen så ger den ofta manliga sjuksköterskor fördelar.

Ytterligare omständigheter som bidrar till att kvinnor och män samverkar till segregeringen är förhållanden som råder i den privata livssfären. Huvudförsörjar-

ansvaret har länge varit förknippad med manlighet i det västerländska samhället. Den föreställningen har till stora delar luckrats upp, men åtminstone praxis visar, att män har huvudförsörjaransvaret och kvinnor huvudansvaret för barn och hem (SOU 1998:6). Än idag finns det en stark koppling mellan att nå framgång, tjäna pengar och manlig identitet (Edley & Wetherell 1996). De äldre manliga sjuksköterskorna hade nästan alla gjort karriär. De hade ofta familj och huvudförsörjaransvar.

Åsikten, att jämställdhet bl a handlar om att minska könssegregeringen på arbetsmarknaden är politiskt korrekt, men i handling och praktik återskapar kvinnor och män denna könssegregering. Genusordning skapar segregering och segregering skapar genusordning

### **Vertikal segregering och genusordning**

De manliga sjuksköterskornas synlighet är ofta en fördel och underlättar deras karriär i sjukvårdshierarkin. En man som kommer in på en kvinnodominerad arbetsplats tillskrivs, enligt rådande genusordning, högre status än de kvinnor, som befinner sig där, och förhoppningar kan väckas att fler män ska höja statusen på yrket. Det motsatta förhållandet kan kvinnor i minoritetspositioner möta (Kanter 1977).

Även om de manliga sjuksköterskorna bryter traditionella mönster genom att arbeta i ett kvinnodominerat yrke, så konstrueras ofta en könssegregering inom yrket genom att de gör karriär inom specialiteter och ledningsfunktioner förknippade med manlighet och som har högre status.

”Inom sjukvården förs män fram som ledare både av de könade organisationsstrukturerna som präglar hela fältet, och av en allmänt accepterad maskulin ledningsstruktur i vårt samhälle” (Dahle & Widding Isaksen 2002, s 79).

Därmed återskapas de mönster som Hirdman (1988) benämner åtskiljandets logik och den överordnade manliga normen. Lindgren (1985) menar att könsmaktsystemet ”trycker” den manliga minoriteten uppåt i hierarkin. Nästan alla kvinnor och män i studien bekräftar denna ordning. Det antyder att genusordningen ger upphov till strukturer som är till mäns fördel, även om de befinner sig i en kvinnodominerad miljö. Vi kan tolka dessa faktiska uttryck som organisationens strukturerade könsrelationer anser Alvesson och Köping (1993). Omedvetna könsfärgade föreställningar, förhållningssätt och handlingar medverkar till att en horisontell och vertikal könssegregering upprätthålls. Manliga sjuksköterskor är både ”brytare” och ”återställare”.



## **Maskulinitetskonstruktioner, hegemonisk maskulinitet och segregering**

En stark drivkraft bakom den könssegregering som här beskrivits som horisontell (dikotomisering och isärhållning av könen) och vertikal (maktasymmetri) är konstruktionen av maskuliniteter i rådande genusordning. Därför kan både upprätthållandet av traditionella genuskategorier och maktförhållanden mellan könen förklara de processer som leder till segregering.

Den socialt konstruerade process som skapar och upprätthåller föreställningar om kvinnligt och manligt beskriver Thomsson (2001) på följande sätt:

”I och med att det socialt konstruerade könet ofta kommit att ses som naturligt givet, tvingas människor att sträva mot denna konstruerade ’naturlighet’ för att inte hamna i ett könlöst vakuum och förlora sin könsidentitet, sitt könsrelaterade värde och sin position som kvinna eller man i det samhälle och den familj där hon lever. Variationerna i det sociala könets utformning är oändlig, ändå är acceptansen för denna spridning mycket låg” (s 149-150).

De män som väljer att arbeta i ett yrke som starkt förknippas med kvinnlighet blir tvungna att förhålla sig på ett nytt eller annorlunda sätt till traditionella manliga normer. Till viss del omformulerar de för sig själva vad manlighet består i för att kunna förhålla sig till den traditionella mansnormen. De utökar repertoaren och omprövar förhållandet till den rådande normen och införlivar intressen som traditionellt stämplat som kvinnliga exempelvis omvårdnad och empatisk förmåga. Därmed bidrar de till en ny maskulinitetskonstruktion. Men manliga sjuksköterskorna kan också mötas av en oförstående omgivning. De som bryter mot de traditionella könsrollsmönster, som Butler (1990) anser att både kvinnor och män sitter fast i, eller vill förändra dem kritiserar eller straffas. För den enskilde mannen försvåras frigörelsen och förändringen av hotet mot identiteten.

Att förändra den maskulina identiteten är att förändra en del av strukturen i personligheten. Det finns lättare uppgifter.

Räckvidden av förändring eller acceptansen för avvikelser från normen bestäms bl a av styrkan i genusordningen. Thurén (1996) menar att graden av acceptans för variation i det sociala könets utformning utgör ett mått på genusordningens styrka. Den hegemoniska maskuliniteten begränsar variationer i maskulinitetskonstruktioner utifrån en ledande manlighetsnorm (Carrigan m fl 1985). Alla män måste mäta sig och jämföra sig med normen, även om de flesta kanske inte vill. De som är kritiska till den ledande mansnormen och vill förändra förhållandena inom och mellan könen inklusive maktförhållandena, kan mötas av ”försvarsprocesser” som syftar till att underordna dem. Många visar därför inte sitt motstånd. Även kvinnor deltar i de återskapande processerna. Bengtsson och Frykman (1987) anser att både kvinnor och män deltar, men av olika skäl. Män gör det för att behålla makten, kvinnor för att dölja under-

ordningen. När vi betraktar kvinnodominerade arbeten, exempelvis vårdarbeten, visar det sig att även dessa av historiska och andra skäl är organiserade efter manliga principer och kan sägas hysa ett mansmaktsystem inom sig (Holter & Aarseth 1994). Det har i denna studie visats att mansmaktsystem får dubbla och motstridiga konsekvenser när det gäller manliga sjuksköterskor. Männens manlighet ifrågasätts, men de avancerar i hierarkin, som är byggd efter manliga normer. Att de manliga sjuksköterskorna avancerar skulle kunna tolkas som en strategi för att möta "förringningen" av manlighet. De manliga sjuksköterskors maskulinitetsprojekt följer gängse manliga normer, de "klättrar" i hierarkin och bidrar därmed till könssegregeringen.

De resultat som redovisats här har stöd i andra undersökningsresultat från studier om mäns upplevelser av att arbeta i kvinnodominerade yrken (Greenberg & Levine 1971; Ott 1989; Williams 1989; Dufwa 1993; Williams 1993; Jansson 1994; Marsland m fl 1996; Evans 1997; Kvande 2002; Lyly 1998; Lundqvist 1999).

### **Hegemonisk maskulinitet och homofobi**

Maskulinitetskonstruktioner kan ses som en grundbult i de könssegregerande processerna och därför blir konstruktion av maskuliniteter intressant. "Följa strömmen" är lättare än att försöka förändra den egna maskulina identiteten. Rädsla för förändring är en konserverande kraft. Kimmel (1996) beskriver rädslan att inte passa in i den föreskrivna maskuliniteten som ett uttryck av homofobi. Homofobin går hand i hand med konstruktionen av manlighet i vår kultur. Han menar att detta är den stora hemligheten med manlighet: män är rädda för andra män. Homofobi är den bärande principen för vår kulturs definition av manlighet. Den tjänar till att upprätthålla en kulturellt bestämd mansbild, den hegemoniska maskulinitetens. Om man tar fasta på att mäns identifieringsprocess ser annorlunda ut än kvinnors och att faderns relativa frånvaro ger pojkar en bräckligare könsidentitet blir förekomsten av företeelsen homofobi förståelig. Homofobin tjänar som ett verktyg för att anpassa män till en föreskriven maskulinitetskonstruktion och utåt bekräfta den manliga identiteten. Då män väljer ett kvinnodominerat yrke frångår de rådande uppfattningar av hur män bör vara och vad män bör göra. Därmed hotar de könsordningen och den idealiserade maskuliniteten och deras manlighet ifrågasätts.

En förekommande uppfattning i denna studie var att manliga sjuksköterskor är homosexuella. Att bryta könsmönstret utmanar allmänna föreställningar om kön och det får konsekvenser för brytarna. Män som bryter mot rådande genuskonstruktioner utmanar den existerande genusordningen och bestraffas.

"The man who crosses over into a female-dominated occupation upsets these gender assumptions imbedded in the work. Almost immediately, he is suspected of not being a 'real man': There must be something wrong with

him (Is he gay? Effeminate? Lazy? ) for him to be interested in this kind of work ” (Williams 1993, s 3).

Om dessa signaler inte är tillräckligt starka för att få män att välja en annan yrkesbana är de tillräckligt starka att få män i kvinnodominerade yrken att understryka sin manlighet och distansera sig från sina kvinnliga kollegor. Många manliga sjuksköterskor i studien hade mött en ifrågasättande attityd eller patriarkal diskriminering. Flera andra studier av manliga sjuksköterskor visar att föreställningar om att män i vården är feminina eller homosexuella är vanliga. Detta avskräcker män från att söka sådana arbeten. De som befanns sig i sådana yrken hade alla att relatera till detta stigma att misstänkas vara homosexuell (Herek 1987; Heikes 1991; Evans 1997). Den kulturella stereotypin som länkar samman manliga sjuksköterskor och homosexualitet innebär att två former av avvikelser binds samman, fel yrkesval och fel sexualitet. Ett strategiskt sätt att förhålla sig till dilemmat är att söka ”maskulina karriärvägar” inom yrket eller alternativa karriärvägar (Dahle & Widding Isaksen 2002) och därmed är könssegregeringen ett faktum. Manliga sjuksköterskor ställs liksom homosexuella män mot en heterosexuell genusordning som kan innebära diskriminering men som också ger män fördelar tack vare den manliga överordningen.

”Gay men ultimately have male privilege to fall back on. They experience discrimination because they’re gay, but they enjoy other entitlements because they’re male” (Woods 1997, s 509).

### **Slutsatser**

Genusordningen och de strukturer som kvinnor och män tillsammans skapar och återskapar, samt de processer som resulterar i de sociala konstruktionerna av kön är visserligen föränderliga, men ändå ganska stabila. Även när förändringar sker återskapas könsordning och könskonstruktioner men i ny skepnad dvs logiken om åtskiljande och hierarki upprepas i analogi med Hirdmans (2001) beskrivning av det stabila föränderliga former. Föreställningen att manliga ”brytare” (ensamma) ska kunna lösa upp eller förändra strukturerna och bidra till ett annat innehåll i konstruktionen av manlighet (och kvinnlighet) ges inget stöd i denna studie. Visserligen skapar manliga sjuksköterskor en bredare maskulinitetskonstruktion, men i förhållande till den hegemoniska maskuliniteten är den underordnad.

Slutsatsen i studien är att ett ökat antal män i sjuksköterskeyrket inte automatiskt leder till ökad jämställdhet eller uppluckring av traditionella könskonstruktioner, eftersom ett behov finns hos männen att separera det maskulina från det lägre värderade feminina. Män i kvinnodominerade yrken distanserar sig från sina kvinnliga kollegor bl a på grund av yrkets feminina stämpel. Både kvinnor och män medverkar, delvis av olika skäl, i de könsegregerande processerna

genom handlingar och interaktioner som är mer eller mindre medvetna. Förutsättningar för förändring är avhängiga en transformering av hegemonisk maskulinitet som påverkar konstruktionen av såväl femininiteter som maskuliniteter. Maskuliniteter konstrueras i vardagslivet inom ramen för ekonomiska och institutionella strukturer och dessutom i ett komplext förhållande till etnicitet och klass (Connell 1995). Maskuliniteter är således till sin karaktär varierande och föränderliga. De praktiker som kön ger upphov till kallar Connell (ibid) för konfigurationer av genuspraktik och är en process över tiden som rymmer komplexitet, splittring och motsägelsefullhet. För att förändra normsystemet måste det först medvetandegöras. Insikt om att verkligheten är socialt konstruerad ger möjlighet till att reflektera över föränderlighet och återskapande. Förändring av konfigurationer av genuspraktik förutsätter dock en viss grad av medvetenhet hos kvinnor och män om hur de bidrar till att skapa dessa. Det fortsatta jämställdhetsarbetet måste därför förutom att generellt höja kunskapen och medvetenheten om jämställdhetsfrågor inriktas på grupper som starkast bidrar till eller är bärare av den hegemoniska maskuliniteten. Därmed måste arbetet i allt högre grad involvera män på olika nivåer i samhället.

## 6. Referenser

- Alvesson M & Billing Y (1992) Gender and Organization: Towards a Differentiated Understanding. *Organization Studies* 13/12: 73-103.
- Alvesson M & Billing YD (1997) *Understanding Gender and Organizations*. London: SAGE.
- Alvesson M & Köping AS (1993) *Med känslan som ledstjärna. En studie av reklamarbetare och reklambyråer*. Lund: Studentlitteratur.
- Barrett FJ (1996) The organizational Construction of Hegemonic Masculinity: The Case of the US Navy. *Gender, Work and Organization* 3: 129-142.
- Baude A (1992) *Kvinnans plats på jobbet*. Stockholm: SNS Förlag.
- Bengtsson M & Frykman J (1987) *Om maskulinitet. Mannen som forsknings projekt*. JÄMFO. Stockholm: Regeringskansliets offsetcentral.
- Bradley H (1993) Across the Great Divide. The entry of men into "women's jobs" s 10-27 i Williams CL (red) *Doing "Women's Work" Men in Nontraditional Occupations* London: Sage.
- Britton D (1990) Homophobia and homosociality: an analysis of boundary maintenance. *The Sociological Quarterly* 31: 423- 439.
- Butler J (1990) *Gender Trouble: feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- Carlsson M & Bergknut E (1988) *Manliga sjuksköterskor ser på sitt yrke*. Uppsala: Vårdhögskolan.

- Carrigan T, Connell R & Lee J (1985) Towards a new Sociology of Masculinity. *Theory and society* 14: 551-604.
- Chodorow N (1978) *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. Berkeley: The University of California Press.
- Cockburn C (1991) *In the way of women. Men's resistance to sex equality in organizations*. London: MacMillian Education Ltd.
- Collinson D & Hearn J (1996) *Men as managers, managers as Men: Critical perspectives on Men, Masculinities and Managements*. London: SAGE.
- Connell RW (1987) *Gender and Power*. Cambridge: Polity Press.
- Connell RW (1994) "The State, Gender and Sexual Politics: Theory and Appraisal" s 136-174 i Radtke HL & Stam HJ (red) *Power/Gender. Social Relations in Theory and Practice*. London: SAGE.
- Connell RW (1995) *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Dahle R & Widding Isaksen L (2002). Sjukvård som maskulinitetsprojekt. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 2-3: 75-90.
- Dufwa S (1993) *Från kvinnodominans i ett kvinnodominerat fack – om manliga sjuksköterskors agerande inom SHSTF*. Lund: Historiska institutionen. Lunds Universitet.
- Edley N & Wetherell M (1996) "Masculinity, power and identity" s 97-113 i Mac An Ghaill M (red) *Understanding Masculinities. Social Relations And Cultural Arenas* Buckingham: Open University Press
- Erngren E-L, Birath A & Lindberg L (1986) *Var tar de manliga sjukskötarna vägen?* Stockholm: SPRI
- Evans J (1997) Men in Nursing. Issues of gender segregation and hidden advantages. *Journal of Advanced Nursing* 26: 226-231.
- Forsberg G (1992) "Kvinnor och män i arbetslivet" s 105-153 i Acker J, Baude A, Björnberg U (red) *Kvinnors och mäns liv och arbete*. Stockholm: SNS.
- Fotller MD (1976) Attitudes of Female Nurses Toward the Male Nurse: Study of Occupational Segregation. *Journal of Health and Social Behavior* 17: 99-111.
- Gherardi S (1994) The Gender We Think, The Gender We Do in Our Everyday Organizational Lives. *Human relations* 47(6): 591-610.
- Glaser B & Strauss AL (1967) *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Gonäs L (2001) "Varför ska vi studera könssegregeringen? Ett jämförande perspektiv" s 9-15 i Gonäs L, Lindgren G & Bildt C (red) *Könssegregeringen i Arbetslivet*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Greenberg E & Levine B (1971) Role strain in men nurses. A preliminary investigation. *Nursing forum* 4: 416-430.
- Gunnarsson E (1989) *Kvinnors arbetsrationalitet och kvalifikationer*. Stockholm: Arbetslivscentrum.

- Haavind H (1982) "Premisser för personliga forhold mellom kvinner" i Holter H (red) *Kvinner i felleskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haavind H (1985) Förändringar mellan förhållandet mellan kvinnor och män. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 3: 17-26.
- Hearn J (1992) *Men In The Public Eye. The Construction and Deconstruction of Public Men and Public Patriarchies*. London & New York: Routledge.
- Heikes EJ (1991) When Men are in Miniority. The case of men in nursing. *Sociological Quaterly* 32(3): 389-402.
- Herek GM (1987) "Reformulating the male role" s 53-68 i Kimmel MS (red) *Changing men. New directions in Research on Men and Masculinity*. London: SAGE.
- Hirdman Y (1988) *Genussystemet: teoretiska funderingar kring kvinnors sociala underordning*. Maktutredningen 23. Uppsala.
- Hirdman Y (2001) *Genus – om det stabila föränderliga former*. Malmö: Liber.
- Hollway W (1994) "Separation, Integration and Difference: Contradictions in a Gender Regime" s 247-270 i Radtke HL & Stam HJ (red) *Power/Gender. Social Relations in Theory and Practice*. London: SAGE.
- Holter H (1973) *Könsroller och samhällsstruktur*. Köthen: VEB Druckhaus.
- Holter H (1982) "Motstands- og avvergeteknikker i sosiale organisasjoner" s 121-143 i Hem L & Holter H (red) *Arbeidsliv, samfunn og vitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holter Ø G & Aarseth H (1994). *Mäns livssammanhang*. Stockholm: Gotab.
- Holter ØG, Lorentzen J & Oftung K (1992) *Program för mannsforskning. Nyhetsbrev for Nettverk för forskning om menn* 3: 22-23.
- Höök P (2001) *Stridspiloter i vida kjolar. Om ledarutveckling och jämställdhet*. Avhandling, Ekonomiska forskningsinstitutet. Handelshögskolan i Stockholm.
- Jagose A (1996) *Queer Theory an Introduction*. New York: New York University Press.
- Jansson S (1994) *Män i vården – om att vara manlig sjuksköterska*. Lund: Sociologiska institutionen. Lunds universitet.
- Johansson A & Källström L (1983) *Jämställt systemskap*. Självständigt arbete i kursen vetenskaplig metod. Stockholm: SPRI U 20497.
- Johansson L & Österberg C (2002) *Lön för mödan. Fakta om arbetsvillko och löner för kvinnor och män inom vård och omsorg*. Stockholm: SCB.
- Jorfeldt I (2000) *Yrke och kön – en studie av kvinnor och män som sjuksköterskor*. Stockholm: Lärarhögskolan.
- Kanter RM (1977) *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books.
- Kelly RN, Shoemaker M & Steele T (1996) The Experience of Being a Male Student Nurse. *The Journal of Nursing Education* 35(4): 170-174.
- Kimmel M (1996) *Manhood in America. A Cultural History*. New York: The Free Press.
- Kruuse E (1989) *Kvalitativa forskningsmetoder i psykologi*. Lund: Studentlitteratur.

- Kulick D (1987) "Från kön till genus" i Kulick D (red) *Från kön til genus: kvinnligt och manligt i ett kulturellt perspektiv*. Stockholm: Carlssons.
- Kvande E (2002) Doing masculinities in organizational restructuring. *Nordic journal of women's studies* 10(1):16-25.
- Lindgren G (1985) *Kamrater, kollegor och kvinnor – en studie av könssegregeringsprocessen i två mansdominerade organisationer*. Avhandling. Umeå: Sociologiska institutionen. Umeå universitet.
- Lindgren G (1996) Broderskapets logik. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1: 4-14.
- Lipman-Blumen J (1976) Toward a Homosocial Theory of Sex Roles: An Explanation of the Sex Segregation of Social Institutions. *Signs* (3): 15-31.
- Lyly R (1998) *Manliga sjuksköterskors upplevelse av sin yrkesroll – med utgångspunkt från arbete i ett kvinnodominerat yrke*. Lund: Vårdhögskolan.
- Lundqvist M (1999) *Sjukbroder, sjukskötare eller manlig sjuksköterska. Sjukskötares genus och identitet som vårdare*. Stockholm: Ersta Sköndal Högskola.
- Marsland L, Robinson S & Murrels T (1996) Pursuing a career in nursing: differences between men and women qualifying as registered general nurses. *Journal of nursing Management* 4: 231-241.
- Mills A (1988) Organization, Gender and Culture. *Organization Studies* 9/3: 351-369.
- Minnigerode F, Kayser-Jones JS & Garcia G (1978) Masculinity and Femininity in Nursing. *Nursing research* 27(5): 299-302.
- Morgan D (1992) *Discovering men*. London: Routledge.
- Morgan G & Smircich L (1980) The case for Qualitative Research. *Academy of Management Review* 5(4): 491-500.
- Morrison A, Randall W & Van Velsor (1987) *Breaking the Glass Ceiling*. Reading: Addison-Wesley.
- Moström K (1992) *Jämställt sjukhus. Kvinnor och män i vården*. Sundbyberg: Stockholms läns landsting.
- Närvänen A-L (1997) *Mäns inträde i och erfarenheter av icke-traditionella yrken på kvinnodominerade arbetsplatser*. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.
- Ott M (1989) Effects of the Male-Female Ratio at Work. Policewomen and Male Nurses. *Psychology of Women Quarterly* 13: 41-57.
- Pingel B & Robertsson H (1992) *Arbetsorganisation inom sjukvården ur ett socialpsykologiskt perspektiv. En översikt över forskning och utvecklingsarbete inom landstingen*. Arbete och Hälsa 1992:20, Solna: Arbetsmiljöinstitutet.
- Pingel B & Robertsson H (1998) *Yrkesidentitet i sjukvård – position, person och kön*. Arbete och Hälsa 1998:13, Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Robertsson H (1993) Män i vård- och omsorgsyren – ett steg mot jämställdhet. *Nordisk psykologi* 45(4): 255-273.
- Roper M (1996) "'Seduction and Succession': Circuits of Homosocial Desire in Management" s 210- 227 i Collinson D & Hearn J (red) *Men as managers, mana-*

- gers as Men: Critical perspectives on Men, Masculinities and Managements* London, SAGE.
- Rosby-Björkquist E & Knutsson G (1986) *En jämförande studie mellan manliga och kvinnliga sjuksköterskor i vårdarbetet*. Örebro: Hälso- och sjukvårdsadministration. Högskolan i Örebro.
- Sedgwick EK, Ed. (1985) *Between Men – English Literature and Male Homosocial Desire*. Gender & Culture. New York: Columbia University Press.
- Segal L (1990) *Slow Motion: Changing Masculinities, Changing Men*. London: Virago press.
- Soerli V, Talseth A -G & Norberg A (1997) Experience of being in the Profession. *Scandinavian Journal of Caring Science*(11): 113-118.
- SOU (1998:6) *Ty makten är Din... Myten om det rationella arbetslivet och det jämställda Sverige. Betänkande från Kvinnomaktutredningen*. Stockholm, Fritzes.
- Thomsson H (2001) ”Att anlägga en könsteoretisk förståelse inom forskning om arbete och hälsa” s 145-159 i Gonäs L, Lindgren G & Bildt C (red) *Könssegregeringen i Arbetslivet*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Thurén B-M (1996) Om styrka räckvidd och hierarki samt andra genusteoretiska begrepp. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 3-4: 69-85.
- Weeks J (1985) *Sexuality and it's discontents: Meanings, myths & modern sexuality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Wendt R (1984) *Självständighet eller underordning. Kvinnoperspektiv på vårdarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- West C & Zimmerman DH (1987) Doing gender. *Gender & Society* 1 (2): 125-151.
- Westberg H (2001) ”Könsmärkningsprocessen. Varför ska vi studera könssegregeringen? Ett jämförande perspektiv” s 85-95 i Gonäs L, Lindgren G & Bildt C (red) *Könssegregeringen i Arbetslivet*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Westberg-Wohlgemuth H (1996) *Kvinnor och män märks. Könsmärkning av arbete – en dold lärandeprocess*. Avhandling. Pedagogiska institutionen. Stockholms universitet. *Arbete och Hälsa* 1996:1, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Williams CL (1989) *Gender Differences at Work*. San Francisco: University of California Press.
- Williams CL (red) (1993) *Doing "Womens Work". Men in Nontraditional Occupations. Research on men and masculinities*. London: SAGE.
- Williams CL (1995) ”The glass escalator – hidden advantages for men in the 'female' professions” s 193-207 i Kimmel MS & Messner MA (red) *Men's lives*. Boston: Allyn & Bacon.
- Woods J (1997) ”The Different Dilemmas of Lesbian and Gay Professionals” s 508-513 i Duberman (red) *A Queer World*. New York: New York University Press.
- Åberg B (2001) *Samarbete på könsblandade arbetsplatser*. Avhandling. Samhällsvetenskapliga institutionen. Högskolan i Örebro.



## Bilaga 1

### Intervjuer

De flesta intervjuer som analyserats i denna studie genomfördes inom ramen för två projekt:

Det ena projektet – ”Yrkesidentitet i sjukvård, person, position och kön” – genomfördes 1996-1998 av artikelförfattaren tillsammans med Birgit Pingel på Östersunds sjukhus, Karolinska sjukhuset, Ängelholms lasarett och Kristianstads sjukhus. Intervjuer med elva kvinnliga och elva manliga läkare, 22 kvinnliga sjuksköterskor, fem manliga sjuksköterskor, 18 kvinnliga undersköterskor i detta projekt har sekundärbearbetats och analyserats.

Det andra projektet var en utvärdering av ett förändringsarbete – ”Organisationsförändring från ett kvinnligt perspektiv” – på Ekbackens äldreboende i Sundbyberg 1994 också det genomfört av artikelförfattaren i samarbete med Birgit Pingel. Intervjuer med nio kvinnliga sjuksköterskor, fem manliga sjuksköterskor och åtta kvinnliga undersköterskor har sekundärbearbetats och analyserats.

Eftersom den övergripande frågeställningen i denna studie främst skulle besvaras genom tolkningar av manliga sjuksköterskors uppfattningar om relationer inom och mellan könen, så intervjuades ytterligare 20 manliga sjuksköterskor.

Nio av dessa intervjuades på Universitetssjukhuset i Linköping 1999 genom ett samarbete med Linköpings vårdhögskola. Intervjuerna genomfördes av en manlig sjuksköterskestuderande i nära samarbete med artikelförfattaren bl a genom utarbetande av intervjuguide samt fortlöpande kontakter och diskussioner under arbetets gång.

Artikelförfattaren har dessutom intervjuat två manliga sjuksköterskor på Regionsjukhuset i Örebro i samband med utvärdering av ett projekt i Örebro som riktades direkt till manlig vårdpersonal år 2000. Genom kontakter i Östergötland intervjuades fem manliga sjuksköterskor på Vrinnevisjukhuset i Norrköping år 2001. Ytterligare tre intervjuer med manliga sjuksköterskor genomfördes på Karolinska institutet 2001.

En manlig sjuksköterska kontaktade artikelförfattaren med anledning av en artikel om projektet i ”Nyhetsbrev från Arbetslivsinstitutet”. Efter två långa diskussioner per telefon och ett år efter första kontakten, 2001, genomfördes en över två timmar lång intervju.

*Sammanfattningsvis:* Artikelförfattaren intervjuade 21 manliga sjuksköterskor. En manlig sjuksköterskestuderande genomförde nio intervjuer med manliga sjuksköterskor. Birgit Pingel och artikelförfattaren intervjuade elva kvinnliga och elva manliga läkare, 31 kvinnliga sjuksköterskor och 26 kvinnliga undersköterskor.