

# *Sjuksköterskors löneutveckling 1977-2017*

- Lönebildning och institutionella förändringar

---

*Ella Ekström*

C-uppsats, 15 hp, Vt 2018  
Ekonomisk historia  
Handledare: Helén Strömberg

# Begrepp

Arbetsdelning - Syftar till att beskriva hur arbetet är uppdelat i skilda delar där varje del utförs av en eller flera enskilda individer.<sup>1</sup>

Genusarbetsdelning - När arbetsdelningen kopplas till hur arbetet fördelas efter genus.<sup>2</sup>

Kall - En typ av livsuppgift som utförs av barmhärtighet och kärlek med målsättningen att göra gott för andra. Idén att det finns ett högre syfte med valet av yrke.<sup>3</sup>

Patriarkat - Ett familje- eller samhällssystem är den ekonomiska och politiska makten innehas av män, där kvinnor och yngre män inte har samma möjligheter eller makt att delta i det formella såväl som informella beslutsfattandet.<sup>4</sup>

Professionalisering - Att en yrkesgrupp tillägnar sig olika kännetecken och de kompetenser som är utmärkande för en särskild profession eller yrkesgrupp. En professionaliseringsprocess kan beskrivas som ett antal återkommande handlingsätt eller strategier.<sup>5</sup>

Tentativ - Att något, till exempel en undersökning, görs på försök.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Strömberg (2004), s.15-16

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Andersson (2002), s.21

<sup>4</sup> Patriarkat, *Nationalencyklopedin*. <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/patriarkat> (hämtad 2018-06-09)

<sup>5</sup> Andersson (2002), ss.25-26

<sup>6</sup> Tentativ. *Nationalencyklopedin*. <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/tentativ> (hämtad 2018-05-29)

# Abstract

Under 1940-talet påbörjades en omfattande utbyggnad av en offentlig tjänstesektor som ett led i att göra Sverige till en universell välfärdsstat. I samband med den offentliga tjänstesektorns utbyggnad ökade andelen kvinnor på den svenska arbetsmarknaden. En omfattande utbyggnad av sjukvården gjordes vilket resulterade i en kraftigt ökad efterfrågan på vårdpersonal, och då inte minst sjuksköterskor.

Sjuksköterskors löner har varit omdiskuterade ända sedan 1900-talets början. Yrket har historiskt varit lågavlönat, vilket kan förklaras på en mängd olika sätt. I uppsatsen studeras om och hur institutionella förändringar på området har påverkat sjuksköterskeyrkets löneutveckling under perioden 1977 till 2017. De institutionella förändringar som har undersökts är främst politiska reformer och lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område. Även reformer av sjuksköterskeutbildningen har undersökts, eftersom att professionalisera sjuksköterskeyrket sågs vara ett steg mot en förbättrad löneutveckling. Trots att sjukvården har genomgått stora reformer under perioden 1977 till 2017 har det haft en till synes liten påverkan på löneutvecklingen. Inte heller professionaliseringen tycks ha påverkat utvecklingen.

Sjuksköterskeyrket var under 1900-talets början ett renodlat kvinnoyrke. Än idag består yrket till 90 procent kvinnor. Att sjuksköterskors löner är låga, liksom många andra kvinnodominerade yrkens löner, kan förklaras genom att det föreligger en värdediskriminering av vad som betraktas som kvinnligt arbete. Vid undersökning av sjuksköterskeyrket är det därmed viktigt att beakta yrkets genusarbetsdelning, vilket har påverkat, och än idag påverkar, yrket och dess löneutveckling. Yrkets genusarbetsdelning kan förklaras som ett informellt spårberoende. Ju närmare vår tid vi kommer ju mer har genusarbetsdelningen uppmärksamrats både politiskt och inom forskningen. En följd av det är jämställdhetslagen som infördes 1979. Trots att värdediskrimineringen av det kvinnodominerade sjuksköterskeyrket uppmärksamrats har det inte haft en synbar påverkan på lönerna.

**Key words:** *Sjuksköterskeyrket, löneutveckling, institutionella förändringar, formella institutioner, offentlig sektor, hälso- och sjukvårdslagstiftning, hälso- och sjukvårdsreformer, kvinnodominerade yrken, genusarbetsdelning, informella institutioner, spårberoende, professionalisering, ekonomisk historia.*

## Innehåll

1 Inledning och problembakgrund.....	5
1.1. Sjuksköterskeyrket i förändring.....	6
1.2. Lönebildning inom sjuksköterskeyrket.....	6
1.3. Professionalisering.....	8
1.4. Syfte.....	11
1.5. Frågeställning.....	11
1.6. Avgränsningar.....	11
1.7. Tidigare forskning.....	12
1.8. Sammanfattning av forskningsläget.....	14
1.9. Institutionella ansatser och genusarbetsdelningen i sjukvården.....	15
1.10. Metod och källdiskussion.....	20
1.11. Disposition.....	22
2 Arbetsmarknadens genusarbetsdelning.....	23
2.1. Genusarbetsdelningen på arbetsmarknaden historiskt.....	23
2.2. Sjuksköterskan under 1900-talets första decennier.....	25
2.3. Svensk sjuksköterskeförening.....	26
2.4. Reformerna för att minska ojämställdheten under 1900-talet.....	28
2.5. Välfärdsstaten.....	29
2.6. Den svenska modellen.....	30
2.6.1. LO:s betydelse för lönebildningen.....	31
2.6.2. Den solidariska maktens hot.....	31
2.6.3. EFO-modellen.....	33
2.6.4. Den offentliga sektorns expansion.....	34
2.7. Feminismen i politiken.....	35
2.7.1. (O)lika lön för (o)lika arbete?.....	37
2.8. Marknadsekonomiska förändringar från och med 1970.....	38
3 Reformpaket som har påverkat svensk sjukvård.....	41
3.1. Högskolelagen 1977.....	41
3.2. Jämställdhetslagen 1979.....	42

3.3. Högskolereformen 1982.....	42
3.4. Hälso- och sjukvårdslagen 1982.....	42
3.5. Betalningsansvarslagen 1990.....	43
3.6. Skattereformen 1991.....	44
3.7. Reformpaketet under 1990-talets början.....	44
3.8. Högskolelagen 2007.....	45
3.9. Privatiseringsreformen 2007.....	45
3.10. Lagen om valfrihetssystem 2008.....	45
3.11. Hälso- och sjukvårdslagen 2017.....	46
4 Förändringar av sjuksköterskelönerna i Sverige.....	47
5 Slutdiskussion.....	50
6 Käll- och litteraturlista.....	58

## 1 Inledning och problembakgrund

Sjuksköterskeyrket har historiskt varit lågavlönat yrke. Att löneutvecklingen inom sjuksköterskeyrket har setts som problematisk, och att det ofta ses som en följd av att yrkets kvinnodominans, visas inte minst på antalet statliga jämställdhetsutredningar. Under perioden 1997-2017 publicerades över tjugo statliga jämställdhetsutredningar. Några exempel på dessa är *Ty makten är din... - Myten om det rationella arbetslivet och det jämställda Sverige* år 1998<sup>7</sup>, *Mansdominans i förändring* år 2003<sup>8</sup>, *Genus, makt och statistik* år 2007<sup>9</sup> och *Hela lönen, hela tiden - Utmaningar för ett jämställt arbetsliv* år 2015<sup>10</sup>. Ett område som särskilt har betonats i utredningarna var löneskillnaderna mellan kvinno- och mansdominerade yrken. Utredningarna ledde till förslag om författningsändringar som skulle säkerställa att lönegapet mellan kvinnor och män minskade och att speciella utredare skulle tillsättas för att arbeta för jämställdhet.<sup>11</sup>

Ekonomisk historiska sammanställningar över löneutvecklingen för stora kvinnodominerade yrken, däribland sjuksköterskeyrket, saknas. Det är inte minst en följd av att kvinnodominerade yrken historiskt inte sågs som ett yrke i traditionell mening. Vård- och omsorgsyrken är ett typexempel på detta. Dessa yrken sågs istället som ett slags barmhärtighetsverk som kvinnor utförde av kärlek till sin nästa. På grund av bristen på statistik över kvinnodominerade yrken är de *kvinnolöner* som finns att tillgå hämtade från industrisektorn. Detta trots att det arbetar mycket få kvinnor inom industrisektorn i jämförelse med offentlig tjänstesektor.

I det följande avsnittet kommer sjuksköterskeyrket och dess lönebildning beskrivas. Därefter följer en redogörelse över professionaliseringsbegreppet och varför det bedömts vara viktigt för att förstå yrkets löneutveckling. I den resterande delen av uppsatsen första del kommer syfte, frågeställning, avgränsningar, tidigare forskning på området och de teoretiska tolkningsramar som använts under arbetets gång presenteras.

---

<sup>7</sup> SOU 1998:6 *Ty makten är din... -betänkande från kvinnomaksutredningen*.

<sup>8</sup> SOU 2003:16 *Hela lönen, hela tiden - utmaningar för ett jämställt arbetsliv*.

<sup>9</sup> SOU 2007:108 *Kön, makt och statistik*.

<sup>10</sup> SOU 2015:50 *Hela lönen, hela tiden - Utmaningar för ett jämställt arbetsliv*.

<sup>11</sup> SOU 1993:93 *Vårdens svåra val*

## 1.1. Sjuksköterskeyrket i förändring

”Sjuksköterska” beskrivs på Nationalencyklopedin (NE) på följande sätt:

*”...yrkesgrupp som har det primära ansvaret för planering och ledning, genomförande och utvärdering av det kliniska omvårdnadsarbetet, arbetar med preventiva och hälsofrämjande verksamheter, förmedlar kunskap och undervisar patienter, anhöriga, medarbetare och studerande.”<sup>12</sup>*

Vidare står det att sjuksköterskans arbete ska utföras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, samt delta i utvecklingen av omvårdnadsverksamhet och forskning.<sup>13</sup> För att få en sjuksköterskelegitimation krävs idag en avklarad treårig universitetsutbildning. Den grundläggande sjuksköterskeutbildningen omfattar 180 högskolepoäng. Utbildningen kan därefter byggas på och inriktas till ett speciellt vårdområde och leder då till en magisterexamen som specialistsjuksköterska. Specialistutbildningarna ger behörighet att arbeta inom olika områden inom vården, såsom anestesi, barnsjukvård och psykiatri. Då sjuksköterskeutbildningen är en universitetsutbildning går det att ansöka om doktorandtjänst och bedriva forskning framför allt inom ämnet omvårdnadsvetenskap.<sup>14</sup>

## 1.2. Lönebildning inom sjuksköterskeyrket

De svenska sjuksköterskelönerna, liksom andra löner på den svenska arbetsmarknaden, sätts genom förhandlingar mellan arbetsmarknadens parter: fackföreningar eller enskilda arbetstagare å ena sidan och arbetsgivareföreningar eller arbetsgivare å andra.

I förhandlingsprotokollet *”Huvudöverenskommelsen om lön och allmänna anställningsvillkor samt rekommendation om lokalt kollektivavtal m.m. HÖK 16”* beskrivs sjuksköterskors lönebildning och lönesättning för 2017. Förhandlingarna förs av Arbetsgivareförbundet Pacta och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och sjuksköterskorna fackförening Vårdförbundet och

---

<sup>12</sup> Sjuksköterska. *Nationalencyklopedin*. <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/sjuksk%C3%B6terska> (2018-05-15)

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Sjuksköterskeutbildning. *Nationalencyklopedin*. <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/sjuksk%C3%B6terskeutbildning> (2018-05-15)

Fysioterapeuterna.<sup>15</sup> I första stycket under rubriken ”*Grundläggande principer för lönesättning*” fastställs arbetsgivarnas ansvar i fråga om lönebildningen. Arbetsmarknadens parter är skyldiga att grunda avtalen på arbetsgivarens lönepolitik. Vidare står det att cheferna för arbetstagarna har ett stort ansvar för att uppsatta mål nås och att uppföljningar av resultaten sker. Lönebildningen och lönesättningen ska bidra till att arbetsgivaren når de uppsatta målen. Målsättningen är att förebygga ohälsa, samt behandla så effektivt och snabbt som möjligt för att minska sjuktalet. Löne- och anställningsvillkoren ska vara utformade på ett sätt som leder till att det blir lättare att rekrytera och behålla personal.<sup>16</sup>

Sedan 1986 ska sjuksköterskelönerna sättas individuellt. Det innebär att lönen ska baseras på den enskilda arbetstagarens egenskaper, såsom utbildningsnivå, arbetsuppgifter, ålder och arbetslängd. Under rubriken ”*Parternas avsikt*” läggs stor vikt vid att arbetsmarknadens parter ska stödja arbetsgivarnas arbete för individuell lönesättning. En god löneutveckling ses som en viktig förutsättning för att vårdarbetet ska fungera bra, då det anses gynna både det individuella och det kollektiva arbetet.<sup>17</sup>

I löneavtalet anges ingen särskild lönenivå att sträva emot, utan ansvaret för att ”... *åstadkomma en önskvärd lönestruktur*”<sup>18</sup> ligger på arbetsgivaren. Enligt protokollet möjliggör det en löneutveckling som ”... *premierar kompetens, specialistkunskap, resultat och bidrag till verksamhetens mål sett över tid.*”<sup>19</sup> Hur en eventuell löneökning ska se ut avgör arbetsgivaren beroende på varje arbetsplats förutsättningar. Därmed blir arbetsgivarens syn på lönefrågorna viktig för vilken lön arbetstagarna får. Arbetsgivaren lämnar ett löneförslag till arbetstagaren efter att en översyn gjorts över arbetstagarens individuella kompetenser och arbete, samt utefter arbetsplatsens förutsättningar. Därefter ska arbetsgivaren ge fackföreningarna ett förslag till ny lön individuellt baserat på arbetstagarna.<sup>20</sup>

---

<sup>15</sup> Huvudöverenskommelse om lön och allmänna anställningsvillkor samt rekommendation om lokalt kollektivavtal m.m. HÖK 16. 2018. [https://skl.se/download/18\\_537af174160d51cb85a4a63e/1515671482012/H%C3%96K%2016%20i%20lydelse%20170401%20OFR%20H%C3%A4so%20och%20sjukv%C3%A5rd%20tecknad%20180111.pdf](https://skl.se/download/18_537af174160d51cb85a4a63e/1515671482012/H%C3%96K%2016%20i%20lydelse%20170401%20OFR%20H%C3%A4so%20och%20sjukv%C3%A5rd%20tecknad%20180111.pdf) (hämtad 2018-05-07), s.3

<sup>16</sup> Ibid. s.1

<sup>17</sup> Ibid. s.2

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Ibid

<sup>20</sup> Ibid.



### 1.3. Professionalisering

Genom industrialiseringen under 1800-talets andra hälft och 1900-talets början skedde en övergång från en hushållsbaserad ekonomi till en marknadsinriktad kapitalistisk ekonomi. Industrialiseringen resulterade i en omfattande förflyttning av de produktiva arbetet och det sociala livet från den privata till den offentliga sfären. Dominerande i det framväxande industriella samhället blev lönearbete utanför hushållet.

Att det uppstod en tydligare gräns mellan hushålls- och arbetsfär skapade tydligare hierarkier mellan arbeten som sågs som produktiva respektive icke-produktiva. Det produktiva var ofta synonymt med manligt förvärsarbete, medan det icke-produktiva med kvinnligt hushållsarbete. Delningen mellan det offentliga och det privata ledde till att kvinnor utestängdes från många offentliga aktiviteter. Föreställningar om kvinnan och mannen som biologiska särarter, där kvinnan av naturen var underordnad mannen, utvecklades och tog alltmer plats i samhället.<sup>21</sup>

Termen *profession* betecknar ofta de yrkesgrupper som har lyckats i sina ambitioner att hävda exklusiva kunskaper, som skiljer dem från andra yrkesgrupper. För att uppnå en monopolställning för en särskild sysselsättning på arbetsmarknaden används olika *professionsstrategier*. Det innebär att andra aktörer på arbetsmarknaden utanför den egna yrkesgruppen, utestängs från professionen. Ett av målen med en yrkesgrupps professionalisering är att uppnå ett socialt anseende genom att skapa associationer till kulturellt välförankrade symboler eller ritualer. Genom dessa kan det skapas en gemensam uppfattning inom gruppen om dess identitet och status. De klassiska professionerna utgörs av präster, läkare och jurister. Dessa tre har fått stå modell för bilden av den ideala professionen. Professionen utgjorde här rätten att hävda ett visst område för att utestänga de som ansågs sakna vissa expertkunskaper av stort värde. Genom att ett yrke fick en professionsstämpel blev det en del av ett slags elit. Präster, läkare och jurister har ofta setts som det främsta exemplet på fullständig professionell framgång.<sup>22</sup>

Vid undersökning av sjuksköterskans professionaliseringsprocess är det nödvändigt att beakta obalansen mellan könen. Professionaliseringsfenomenet är utformat utefter manliga egenskaper och behov, och innefattar därmed inbyggda hinder för kvinnligt deltagande. Vad som sågs som kvinnligt respektive manligt och vad de olika könen skulle syssla med var djupt rotat i samhället.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> Milton, s.29

<sup>22</sup> Milton (2001), ss.29-30

<sup>23</sup> Ibid.

De kvinnor och män som är inbegripna i ett professionaliseringsprojekt har olika tillgång till taktiska medel för att uppnå sitt mål i ett samhälle där manlig makt är institutionaliserad. Det går här att tala om ett slags *könad professionaliseringsstrategi* där framför allt män sammansvetsas kring en patriarkal genusideologi som går ut på att utesluta eller marginalisera kvinnor som försöker få tillträde till ett yrke. Kvinnor hade till exempel inte tillträde till någon högre utbildning förrän 1873, och var utestängda från läraryrket till och med 1920-talets slut.<sup>24</sup>

Historiskt innebar den könade professionaliseringsstrategin ofta att kvinnor sammansvetsades kring den patriarkala genusideologin för att hävda sina rättigheter eller slå sig in på ett mansdominerat yrkesfält. Detta gällde inte minst sjukvårdssektorn. Sjuksköterskor använde sig av de egenskaper som ansågs kvinnliga i sin strävan efter att få tillträde till administrativa tjänster och läraryrket. Den kvinnliga intuitionen, förståelsen, detaljsinnet och tålmodet ansågs vara egenskaper män ofta saknade, och som kvinnor, om de fick tillträde till yrket, kunde komplettera mannen med. Även inom andra mansdominerade yrken, såsom ingenjörsväsendet, användes de kvinnliga egenskaperna som ett argument.<sup>25</sup>

Inom vården har betoningen på läraryrket som fullständig professionell framgång drabbat underordnade grupper inom vården, däribland undersköterskor och sjuksköterskor. Dessa grupper har historiskt varit och är än idag kvinnodominerade. Det beror bland annat på att kvinnliga yrkesutövare ansetts sakna den initiativkraft och självständighet som deras manliga kollegor besitter.<sup>26</sup>

Att sjuksköterskeyrket har professionaliserats har ibland setts som något problematiskt. Det problematiska anses ligga i hur begreppet *professionalisering* tolkas. Många forskare som reflekterat kring professionalisering i relation till vård- och omsorgsarbete framhåller den professionella hållningen som en känslomässig distansering. Det anses inte gå att kombinera medmänsklighet med rationalitet. De menar bland annat att ett rationellt tänkande kräver känslomässig distans, vilket inte ses som förenligt med vårdayrket.

Att ett yrke kopplas starkt till genus påverkar lönen och det visas särskilt när man betraktar den samlade livsinkomsten. I diagrammet nedan presenteras livslönen mellan olika yrken som alla är yrkesprofessioner.

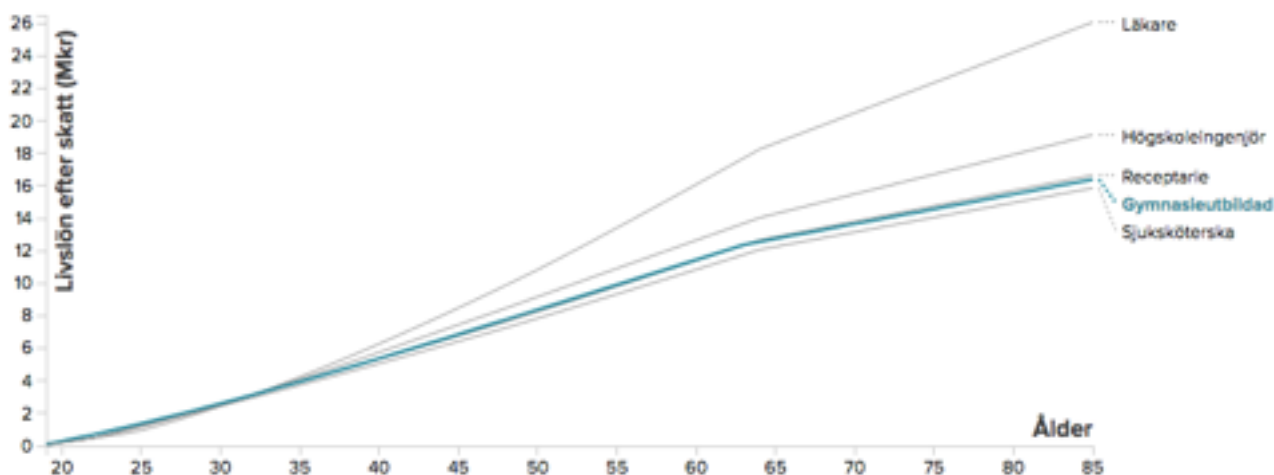
---

<sup>24</sup> Ibid. ss.27-28

<sup>25</sup> Andersson (2002), s.114

<sup>26</sup> Ibid. s.30

**Diagram 1** - Exempel på olika utbildningars livslön efter skatt Mkr



Källa: Livslön för olika arbeten, SACO.

Livslön är en summering av en individs samtliga löneinkomster och skulder, till exempel studieskulder, under livet.<sup>27</sup> Läkaryrket har valts ut för att jämföra sjuksköterskeyrket med ett annat professionaliserat yrke, detta trots att utbildningslängden skiljer sig åt. Högskoleingenjör yrket har valts ut eftersom att det är ett mansdominerat professionaliserat yrke som ofta verkar inom privat sektor, men som också kräver en treårig högskoleutbildning. Receptarieryrket är ett kvinnodominerat professionaliserat yrke som finns inom såväl privat- som offentlig sektor och som även det kräver en treårig högskoleutbildning. Av diagrammet framgår att livslönen för sjuksköterskan inte bara är lägre än läkare, högskoleingenjörer och receptarier utan också är lägre än för yrken som endast kräver gymnasieutbildning.

När det gäller livslönen för yrken med krav på treårig högskolekompetens har högskoleingenjörer högst livslön på 17,2 miljoner. Sjuksköterskans livslön är 13,9 miljoner och är därmed en av de lägsta bland de högskoleutbildade. Livslönen för samtliga yrken med krav på fördjupad högskolekompetens är i genomsnitt 17,4 miljoner. En civilingenjör har 31 procent mer i bruttolön än en specialistsjuksköterska, trots att båda utbildningarna är femåriga. En specialistsjuksköterskas livslön är i genomsnitt 14,9 miljoner, medan en civilingenjörers livslön är 20 miljoner.<sup>28</sup> Löneutvecklingen för sjuksköterskor är utifrån detta låg och går att koppla till såväl kvinnor som till den offentliga sektorn. Utvecklingen för receptarier som till viss del utförs av kvinnor kan kanske

<sup>27</sup> NE - livslön. <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/livsl%C3%B6n>

<sup>28</sup> ”Oacceptabel livslön för Vårdförbundets medlemmar” (2017) <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sa-paverkar-vardforbundet/forskning-och-rapporter/oacceptabel-livslon-for-vardforbundets-medlemmar/>

förklaras av att det historiskt varit ett yrke kopplat till maskulinitet och i stora delar av världen fortfarande är ett manligt yrke.

#### 1.4. Syfte

Uppsatsen syftar till att studera sjuksköterskors löneutveckling och därefter jämföra yrkets löneutveckling med yrkesgrupper verksamma utanför den offentliga sektorn, samt försöka förklara varför lönerna ser ut som de gör. Detta görs för att tentativt diskutera en möjlig lönepåverkan av institutionella förändringar. Sjuksköterskeyrket sysselsatte 111 000 personer år 2016. Det gör yrket till ett av Sveriges största. Omkring 90 procent av sjuksköterskorna är kvinnor.<sup>29</sup> Tillgången till källor där kvantitativa sammanställningar av många stora kvinnodominerande yrkens löneutveckling saknas idag. Detta innebär också att en mer sammanhållen ekonomisk historisk bild kring varför löneutvecklingen ser ut som den gör inte finns. Förhoppningen med studien är att öka förståelsen kring yrkets löneutveckling samt problematisera bristen på tidigare studier och källmaterial om sjuksköterskelöner.

#### 1.5. Frågeställning

För att söka svar på hur sjuksköterskelönerna utvecklats har följande fråga ställts:

- Hur har de institutionella ramarna kring sjuksköterskeyrket förändrats?
- Hur har löneutvecklingen sett ut i jämförelse med andra yrken?

#### 1.6 Avgränsningar

Uppsatsen behandlar perioden 1977-2017. Perioden har valts utifrån de institutionella förändringarnas eventuella effekter på löneutvecklingen. År 1977 infördes en treårig sjuksköterskeutbildning, vilket var ett första steg i professionaliseringsprocessen av yrket. Genom professionaliseringen blev sjuksköterskorna också en legitimerad yrkeskår.<sup>30</sup> Ytterligare en avgränsning som gjorts beror på den statistik över lön och löneförändringar, samt avtalsrörelser och rapporter, som finns tillgängliga. I undersökningen har detta begränsats till att omfatta sjuksköterskor anställda inom landstingskommunal sektor. 89 procent av alla sjuksköterskor är anställda av just dessa arbetsgivare. De anställda inom statlig- och privatsektor är i minoritet och har därför utelämnats. För att uppnå uppsatsens syfte och söka svar på frågeställningarna har

---

<sup>29</sup> Socialstyrelsen (<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20862/2018-2-9.pdf>) (2018-05-26)

<sup>30</sup> Strömberg (2004), ss.195 och 200

bedömningen gjorts att sjuksköterskor anställda inom landstingskommunal sektor får spegla hela sjuksköterskekåren. Syftet med uppsatsen, att ge en helhetsbild av löneutvecklingen ur ett institutionellt perspektiv, har bedömts gå att uppnå trots att uppsatsen inte gör någon särskild distinktion mellan sjuksköterskorna inom landstingen eller kommunen då båda arbetar inom offentliga sektor. Om privatiseringar av delar av vården lett till löneökningar för alla sjuksköterskor så får den slutsatsen dras från de reformer som införts inom sjukvården.

Professionalisering är ett helt eget och stort forskningsområde. Den här uppsatsen kan på intet sätt bearbeta all den kunskap som finns inom det området. Uppsatsens avgränsning gällande professionalisering har därför utgått från två olika professionaliseringsstrategier båda vanliga förklaringsvariabler inom forskningsområdet. Professionaliseringsdiskussionen har också avgränsats till att beröra sjuksköterskeyrket.

### 1.7. Tidigare forskning

Ekonomisk historikern Helén Strömberg har i *Sjukvårdens industrialisering - mellan curing och caring - sjuksköterskeyrkets omvandling* undersökt hur sjuksköterskeyrket förändrats perioden 1962-2000. Strömberg utgår bland annat från teorin om genusarbetsdelning och hur det har påverkat arbetet för olika yrkesgrupper inom vården. Sjuksköterskeyrket har alltid varit kvinnodominerat, medan läkaryrket dominerats av män. Vidare har sjuksköterskeyrket i hierarkin underordnats läkaryrket och har historiskt utifrån detta också haft lägre status.<sup>31</sup> Att det finns yrkeshierarkier som består av olika arbetsuppgifter är i sig ingenting konstigt. Men i takt med att fler män söker sig till sjuksköterskeyrket och fler kvinnor till läkaryrket blir genusarbetsdelningen och dess effekter intressanta att studera. Strömberg har även studerat sjuksköterskeyrkets professionalisering, och hur professionaliseringen har påverkat yrket.<sup>32</sup>

Idéhistorikern Åsa Andersson har studerat sjuksköterskeyrkets professionaliseringsprocess. Sjuksköterskeyrket har alltid varit och är idag kvinnodominerat. Yrket har historiskt varit lågavlönat och varit underordnat läkaren i den hierarkiska maktrelationen inom vården. Andersson har i *Ett högt och ädelt kall - Kalltankens betydelse för sjuksköterskeyrkets formering 1850-1930* studerat hur det har påverkat sjuksköterskeyrkets utveckling. Kalltanken kopplades ihop med egenskaper som i samhället ansetts vara kvinnliga. Sjuksköterskan förväntades drivas av kallet, kärleken till sina medmänniskor, och viljan att vårda andra. Yrket sågs snarare som ett slags barmhärtighetsverk

---

<sup>31</sup> Strömberg (2004), ss.21-23

<sup>32</sup> Strömberg (2004), ss.190-192

än ett yrke. Det resulterade bland annat i att yrkets löneutveckling, särskilt under 1900-talets första decennier, var långsam.<sup>33</sup>

Ekonomisk historikern Lena Andersson-Skog har i rapporten ”In the shadow of the Swedish Welfare State: Women and the Service Sector” studerat kvinnans roll på arbetsmarknaden inom den svenska välfärdsstaten. Genom utbyggnaden av den offentliga tjänstesektorn steg kvinnor från den privata hushållssfären ut på den offentliga arbetsmarknaden. Kvinnor blev därmed en allt större del av den tidigare mansdominerade offentliga sfären.<sup>34</sup> Att kvinnor i allt högre utsträckning började förvärvsarbeta ledde till att de inte längre var beroende av en manlig försörjare, utan kunde börja försörja sig själva. Samtidigt ledde det till att genusarbetsdelningen förstärktes: kvinnor arbetade i huvudsak inom offentlig tjänstesektor och män inom det privata näringslivet. Andersson skriver att de kvinnodominerade serviceyrkenas betydelse för Sveriges ekonomiska utveckling nedvärderats inom ekonomisk historisk forskning. För att förstå Sveriges ekonomiska utveckling, inte minst under välfärdsstaten, måste bland annat de kulturella strukturerna och genusarbetsdelningen undersökas och analyseras.<sup>35</sup>

Nationalekonomen Åsa Löfström behandlar i den statliga utredningen SOU 2004:43 om den genusuppdelade arbetsmarknaden och i *Time for men to catch up on women?* lönegapet mellan kvinnor och män främst inom privat sektor. Hon studerar lönernas förändring, varför de ser ut som det gör och hur de har förändrats under de senaste 40 åren. Löfström beskriver också politiska reformers och lagstiftningens effekter på löneutvecklingen och arbetsförhållanden för kvinnor och män. Kvinnligt och manligt arbete värderas olika än idag. Ett exempel på det är att kvinnor än idag tjänar mindre än män inom många olika sektorer trots att de har samma utbildningar.<sup>36</sup>

Historikern Sune G. Dufwa har i studien *Genus, lön och karriär - sjuksköterskeyrkets omvandling under 1900-talet* beskrivit hur faktumet att sjuksköterskeyrket är kvinnodominerat har påverkat lönen.<sup>37</sup> Han beskriver kalltanken och hur stor betydelse den har haft för yrkets löneutveckling. Dufwa menar att synen på sjuksköterskeyrket som ett kvinnligt kall fortfarande påverkar lönen och

---

<sup>33</sup> Andersson (2002), s.98

<sup>34</sup> Andersson-Skog (2007), s.451

<sup>35</sup> Ibid. s.469-470

<sup>36</sup> Löfström (2004), ss.25-26

<sup>37</sup> Dufwa (2004), ss.23 och 113-116

yrkets status.<sup>38</sup> Genom att yrkesverksamma sjuksköterskor och dess fackförbund under en lång tid även ”förbjudit” män att utbilda sig till sjuksköterskor så skapade yrket själv en cementering av yrkets genuskod.

### 1.8. Sammanfattning av forskningsläget

Det finns god forskning rörande sjuksköterskeyrkets förändringar. Strömberg, Andersson och Dufwa tar alla avstamp i historien och de ger en god och bred inblick i yrkets utveckling och förändring. Dessvärre problematiserar ingen av dessa forskare löneutvecklingen mer än i diskussioner om yrkets status, arbetsuppgifternas förändring och kopplingar till femininitet och maskulinitet. Siffror över löneutvecklingen finns inte med i deras forskning. Löfström ger i sin forskning en god översyn av sjuksköterskeyrkets förändringar kopplat till femininitet, maskulinitet och lön. Hennes forskning saknar emellertid ett längre perspektivet. Det innebär att hennes forskning inte kan visa på varken drivkrafter eller historiska förklaringar bakom löneutvecklingen eller varför olika arbetsuppgifter kopplats till kvinnor och män. En kombination av tidigare forskning har därför varit av nödvändighet för att förstå löneutvecklingen.

Att skriva om löneutveckling blir lätt politiskt. Vilket det bästa sättet är att förbättra löneutvecklingen i ett land är en politisk vattendelare. Vad gynnar löneutvecklingen bäst? Och hur prioriterat är löneutveckling? Åsikterna går isär. Ekonomisk historikern Lars Magnusson menar att konkurrens inom den offentliga sektorn, genom en delvis privatisering av offentliga tjänster, kunde vara en väg för höja lönerna. Det innebär att konkurrens på marknaden, enligt Magnusson, skulle kunna vara en drivkraft för att påskynda löneutvecklingen för i dag offentliga yrken. Enligt de statliga utredningarna *Ty makten är din - Myten om det rationella arbetslivet och det jämställda Sverige* och *Hela lönen, hela tiden - Utmaningar för ett jämställt arbetsliv 2015* anses löneökningar för arbetstagarna uppnås bäst genom lyckade avtalsrörelser. Det skulle innebära att den svenska modellen med starka fackföreningar och god relation till arbetsgivarna är den rätta modellen att använda. Den modellen har tillämpats i Sverige sedan Saltsjöbadsavtalet 1938 och det är därmed en väl beprövad modell. Om den vore framgångsrik så måste frågan ställas varför den inte gynnat de kvinnodominerade yrkena.

---

<sup>38</sup> Ibid. ss.218-222

Vilken väg som skulle vara den rätta beror även på vad som undersöks. Både Carina Gråbacke<sup>39</sup> och Lars Magnusson<sup>40</sup> har undersökt löneökningar inom industrisektorn. Från deras forskning kan en tydlig slutsats dras: vad som varit det mest gynnsamma medlet för att uppnå en god löneutveckling inom industrin, är nödvändigtvis inte det samma som inom offentlig tjänstesektor.

Datatillgängligheten över sjuksköterskelöner innan 1970 är väldigt svårtillgänglig. Det närmaste data över sjuksköterskelöner som gått att hitta är statistik över genomsnittliga månadslöner för kvinnor och män anställda inom offentlig sektor.<sup>41</sup> Det finns en mängd olika yrken inom offentlig sektor, och det data som finns blir därmed alltför ospecifikt och spretigt. Att använda en kombination av olika lönedatabaser, såsom SCB, SKL och Socialstyrelsen har därför varit nödvändigt i uppsatsen. Det kan hända att dessa databaser inte baserat sitt material på exakt samma sätt, men det är vad som finns att tillgå. Därför har uppsatsen konsekvent utgått från samma lönesammanställningar över den valda tidsperioden. Förhoppningsvis har det minimerat risken att jämföra äpplen med päron.

I de flesta rapporter över löneutveckling, både fackliga och statliga, har industriarbetets löneutveckling använts för att redovisa den generella löneutvecklingen i Sverige, trots att en stor del av Sveriges befolkning arbetar inom offentligt tjänstesektor. Bristen på lönestatistik över sjuksköterskelöner innan 1970 i synnerhet och offentlig personal i allmänhet har därför inneburit en stor begränsning.

Sammanställningar av löner inom stora kvinnodominerade yrken saknas. En sammanställning av sjuksköterskors löneutveckling har inte gjorts tidigare. Syftet med mitt arbete är som sagt att undersöka sambandet mellan sjuksköterskors löneutveckling och institutionella förändringar, samt jämföra yrkets löneutveckling med andra yrkens löneutveckling. Eftersom att detta inte gjorts tidigare har risken funnits att de kvinnodominerade yrkenas betydelse för samhällets ekonomi underskattats. Andersson-Skog skriver i sammanhanget: *"Yet women's self-employment and wage work in the service industry has been neglected as an economic factor in both traditional economic and business history accounts and in historical studies of gender."*<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> Gråbacke (2002), s.11

<sup>40</sup> Magnusson (1999), s.9

<sup>41</sup> Dufwa (2004), ss.20-23; SOU 1998:06; "Ty makten är din", ss.27-29

<sup>42</sup> Andersson-Skog (2007), s.451



## 1.9. Institutionella ansatser och genusarbetsdelningen i sjukvården

Begreppet institution beskrivs av nationalekonomen och ekonomisk historikern Douglass North som:

*”... the rules of the game in a society or, more formally, are the humanly devised constraints that shape human interaction. In consequence they structure incentives in human exchange, whether political, social, or economic. Institutional change shapes the way societies evolve through time and hence is the key to understanding historical change.”*<sup>43</sup>

Institutioner kan vara både formella (såsom lagar och regler) och informella (såsom traditioner och sedvänjor). De formella såväl som de informella institutionerna standardiserar beteenden och överför sedvänjor över tid och rum. Därmed har de stor betydelse för hur samhället ser ut och i vilken riktning det utvecklas. Institutioner inom en viss samhällssfär bildar tillsammans ett institutionellt system, vilket består av ofta ömsesidigt beroende, samverkande delar. Ett institutionellt system kan bestå av olika typer av myndigheter, industrier, lagtext, fackföreningar och arbetsmarknad.

Olika institutioners uppkomst kan bero på en mängd orsaker. Enligt North är de institutionella förhållandena djupt rotade i vart samhälles historiska och kulturella arv. Han använder sig av begreppet *stigberoende* för att beskriva varför utvecklingen inom olika samhällen har sett ut som den gjort. Stigberoendet kan användas för att förklara varför institutioner som inte gynnar ekonomisk tillväxt lever kvar och inte ersätts av bättre alternativa lösningar.<sup>44</sup> Ett exempel på detta tas upp i ekonomisk historikern Thomas Petterssons avhandling efter en artikel skriven av ekonomisk historikern Paul Davis 1985: tangentbordet på skrivmaskinen bildade standard och överfördes till senare modeller. Den första skrivmaskinens tangentbord skapade ett stigberoende som förhindrade utvecklingen av effektivare tangentbord. Davis menade att stigberoendet riskerade, då det var ogynnsamt, att sätta käppar i hjulet för gynnsamma institutionella förändringar. Beslut fattade för länge sedan har stor betydelse för besluten fattade idag och riskerar därmed att avgränsar framtida valmöjligheter.<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> North (1990), s.3

<sup>44</sup> Ibid. ss.92-94

<sup>45</sup> Pettersson (1999), ss.2-3

Liksom de samverkar kan det uppstå motsättningar mellan de olika delarna inom ett institutionellt system. Motsättningarna kan förstås som att de olika delarnas värderingar, strävanden och viljor skiljer sig åt. Det kan till exempel röra sig om konflikter mellan fackföreningar och arbetsgivareföreningar. Genom motsättningarna kan det utvecklas mekanismer för att lösa konflikter mellan de olika delarna inom ett institutionellt system. Det svenska systemet med förhandlingar mellan stat, fackföreningar och arbetsgivareföreningar är ett exempel på konflikter som har lett till att man arbetat för att nå samförstånd genom olika institutionella mekanismer.

Institutionell teori räcker dock inte som instrument för att förstå varför sjuksköterskelönerna har utvecklats som de gjort. Sjuksköterskeyrket har historiskt varit och är idag kvinnodominerat, samt alltid varit lågavlönat. Varför det har varit och är så kan förstås genom teorin om *genusarbetsdelning*.<sup>46</sup> Sedan industrialiseringen har arbetslivet uppdelats och i allt högre grad specialiserats. Olika institutioner såsom ekonomi, politik, vetenskap, administration och undervisning, blev avskilda och självständiga. Samtidigt delades arbetsuppgifterna upp i mindre mer specialiserade enheter. Arbetsdelningen kan kopplas till genus, klasstillhörighet, ålder etc.

Genom industrialiseringen förändrades produktionsprocessen. Förändringen ledde till att det socialt konstruerade genusmaktsystemet omvandlades. Arbetsuppgifter som tidigare kopplats till kvinnor blev nu manliga och vice versa. Vilka arbetsuppgifter som kvinnor respektive män sysslade med påverkades av samhällets syn på vad som betraktades vara egenskaper kopplade till kvinnlighet eller manlighet. De manliga arbetena var ofta kopplade till ny teknik och ansågs därför vara mer komplicerade. De arbeten som utfördes av kvinnor var de manuella arbeten som inte en maskin klarade av. Dessa arbeten kunde utgöras av vård- och omsorgsarbeten. Generellt var de kvinnliga arbetena underordnade de manliga i yrkeshierarkin. Att vara underordnad var det samma som att ha låg status. De arbeten med lägre status innefattade arbetsuppgifter som ansågs monotona, fysiskt påfrestande och smutsiga arbeten där man kom i kontakt med till exempel olika typer av kroppsvätskor. Dessa arbeten utfördes ofta av kvinnor.<sup>47</sup>

Arbetskraftens formella kompetens och utbildningsnivå blev allt viktigare under industrialiseringen och har fått en allt större betydelse ju närmare vår tid vi kommer. Förändringar i utbildningars utformning tenderar också att förändra yrkenas genuskodning. Vad som betraktas som kvinnligt respektive manligt förändras över tid. Förändringarna kallas feminiserings- respektive maskuliniseringsprocess. Ett exempel på feminiseringsprocess är när småskollärayrket gick från

---

<sup>46</sup> Strömberg (2004), s.28

<sup>47</sup> Ibid. ss.20-22

att vara mans- till kvinnodominerat under 1800-talets andra hälft. Detta berodde på att utbildningssystemen reformerades. Det blev till exempel obligatoriskt med grundskola, vilket ledde till en skiktning inom läraryrket. Det var främst män som sökte sig högre upp i utbildningssystemet och lärarhierarkin där statusen och lönerna var högre. Småskoleläraryrket övertogs av kvinnor. Inom medicin och förlossningskonsten skedde däremot en maskuliniseringsprocess. En orsak till det är att dessa arbetsområden professionaliserades och lyftes bort från hushållet och familjen, till det offentliga. Att förlösa kvinnor kopplades samman med femininitet, men om det uppstod problem vid förlossning så kopplades det till medicinsk vetenskap och då till maskulinitet. Det berodde inte minst på att kvinnor tidigare inte hade tillgång till högre utbildning på samma villkor som män.<sup>48</sup> Men orsaken till att det lever kvar i våra dagar kan enbart förklaras med sega, oföränderliga samhällsstrukturer kopplat till genus.

Att de kvinnliga yrkena generellt krävt en lägre utbildning och varit mer hantverksmässiga än männens har lett till samhällets rådande genusordning. En effekt av detta är att kvinnor ofta arbetar på lägre positioner i yrkeshierarkin. Dessa strukturella förhållanden är tröga att förändra. Ett exempel på det är att genusarbetsdelningen idag präglas av män som arbetar inom det privata näringslivet med varuproduktion och kvinnor inom offentlig sektor med tjänsteproduktion. Vem som anses vara bäst lämpad att utföra vissa arbetsuppgifter är således nära förknippat med samhällets syn på vad som anses vara kvinnligt respektive manligt.

Undersökningar av de strukturella konstruktionerna av kvinnor och män i samhället visar en vertikal ordning: där män generellt är överst i hierarkin inom välbetalda arbeten med hög status, medan kvinnor oftare återfinns inom lägre betalda yrken med lägre status. Sjukvården är en bransch bestående av olika verksamheter som är beroende av vandra. Olika yrkeskategorier, såsom undersköterskor, sjuksköterskor och läkare, arbetar inom olika delar av verksamheten. Eftersom undersköterskor och sjuksköterskor fortfarande är kvinnodominerade yrken och läkaryrket fortfarande domineras av män, är arbetsdelningen inom vården även ett uttryck för en genusarbetsdelning.<sup>49</sup> Genusarbetsdelningen blir tydlig genom att kvinnor och män inom vården utför olika sysslor och arbetar inom olika yrken. Kvinnor och män befinner sig på olika platser inom den hierarkiska maktstrukturen. Denna *vertikala genusarbetsdelningen* inom vården beskriver denna maktstruktur: män är oftare på högre positioner än kvinnor. Det finns till exempel fler manliga än kvinnliga chefer och läkare inom vården. Trots att vården alltid dominerats av kvinnor

---

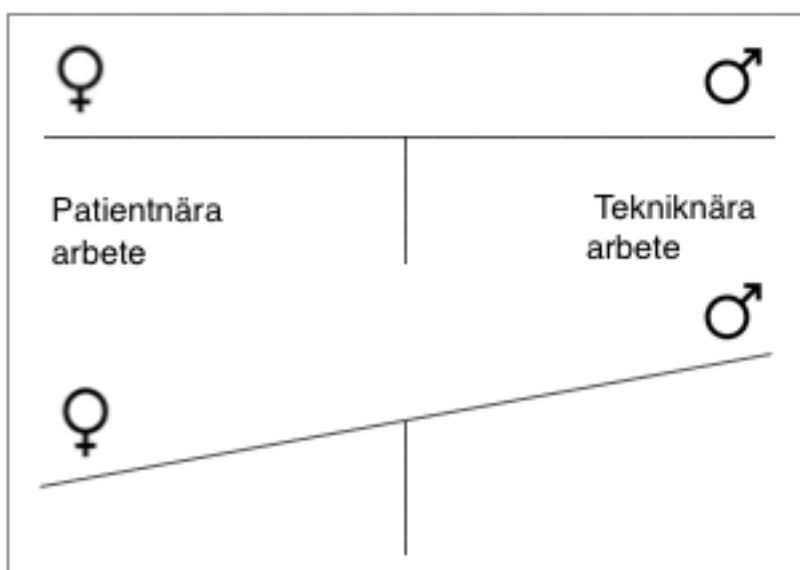
<sup>48</sup> Strömberg (2004), ss.23-26

<sup>49</sup> Läkarutbildningen i Sverige domineras idag av fler antagna kvinnor. Kanske kan det påverka genusarbetsdelningen i framtiden.

har mannen utgjort normen för status, makt och professionalism. Det kvinnodominerade sjuksköterskeyrket har utgjorts av normer som omhändertagande, tröst och lindring. Dessa egenskaper är positivt laddade, men de ses ändå som hierarkiskt underordnad professionalism.

Hur makten är fördelad mellan kvinnor och män inom ett och samma yrke, till exempel sjuksköterskeyrket, kallas *horisontell genusarbetsdelning*.<sup>50</sup> Den horisontella genusarbetsdelningen kan beskrivas på följande sätt:

**Figur 1** - Status och lön för olika arbetsuppgifter inom samma yrke



Källa: Egen sammanställning efter Strömberg (2004) och Sommestad (1992)

Kvinnliga- och manliga sjuksköterskor har ofta olika arbetsuppgifter. Ser den horisontella genusarbetsdelningen ut som i det översta fallet i figuren, värderas arbetsuppgifterna lika och lönen likaså. Om arbetsuppgifterna börjar värderas olika i status och även lönemässigt, som den nedre delen av figuren visar, skapas det problem. Vissa arbetsuppgifter har då tenderat att värderas högre enbart beroende på vem som utför uppgiften. Det är ett uttryck för att det manliga könet höjer status.

Kvinnor arbetar oftare med patientnära arbetsuppgifter, medan män oftare arbetar med tekniska uppgifter. Att de arbetar med olika uppgifter går att koppla samman med de i samhället rådande värderingar av vad anses vara kvinnligt respektive manligt. De kvinnliga och manliga sjuksköterskorna har däremot ofta samma kompetens, har läst samma utbildningar, och borde därför

<sup>50</sup> Strömberg (2004), ss.16-17

värderas lika. Det mansdominerade teknisknära arbetet värderas ofta högre än det kvinnodominerade patientnära arbetet, vilket leder till att de ofta har både högre status och högre lön.<sup>51</sup>

### 1.10. Metod och källdiskussion

Statistiska centralbyrån (SCB) är en statlig förvaltningsmyndighet som ansvarar för all offentlig statistik i Sverige. De har sedan 1886 sammanställt information och data om bland annat löner.<sup>52</sup>

SCB:s målsättning är att genom statistiken ge ett väl genomarbetat underlag vid löneförhandlingar, ekonomiska analyser och göra information lättillgänglig för allmänheten.

Genom att studera institutionella förändringar i form av lagändringar och reformer har löneutvecklingen försökt förklaras. För att hitta relevanta lagändringar och reformer har sökningar på riksdagens och regeringens hemsidor gjorts med orden ”sjukvård”, ”sjuksköterska” och ”vårdpersonal”. Sökordet ”sjukvård” får många träffar, medan träffarna på ”sjuksköterska” och ”vårdpersonal” är knapphändiga.

Sjuksköterskelönerna mellan 1977 och 1991 kartlades genom att samla in data från SCB:s årliga rapporter ”*Kommunal personal - Landsting*” och ”*Hälso- och sjukvård*” under kategorin ”*Historisk statistiskt*” på SCB:s hemsida. Lönestatistiken som använts finns under rubriken ”*Landstingspersonal 1 november (exkl. helt tjänstlediga) i vissa befattningar, efter genus och med genomsnitt för ålder och överenskommen lön*”. Sjuksköterskelönerna är därefter uppdelade i olika grupper: administrerande sjuksköterska föreståndare, administrerande sjuksköterska primärvårdsföreståndare, sjuksköterska barnmorska assisterande, sjuksköterska barnmorska assisterande natt, distriktssjuksköterska, sjuksköterska barnavårdscentral och en för alla sjuksköterskegrupper i genomsnitt. Det är den sistnämnda som har använts. Lönestatistiken i ”*Kommunal personal - landsting*” och ”*Hälso- och sjukvård*” är uttryckta i kronor och ören.<sup>53</sup>

Lönerna 1992 till 2001 har hittats i ”*Lönedatabasen*” på SCB:s hemsida, under kategorin ”*Äldre tabeller som inte uppdateras*” och därefter under fliken ”*Genomsnittlig månadslön och grundlön inom landstingskommunal sektor efter yrke, ålder och genus 1992-2001*”. Där har ”*sjuksköterska*” valts under kategorin ”*Yrke*”, ”*Genomsnittlig månadslön*”, ”*alla åldrar*” och ”*båda*” under kategorin ”*genus*”. Lönerna är uttryckta i kronor och ören.

---

<sup>51</sup> Strömberg (2004), s.30

<sup>52</sup> Vårdförbundet - historik. <https://www.vardforbundet.se/om-vardforbundet/vilka-vi-ar-och-vart-uppdrag/historik/> (2018-05-08)

<sup>53</sup> Kommunal personal 1977-1991 [https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1977-1991.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1977-1991.pdf) 2017-12-01

För att hitta lönerna mellan 2002 och 2017 har *”Lönedatabasen”* och sedan *”Genomsnittlig månadslön och grundlön inom landstingskommunal sektor efter yrke, ålder och genus 2002-2017”* undersökts. Här har samma procedur använts som för lönerna mellan 1992 till 2001.

Statistik över polislöner finns inte digitaliserad på SCB:s hemsida innan 1986. Därmed sträcker sig polislönestatistiken mellan år 1986-2017. Lönerna har därefter sammanställts på samma sätt som för sjuksköterskelönerna, med undantaget att lönerna mellan 1986-1992 återfinns i dokumentet *”Löner och sysselsättning inom offentlig sektor. Del 1, Statsanställda”*. Här är lönerna uttryckta i kronor och ören.

Efter att ha sammanställt lönerna för perioden 1977-2017 har SCB:s prisomräknare använts för att översätta alla löner till 2017 års köpkraft för att jämförelsen ska bli korrekt. SCB:s prisomräknare är baserad på det årliga genomsnittliga konsumentprisindexet (KPI). Därefter har det gjorts en komparativ studie mellan sjuksköterske-, polis- och de kvinnliga- och de manliga industriarbetarlönerna.

Samtliga löner för de undersökta yrkesgrupperna perioden 1977-2017 har därefter satts in i ett linjediagram. Ett linjediagram bedömdes vara det mest passande för jämförelser mellan löneutveckling för de olika yrkena samt för undersökning av förändringar i löneutvecklingen över tid.

De institutionella förändringarna har kartlagts genom undersökningar av SOU, lagändringar och reformer på hälso- och sjukvårdsområdet. Genom att söka på riksdagens-, och regeringens- och Socialstyrelsens hemsidor på ”sjukvård” har de varit enkla att hitta. Därefter har de SOU, lagändringar och reformer valts ut som bedömts vara relevanta för uppsatsens syfte.<sup>54</sup> Sedan har en undersökning över hur lagstiftning och reformer och löneutveckling har förhållit sig till varandra över tid, samt hur och om de har sammanfallit med de institutionella förändringarna, genomförts.

Sekundärlitteratur i form av avhandlingar, studier, etc. har använts för att undersöka de institutioner som tentativt har påverkat löneutvecklingen inom sjuksköterskeyrket.

Det finns säkert andra metoder att använda för att ta fram mer exakt löneutveckling för sjuksköterskeyrket. Ett sätt hade varit att välja två eller några fler landsting och utifrån primärmaterial från respektive landsting ta fram lönedata. Det hade kanske visat, förutom en mer precis löneutveckling, även regionala olikheter i landet. Är löneutvecklingen i städer bättre än i glesare bygder? Det vet vi inte utifrån denna uppsats men skulle kunna vara något att studera senare. Lönestatistiken är nu framtagen på makronivå och får i uppsatsen vara de siffror som ligger

---

<sup>54</sup> SOU och SFS om Hälso- och sjukvård

till grund för den löneutveckling som diskuteras. En annan metod som hade kunna tillämpas hade varit ekonometrisk där man genom mikrodata hade räknat fram en antagen löneutveckling för yrket. Det hade kanske visat på en liknande utveckling som jag nu fått fram, men förlusten i den metoden hade varit att vi inte vetat vilken eller vilka drivkrafterna varit som legat bakom förändringen. Jag har utifrån detta valt en mer kvalitativ metod baserad på material hämtat från offentlig statistik.

### 1.11. Disposition

I uppsatsens följande del behandlas hur könsarbetsdelningen på arbetsmarknaden påverkat sjuksköterskeyrket. I fokus för undersökningen står förändringarna på den svenska arbetsmarknaden, såsom reformer och avtal mellan arbetsmarknadens parter, och hur det har påverkat yrkets löneutveckling. Förändrade ekonomiska förutsättningar och de efterföljande reformerna, från och med 1970-talet behandlas i slutet av avsnittet.

I den tredje delen av uppsatsen följer en genomgång av de institutionella förändringar som tentativt har påverkat sjuksköterskors löneutveckling mellan 1977 och 2017. Det följs av en beskrivning av löneutvecklingen för sjuksköterskeyrket, manliga industriarbetare, kvinnliga industriarbetare och polisycket under samma tidsperiod.

I uppsatsens fjärde del diskuteras om och eventuellt hur sjuksköterskelönerna har påverkats av de institutionella förändringar som presenterades i uppsatsens tredje del. Här diskuteras även genusarbetsdelningens och de samhällsliga och ekonomiska klimatets påverkan på löneutvecklingen.

Sist i uppsatsen presenteras förslag på vidare forskning inom uppsatsens studerade område.

## 2. Arbetsmarknadens genusarbetsdelning

Kvinnor och män har alltid arbetat, dock har deras arbete skiljt sig åt. Det så kallade *kvinnoarbetet* har inte alltid registrerats eller räknats som arbete. Kvinnoarbete har traditionellt inneburit ofta tillfälliga lönarbeten såsom städning, tvätt, sömnad, och matlagning, eller oavlönat hushållsarbete i det egna hemmet. Samhällets reproduktiva arbeten, till exempel lågt avlönat ofta offentligt finansierat vård- och omsorgsarbete, har historiskt nästan uteslutande utförts av kvinnor. Samhällets produktiva arbeten har till övervägande del utförts av män inom relativt högt betalt industriarbete i den privata sektorn. Att kvinnor och män traditionellt har arbetat inom olika sektorer med olika löner och rättigheter kallas att arbetsmarknaden är *genuskodad*.

### 2.1. Genusarbetsdelningen på arbetsmarknaden historiskt

Den genuskodade arbetsmarknaden har sin grund i det jordbruksdominerade samhället vars produktion huvudsakligen skedde inom ramen för hushållet. Mannen var ansvarig för hushållets medlemmar och föreståndare för hushåll och produktion. Produktionen var strikt uppdelad i manliga och kvinnliga sysslor. Grovt sett utförde män utomhussysslor och kvinnor inomhussysslor, såsom att laga mat, sy, ta hand om barn eller en äldre sjuk familjemedlem.

Genom industrialiseringens processens början under slutet av 1700-talet och början av 1800-talet överfördes den genuskodade hushållsproduktionen till nya typer av plattformar, såsom fabriker och verkstäder. Arbetet organiserades och utfördes på nya sätt, men de genuskodade sysslorna stannade i stor utsträckning kvar. Inom industrin arbetade kvinnor med sådana uppgifter som ansågs vara lättare eller krävde yrkesutbildning, medan männen utförde sådana uppgifter som ansågs mer tekniskt avancerade och krävande.<sup>55</sup>

Kvinnolönen i det industriella samhället var låg liksom den hade varit inom jordbrukssamhället, och utgjorde endast till 35-75 procent av manslönen. I det nya industriella samhället fortsatte mannen att definieras som lönarbetaren som skulle försörja sig själv och sin familj.

Fackföreningarnas framväxt med krav på förbättrade arbetsförhållanden och höjda löner var inte till för kvinnor, utan nästan uteslutande förbehållna manliga arbetare. Det berodde bland annat på att kvinnor ansågs utgöra ett hot mot manliga arbetares arbetstillfällen och lönenivåer. De ansågs också hota den manliga arbetarens strävanden att upprätthålla hushållets traditionellt patriarkala hierarki i industrisamhället. Borgerligheten som hade växt fram under 1800-talet och dess familjeideal och de

---

<sup>55</sup> Andersson (2002), ss.42-43



genusroller som föreskrevs kvinnor och män stod modell för familjesynen. Mannen var försörjaren, medan kvinnan var hushållsarbetaren och vårdaren.

Trots idealet om den hemarbetande kvinnan och mannen som familjeförsörjare, var en arbetande kvinna utanför hemmet och hennes inkomst ofta nödvändig för familjens överlevnad. Kvinnor hade inte formella anställningar i samma utsträckning, och hennes inkomster sågs för det mesta som komplement till mannens. De hemarbetande kvinnornas tillskott till familjeekonomin registrerades heller inte i den offentliga statistik som började föras i början av 1900-talet.<sup>56</sup>

Under 1800-talet började framför allt borgerskapets ogifta kvinnor att lönearbeta. Dessa började främst att arbeta inom den offentliga tjänstesektorn, ofta som lärarinnor eller sjuksköterskor. Den gifta kvinnans lön sågs dock fortfarande som komplement till mannens. Det ledde till att kvinnor, ogifta eller ej, trots sitt lönearbete var beroende av en manlig familjeförsörjarlön för sin överlevnad. I de ogifta kvinnornas fall kunde det röra sig om en äldre manlig släkting eller en bror.<sup>57</sup>

Det har historiskt förelegat en *värdediskriminering* av kvinnors arbete. Än idag uppvisar arbetsmarknaden ett informellt isärhållande och rangordning mellan vad som uppfattas som kvinnliga respektive manliga yrken. Inom genusforskningen beskrivs detta isärhållande som en föreställning om att kvinnor och män är olika och att denna olikhet är grundläggande för vilka egenskaper och förmågor kvinnor och män har. Historiskt har denna rangordning av kvinnors och mäns arbeten inneburit att det manliga ses som det normala, eller *normen*, medan kvinnan varit *den andra*. Isärhållandet och rangordningen av genus utgör grunden för en strukturell genusordning, som samtidigt utgör en maktordning där männen, deras arbete och handlingar rangordnas högre.

På samma sätt som olika yrken har ansetts kvinnliga eller manliga, har föreställningarna om kvinnliga och manliga egenskaper skiljt sig åt. Det kvinnliga har varit det känsliga, varma och empatiska, medan det manliga har varit det rationella, starka och praktiska. Föreställningarna upprätthålls genom att både medvetet och omedvetet rangordna och klassificera kvinnors och mäns egenskaper, kroppar och beteenden utifrån föreställningar om genus. Det avspeglas i föreställningen att kvinnor är bra på att arbeta inom vård- och omsorgssektorn och män är bra på att fatta rationella beslut och anses därför mer lämpade att styra. Denna *genusordning* får stora konsekvenser som återspeglas på arbetsmarknaden genom att kvinnor och män arbetar inom olika sektorer, på olika positioner och har olika lön för lika arbete.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> Sommerstad (1992), ss.18-21

<sup>57</sup> SOU 2015:50 *Hela lönen, hela tiden*. s.67

<sup>58</sup> SOU 2015:50 *Hela lönen, hela tiden*. ss.67-68

Under 1900-talets början ökade dock diskussionerna om kvinnors rätt att arbeta inom traditionellt mansdominerade yrken. De egenskaper som sågs som kvinnliga skulle utgöra ett komplement till de manliga egenskaperna. Till ingenjörsyrket kunde kvinnan ”*bjuda männen spetsen*”<sup>59</sup> och tillföra den tålmod och noggrannhet som yrket behövde. Inom läkaryrket och juridiken tillförde kvinnan genom sina kvinnliga erfarenheter och egenskaper detaljsinne, kvinnlig intuition och förståelse för sina medmänniskor. För att kvinnor skulle slå sig in på traditionellt manliga yrkesbanor krävdes därmed att de kunde argumentera för att deras kvinnliga egenskaper kompletterade de som mannen saknade.<sup>60</sup>

## 2.2. Sjuksköterskan under 1900-talets första decennier

Vad som har räknats som kvinnligt respektive manligt arbete har varierat över tid. Vad som inte har förändrats är dock att vad som ses som kvinnligt respektive manligt arbete har skiljts åt. Arbete som till majoritet bestått av kvinnor har historiskt renderat både lägre status och lön oavsett vad arbetsuppgiften bestått av. Kvinnor inom den mansdominerade industrisektorn tjänade till exempel mindre än sina manliga kollegor. Kring sekelskiftet 1900 genomgick arbetsmarknaden stora förändringar. Nya arbetsområden öppnades vilket ledde till ökade möjligheter till expansion för alla. Det blev till exempel tänkbart för kvinnor att träda in på traditionellt manliga områden. Andelen kvinnliga förvärvsarbetare växte kraftigt och var år 1920 35 procent inom privat tjänstemannasektor. Den offentliga tjänstesektorn bestod till mer än hälften, 53 procent, av kvinnor.<sup>61</sup>

Sjuksköterskeyrket, likt det vi har idag, växte fram under 1800-talets andra hälft. Yrket var ett renodlat kvinnoyrke. Sjuksköterskeyrket under 1800-talets slut och 1900-talets början var tungt och arbetsdagarna var långa. De saknade de rättigheter som olika manliga yrkesgrupper hade tillskansat sig under samma period. De hade inte rätt att vidareutbilda sig eller tillta stridsåtgärder. Sjuksköterskans arbete var en livsuppgift. Kraven på disciplin och ständig tillgänglighet var höga och lönerna ytterst låga, samt utgjordes endast av en symbolisk summa. Trots den låga lönen hade yrket förhållandevis hög status.<sup>62</sup>

---

<sup>59</sup> Andersson (2002), s.114

<sup>60</sup> Ibid.

<sup>61</sup> Ibid. s.115

<sup>62</sup> Ibid. s.15

Sjuksköterskeyrket sågs snarare som ett *kall* och barmhärtighetsverk än som ett yrke. Kalltanken härstammar från den lutherska läran om att samhällets idealt skulle organiseras genom ett patriarkalt hierarkiskt ståndssamhälle och varje människas plats i tillvaron. Kvinnor och män hade olika uppgifter i samhället. Kalltanken och kvinnan har haft en stark koppling till varandra. Kvinnors arbete skulle präglas av ett kall och har haft en stark prägel på sjuksköterskeyrket.

Tanken att kvinnan skulle förvärvsarbeta var under 1800- och början av 1900-talet tabu. Det stred mot normen om kvinnan som ansvarig för hem och barn eller äldre sjuka släktingar. Sjuksköterskor förväntades därmed avstå från allt utanför sitt arbete, gifta sig och bilda familj.<sup>63</sup> Sjuksköterskan skulle viga sitt liv åt att vårda, och hennes arbete skulle inte handla om att försörja sig själv eller sin familj, utan om att visa godhet och kärlek till sina medmänniskor.<sup>64</sup> Yrket kopplades ihop med typiskt ”kvinnliga” egenskaper, såsom mildhet, godhet och lydnad. Att vara en bra sjuksköterska var att besitta så många av de typiskt kvinnliga egenskaperna som möjligt. Eftersom att lönen var för låg för att leva på, krävdes finansiering från föräldrahemmet för att kunna försörja sig. Majoriteten av sjuksköterskorna kom därför från förmögna familjer ur borgar- eller överklassen.<sup>65</sup>

### 2.3. Svensk sjuksköterskeförening

Perioden mellan 1910 och 1930 präglades av kraftfulla initiativ för att förstärka sjuksköterskeyrkets status. 1910 bildades Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). Det var den första intresseorganisationen som samlade Sveriges sjuksköterskor. Under 1900-talets första decennier hade sjuksköterskor inte rätt att organisera sig fackligt. Yrket ansågs inte passa in i ramen för vad en arbetare var. Fackföreningar var främst till för män från arbetarklassen som arbetade inom industrin. Först och främst sågs inte sjuksköterskeyrket som ett yrke, för det andra bestod yrket i huvudsak av överklasskvinnor och för det tredje var yrket kvinnodominerat.<sup>66</sup>

Arbetsrättsliga frågor och krav på högre löner var bannlysta från SSF, både av föreningens ledning och av de fackliga centralorganisationerna. Sådana krav ansågs vara det samma som att motsätta sig de uppgifter och platser som Gud hade tilldelat kvinnan respektive mannen. Dessa normer innebar att kvinnan var underordnad mannen och hennes plats var i hemmet där hon skulle utföra sina plikter som mor och hustru, eller i sjuksköterskans fall med vårdarbete under den

---

<sup>63</sup> Ibid. ss.103-104

<sup>64</sup> Ibid, ss.37-40

<sup>65</sup> Ibid, s.61

<sup>66</sup> Dufwa, ss.51-53

manlige läkaren. Om kvinnan skulle arbeta, innebar det att hon skulle göra mannens, läkarens, sak till sin. Sjuksköterskornas och läkarens hierarkiska relation var inte bara av formell karaktär. Förutom yrkeshierarkin förelåg en stark genushierarki. SSF dominerades starkt av kalltanken. En av de ledande sjuksköterskorna inom SSF var Magda Meyersson. Hon skildrade sjuksköterskan i ett betänkande angående sjuksköterskeutbildningen 1916 såhär:

*”Att vårda, hjälpa och stödja äro instinktiva uppgifter för kvinnan, tillhöra hennes väsens egenart. När samhället och den enskilde ropat på hjälp emot sjukdom, olycka och nöd och när man upptäckt, hus dessa skola botas och förekommas, hava kvinnor i mängd skyndat till och offrat ett hängivet och plikttroget arbete.”*<sup>67</sup>

Yrkeshierarkin inom sjukvården var, och är, djupt rotad. Den kvinnliga sjuksköterskan skulle fungera som tjänare till och vara underordnad den manlige läkaren. Att säga emot eller sätta sig upp mot läkaren var inte tillåtet.<sup>68</sup> Magnus Huss, läkare och generaldirektör för Medicinalstyrelsen, beskrev början av 1900-talet relationen mellan sjuksköterskan och läkaren:

*”Läkaren vid sjuksängen är förman, sjuksköterskan är underordnad, samt detta förhållande måste uti sjukrummet under alla omständigheter upprätthållas. Inför den sjuke eller hans omgivning få hon aldrig visa sig i ord eller åbörd missbilliga eller klandra gifna föreskrifter.”*<sup>69</sup>

Trots att kallet starkt präglade sjuksköterskeyrket, med betoningen på sjuksköterskans underordnade ställning och som läkarens hjälpreda, blev sjuksköterskan under 1900-talets första decennier alltmer självständig. SSF:s relation till läkarkårens intresseorganisationer hade i huvudsak varit konfliktundvikande. Dock med några få undantag. Under 1910-talet uppstod konflikter kring sjuksköterskors utbildningslängd som bara var ett år, vilket SSF menade var för kort. Konflikterna under det följande decenniet kom att handla om läkarnas rätt att fritt anställa och avskeda sjuksköterskor. Under 1920-talet började även sjuksköterskans skydd som arbetstagare diskuteras. Dock var SSF kritik gentemot läkarkåren väldigt sparsam. En anledning till det kan vara

---

<sup>67</sup> Betänkande angående den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning och arbetsförhållanden, angivet den 22 december 1916 av civildepartementet sakkunniga, s.18 från Andersson (2002), s.141

<sup>68</sup> Andersson (2002), s.168

<sup>69</sup> Några upplysningar om bildningsanstalter för sjuksköterskor i allmänhet och särskildt om den i hufvudstaden upprättade (Stockholm 1904), s.12 från Andersson (2002), s.169

sjuksköterskornas beroendeställning till läkaren. Genom att undvika att ifrågasätta läkarens maktposition kunde de forma en stark yrkesidentitet och kämpa för utbildning utan att stöta på allt för hårt motstånd från läkarkåren.<sup>70</sup>

På 1930-talet kom tiderna att förändras något. Genom en ökad efterfrågan på sjukvårdstjänster växte behovet av vårdpersonal. Överklassens kvinnor kunde inte längre täcka behovet av sjuksköterskor. Det ledde till att kvinnor från medel- och arbetarklassen steg in i yrket. Dessa kvinnor saknade ofta finansiering hemifrån, och därmed växte kraven på löneökningar. För att kunna arbeta som sjuksköterska krävdes en lön som de kunde försörja sig på. Under samma period började kalltanken att ifrågasättas i större utsträckning. Under 1930-talet krävde protesterande sjuksköterskor högre löner, högre status, rätten att få organisera sig fackligt och en bojkott av kalltanken. Protesterna gav effekt och år 1933 blev SSF en fackförening.<sup>71</sup> År 1946 blev SSF en del av Tjänstemännens centralorganisation (TCO). Trots att SSF nu var en fackförening saknade de många av de rättigheter som andra sektorer hade. Anställda inom offentlig sektor saknade fram till 1965 förhandlingsrätt och rätt att ta till stridsåtgärder. Ju längre in på 1900-talet ju mer började synen på kvinnan, sjuksköterskan, som enbart ett komplement och stöd åt mannen, läkaren, började luckras upp. Sjuksköterskeyrket började bli en mer självständig yrkeskategori.<sup>72</sup>

#### 2.4. Reformerna för att minska ojämställdheten under 1900-talet

Under 1800-talet började allt fler krav resas för att förbättra kvinnors ekonomiska försörjningsmöjligheter och medborgerliga rättigheter. I mitten av seklet initierades kvinnors rätt till bland annat utbildning, arbete, ägande och rösträtt. År 1845 fick de svenska kvinnorna samma arvsrätt som männen, 1846 fick ogifta kvinnor rätt att bedriva näringsverksamhet (gifta kvinnor var däremot fortfarande uteslutna), 1920 blev kvinnor myndigförklarade och 1921 fick de rösträtt. År 1925 fick de tillträde till högre ämbeten inom staten och 1928 fick de möjlighet att studera vid de statliga läroverken.

Den första vågen av feminism växte fram under 1900-talets början och innebar att kvinnor strävade efter de rättigheter och möjligheter som män redan hade genom till exempel allmän och lika rösträtt och rätt till utbildning. Den lagstiftning som innan hade utestängt kvinnor eller inskränkt kvinnors rättigheter kan beskrivas som ett slags *ojämställdhetspolitik*. Upphävandet av

---

<sup>70</sup> Andersson (2002), ss.104-105 och 173

<sup>71</sup> Dufwa (2002), s.19

<sup>72</sup> Vårdförbundet - historik <https://www.vardforbundet.se/om-vardforbundet/vilka-vi-ar-och-vart-uppdrag/historik/>

sådan lagstiftning och införandet av en mer jämställd lagstiftning ledde till att kvinnor blev politiska subjekt med formella rättigheter och möjligheter att påverka politiken.<sup>73</sup>

Under 1920-talets slut hade därmed kvinnor i lagtext nästintill samma rättigheter som män. Kvinnor var dock enligt Regeringsformen från 1809 fortfarande utestängda från vissa yrken. De fick inte anställas som poliser, präster, militärer eller arbeta inom mentalvården då dessa yrken bara fick innehas av "*infödde svenske män*". Först 1949 togs bestämmelsen bort ur Regeringsformen och ersattes av "*svenska medborgare*". Därmed eliminerades de sista juridiska hindren för kvinnors tillträde till arbetsmarknaden. Genom avtalsrörelsen samma år togs ett principbeslut mellan LO och SAF om lika lön för kvinnor och män i statliga befattningar.

Att kvinnor skulle lönearbete var trots lagändringarna och avtalen 1949 långt ifrån självklart. Inte förrän 1960 enades LO och SAF om att ta bort de särskilda kvinnolönerna ur kollektivavtalen. 20 år senare, år 1980, blev det i lagtext förbjudet med genusdiskriminering i arbetslivet. Lagen ersattes 2009 av den nuvarande diskrimineringslagstiftningen. Kvinnor och män har idag samma formella rättigheter på arbetsmarknaden.<sup>74</sup>

## 2.5. Välfärdsstaten

Under 1930-talet belystes folkhälsans och hälsans roll för samhällsutvecklingen och den ekonomiska tillväxten. Hälsan sågs på politisk nivå som en viktig del i utvecklingen mot ett välfärdssamhälle. En frisk befolkning var det samma som en frisk arbetskraft. En frisk arbetskraft ansågs i sin tur mycket ekonomiskt värdefull. Till följd av detta växte en statligt finansierad sjukvård fram under 1940-talet.<sup>75</sup>

Syftet med de välfärdsreformer som genomfördes under 1940- och 1950-talen var att hela den svenska befolkningen skulle täckas av ett allmänt sjukdomsskydd. Genom en sjukhusreform 1959 fick den offentliga sjukvården nästan en monopolställning inom vård- och omsorgssektorn.<sup>76</sup> Reformerna stärkte vårdens roll i samhällsutvecklingen och sjukhusens roll blev viktigare. Fokuset låg emellertid på vad vården skulle innehålla och erbjuda patienterna och inte på personalen som utförde den. På vilket sätt skulle då olika vårdyrken lyftas fram och deras arbetsinsatser

---

<sup>73</sup> SOU 2015:50 *Hela lönen - hela tiden*, ss.65-66

<sup>74</sup> Ibid.

<sup>75</sup> Andersson-Skog och Strömberg (2012), s.79

<sup>76</sup> Hälsa- och sjukvårdssystemens reformer (2006), s.61

synliggöras? Det fanns en stark tilltro att detta skulle göras möjligt inom ramen för den svenska modellen.

## 2.6. Den svenska modellen

Socialdemokratiska Arbetarpartiet (SAP) innehade oavbrutet regeringsmakten 1936 till 1976. Den förda politiken under SAP hade stor betydelse för de institutionella ramarna kring den ekonomiska utvecklingen i Sverige.

Den svenska modellen växte fram under slutet av 1930-talet. Begreppet kan avse flera saker, men det syftar oftast på de relationer som utvecklades mellan arbetsmarknadens parter, den solidariska lönepolitiken, fredliga förhållanden på arbetsmarknaden samt den sociala välfärdspolitiken från och med 1930-talet. Den svenska modellen beskrivs även som medelvägen: balansen mellan kapitalism och socialism och den höga graden av samförstånd och kompromiss mellan dessa.<sup>77</sup>

*Saltsjöbadsavtalet* kan ses som ett startskott och en symbol för den svenska modellen.

Landsortsorganisationen (LO) och Sveriges arbetsgivareförbund (SAF) slöt 1938

Saltsjöbadsavtalet. Den direkta bakgrunden till avtalet var statsmaktens hot om lagstiftning på arbetsfredens område, till följd av de talrika arbetsmarknadskonflikterna under 1900-talets första decennier. Både LO och SAF var negativa till en lagstiftning. Genom avtalet fastställdes en bestämd förhandlingsordning vid konflikter mellan arbetsmarknadens parter. Strävan för högre löner var för fackföreningsrörelsen det viktigaste målet. Högre löner på sikt kunde inte åstadkommas utan en ökad ekonomisk tillväxt, menade de ledande fackföreningsmännen. För att uppnå både löneökningar och ekonomisk tillväxt gick fackföreningarna med på att hålla igen på lönekraven, och acceptera företagsägarnas vinster, rationaliseringar och omstruktureringar inom industrin. Det ansågs vara den enda vägen för att skapa starka fackföreningar och undvika smärtsamma och långdragna stridsåtgärder på arbetsmarknaden. Avtalen, förhandlingsordningen och samtalen med de motsatta parterna ledde till att fackföreningsrörelsen växte och gav dem en mycket starkare förhandlingsposition både gentemot arbetsgivarna och de egna medlemmarna.

Centralorganisationerna, främst LO, skulle tillåtas växa på bekostnad av de lokala fackföreningarna. Om de lokala fackföreningarna var på väg att dra igång en strejk, skulle centralorganisationerna ha rätt att stoppa den om den riskerade att bli för kostsam. Även SAF insåg fördelarna med avtalet.

---

<sup>77</sup> Magnusson (2002), ss.445-446

SAP:s politik ansågs vara ett hot mot SAF:s intressen, och genom Saltsjöbadsavtalet försvann farhågan med en arbetsfredslagstiftning.<sup>78</sup>

### 2.6.1. LO:s betydelse för lönebildningen

De svenska fackliga centralorganisationerna utgörs av LO bildad 1898, TCO bildad 1944 och Sveriges akademikers centralorganisation (SACO) bildad 1943. LO var (och är) den största centralorganisationen vars roll var som den centrala förhandlingskartellen för de ingående fackförbunden. LO fungerade som den centrala ledningen för ett antal mycket skilda förbund, från vitt skilda branscher.<sup>79</sup>

TCO är en sammanslutning av De anställdas centralorganisation (Daco, för den privata sektorn) och det gamla TCO (för den offentliga sektorn). TCO har inte en lika stark och ingen förhandlande roll likt den som LO har. Deras huvuduppgift är istället att företräda medlemsförbunden gentemot staten och arbetsgivareorganisationer. Historiskt har TCO organiserat det samlade tjänstemannaintresset, men är idag snarare en företrädare för akademiker och högskoleutbildade på arbetsmarknaden. De inbegående förbunden i TCO hade 2015 sammanlagt 1,2 miljoner medlemmar.

År 1977 bildades sjuksköterskornas nuvarande fackförbund Vårdförbundet genom en sammanslagning av SSF, Svenska Laboratorieassistentföreningen (SLF), Medicinsk-tekniska assistentföreningen (MAF) och Svenska Barnmorskeförbundet (SBF).<sup>80</sup> Den kvinnliga organiseringen hade därför betydelse. Att dessutom ingå i en större facklig grupp innebar att sjuksköterskorna fick referenser att jämföra sin egen yrkesutveckling med.

### 2.6.2. Den solidariska maktens hot

Under mellankrigstiden växte synen inom SAP att fackföreningsrörelserna borde tillämpa en politik som minskade löneskillnaderna. År 1938 slog LO fast att fackföreningsrörelsen skulle tillämpa en så kallad *solidariskt lönepolitik*. Det innebar att bättre ställda grupper på arbetsmarknaden skulle hålla igen på sina lönekrav till förmån för de med lägre lön. Grundtanken från 1938 var att en lägre löneökningstakt inom höglöneindustrierna skulle leda till lägre priser och därmed komma de lågavlönade till del. Tanken realiserades dock inte. Den solidariska lönepolitiken som istället

---

<sup>78</sup> Ibid. ss.448-449

<sup>79</sup> Gråbacke (2002), s.338

<sup>80</sup> Vårdförbundet - historik <https://www.vardforbundet.se/om-vardforbundet/vilka-vi-ar-och-vart-uppdrag/historik/>



praktiserades utvecklades av LO-ekonomerna Gösta Rehn och Rudolf Meidner under slutet av 1940-talet. Enligt modellen, som kom att kallas Rehn-Meidner-modellen, var det centrala problemet i Sverige under efterkrigstiden att förena hög sysselsättning med hög tillväxt och prisstabilitet. Hög tillväxt skulle skapas genom ökad effektivitet och strukturrationaliseringar, som i sin tur krävde investeringar och därmed ett högt vinstläge inom de effektivaste branscherna. Full sysselsättning och prisstabilitet kunde bara uppnås genom att arbetsmarknadens parter tillämpade en solidarisk lönepolitik. Samtidigt skulle staten motverka en för hög inflationstakt genom att hålla nere efterfrågan genom att föra en restriktiv finanspolitik samt högt beskatta företagen.

För löntagarna inom de starkaste mest effektiva branscherna innebar den solidariska löneprincipen att de inte fick ut så stora löneökningar de kunde ha fått. Samtidigt riskerade de företag som inte hade råd att föra en solidarisk lönepolitik att slås ut, vilket var en risk de var medvetna om från både SAP:s och LO:s håll. De arbetstagare som blev arbetslösa till följd av löneprincipen fick möjlighet till omskolning eller förflyttning till andra branscher.

Saltsjöbadsavtalen genom samförståndet mellan arbetsmarknadens parter var grunden till den solidariska lönepolitiken och avgörande för att den fungerade. Löneprincipen enligt Rehn-Meidner-modellen tillämpades i varje avtalsrörelse från 1955 till 1980-talets mitt.<sup>81</sup>

Den solidariska lönepolitiken innebar att löneökningstakten för låginkomsttagare ökade. Kvinnor, och i synnerhet de som arbetade inom offentlig sektor, tillhörde den grupp som hade de lägsta lönerna. Det ledde till att löneskillnaderna mellan olika yrkesgrupper men även mellan kvinnor och män minskade.<sup>82</sup> Under 1960- och 1970-talen minskade lönegapet mellan kvinnor och män i landet snabbare än vad det gjort både innan och efter. Den solidariska lönepolitiken hade även en roll i att andelen kvinnlig arbetskraft ökade från omkring 60 procent år 1960 till 80 procent 1990.<sup>83</sup>

Sjuksköterskelönerna ansågs dock inte vara tillräckligt låga för att omfattas av politiken.<sup>84</sup> Den solidariska lönepolitiken var inriktad på produktionssektorer, och inte på den offentliga sektorn trots dess ambition. Eller var det så att vård ansågs vara det arbete som läkare utförde och sjuksköterskor såg som deras assistenter? Anammandet av andra modeller kan kanske visa det.

### 2.6.3. EFO-modellen

---

<sup>81</sup> Ibid. ss.449-451

<sup>82</sup> Löfström (2014), s.7-8

<sup>83</sup> Ibid, s.12

<sup>84</sup> Dufwa (2002), s.125

EFO-modellen är en nationalekonomisk modell uppkallad efter ekonomerna Gösta Edgren (TCO), Karl-Olof Faxén (SAF) och Clas-Erik Odhner (LO). Den tillämpades under svenska avtalsrörelser på framför allt 1950- och 1960-talen. Modellen användes för att förklara sambandet mellan lönebildning och inflation i Sverige på 1960- och 1970-talen. De delade in modellen i två sektorer, K- och S-sektorn. K-sektorn kallades sektorn som utsattes för internationell konkurrens. Här sattes lönerna utifrån den internationella inflationen och produktivitetsökningen i framför allt industrisektorn. Sektorn var ledande på den svenska arbetsmarknaden. S-sektorn utgjordes bland annat av den offentliga tjänstesektorn. Lönerna inom S-sektorn skulle överensstämma med lönerna inom K-sektorn enligt en solidarisk lönepolitik, lika lön för lika arbete.<sup>85</sup> Men vad är då lika lön för lika arbete i vården? Är det utbildningsrelaterat eller arbetsuppgiftsrelaterat? Modellen haltar utifrån att S-sektorn alltid är inflationskänslig. Låga skatteintäkter är det samma som låg löneutveckling i offentlig sektor. Inte heller denna modell kan sägas stärka löneutvecklingen för sjuksköterskor i Sverige.

### *2.6.3. Den offentliga sektorns expansion*

Politiken efter andra världskrigets slut på 1940- och 1950-talen kännetecknades av en svag tro på marknadsekonomin. Marknadsekonomin sågs som en instabil institution som behövde stabiliseras av staten. Perioden präglades av statens och den offentliga sektorns ökade roll i den svenska ekonomin. En socialistisk politik blandades med en statsstyrd kapitalism, vilket innebar ett slags blandekonomi.<sup>86</sup> Staten skulle styra ekonomin och investera för att öka produktionen av både arbete och kapital, samt föra en politik för en välfärd genom en statligt finansierad offentlig sektor. Målen var en hög och stabil tillväxt, låg arbetslöshet, välfärd och en jämn fördelning av inkomster. Sjukvården tillhörde en av de starkaste tillväxtkrafterna under efterkrigstiden. Den offentliga sektorns, och i synnerhet sjukvårdens, andel av både BNP och antalet sysselsatta växte snabbt under perioden.<sup>87</sup>

Politikernas och allmänhetens tro på stora specialiserade enheter var stark under efterkrigstiden. Det hade präglat svenska företag och industrier sedan industrialiseringens början i slutet av 1800-talet. När den offentliga sektorn växte under efterkrigstiden följde sjukhusen samma mönster. Under 1950- och 1960-talen började sjukhus växa eller slås samman och mindre lasarett läggas ned.

---

<sup>85</sup> Motion 1982/83:3 *Om lönebildningens roll i ekonomin*

<sup>86</sup> Magnusson (2002), ss.470-471

<sup>87</sup>Ibid, ss.457-560

Regionindelningen förändrades. Sjukhusen skulle specialiseras. Målet var att specialisera sjukvården för att i snabbare takt kunna behandla och bota fler.<sup>88</sup>

Under 1960- och 1970- talen sågs den svenska hälso- och sjukvården både av forskare och politiker som en av världens bästa. Det berodde bland annat på att staten styrde, planerade och ansvarade för verksamheten. Sjukvården fick stora statliga resurser och personalen var välutbildad.<sup>89</sup>

Den offentliga sektorns expansion och ökade andel av BNP per capita innebar en kraftig expansion av antalet kvinnor på arbetsmarknaden. Det berodde på att de arbeten inom offentlig sektor, främst inom statlig och kommunal välfärdssektor, där efterfrågan var som störst utgjordes av klassiska kvinnoyrken, såsom inom vård- och omsorg, barnomsorg, städarbeten och skolbespisning.<sup>90</sup>

Under 1940-talets slut kom en större del av svenskarnas inkomster att beskattas. De fördelades sedan till den offentliga sektorn. Staten fördelade ofta det ökade inkomsterna till offentlig sektor enligt den så kallade *behovsprincipen*. Behovsprincipen innebar att politiker och myndigheter beslutar hur resurserna ska fördelas till olika offentliga tjänster utifrån en sedan innan fastställd prognos över behovsnivåer. Grundtanken var att marknadsmekanismerna, utbud och efterfrågan, inte ansågs förmå distribuera olika välfärdstjänster på ett socialt acceptabelt sätt. Det gällde särskilt inom vård- och omsorg. I sjukvårdens fall har det inneburit att läkare och andra experter försöker prognostisera vilka behov patienterna kommer ha och vilka vårdtyper som därefter ska prioriteras.<sup>91</sup>

Under 1970-talet kom den positiva bilden av svensk sjukvård att förändras. Det berodde bland annat på ett minskat antal vårdplatser, kortare vårdtider och längre vårdköer. Samtidigt började antalet anställda att minska. Att ohälsan i landet ökade under perioden förklarades av forskare och politiker som en följd av 1970-talskrisens försämrade ekonomiska förutsättningar och förändrade demografiska förhållanden. De förändringar som skedde inom vården ansågs vara en konsekvens av förändrade samhällsekonomiska förutsättningar.<sup>92</sup>

År 1976 ingick Socialstyrelsen (det statliga organet som är ansvarigt för hälso- och sjukvårdspolitiken) ett avtal med Landstingsförbundet (ett organ som företräder landstingen och

---

<sup>88</sup> Strömberg (2004), ss.73-75

<sup>89</sup> Ibid. s.59

<sup>90</sup> Magnusson (2002), s.460

<sup>91</sup> Ibid. s.471

<sup>92</sup> Strömberg (2004), s.60

dess förvaltningar) om att överföra ett större ansvar för sjukvården till landstingen. Det innebar att sjukvården decentraliserades från statlig- till landstingsnivå. Staten hade kvar den lagstiftande makten över hälso- och sjukvårdsfrågor, men ansvaret för verksamheten och dess finansiering blev nu landstingens. Ett av målen med decentraliseringen var att beslutsfattandet skulle vara så lokalt som möjligt. Det ansågs gynna de lokala förvaltningarnas möjligheter att planera verksamheten utifrån de lokala förutsättningarna och därefter lägga upp sin egen budget och få en bättre överblick över ekonomin. I samband med decentraliseringen blev diskussioner om privatiseringar inom vården allt mer förekommande, vilket uppmuntrades av de borgerliga partierna som innehade regeringsmakten under 1970-talets slut.<sup>93</sup> Decentraliseringen innebar också att arbetsmarknadsläget i landets olika regioner i framtiden riskerade att få än större betydelse för finansieringen av sjukvården. I tillväxtregioner fanns större skatteintäkter än i avfolkningsregioner. Den regionala landstingspolitiken måste därför inte enbart utformas utifrån befolkningsunderlag utan också utifrån befolkningens hälsotillstånd. Hur det har påverkat sjuksköterskelönernas utveckling studeras inte här, men det går att se att det är små skillnader mellan olika regioner.

## 2.7. Feminismen i politiken

Den *andra vågens feminism* växte sig stark under 1960-talet och påverkade politiken under 1970- och 1980-talen. Den andra vågens feminism var i många avseenden kritisk till den första vågen. Den första vågens feminism hade präglats av synen på kvinnors historiska underordning och att den skulle försvinna om kvinnor fick samma formella rättigheter som män. Den andra vågens feminister såg dock att kvinnor fortfarande var underordnade män, inte minst på arbetsmarknaden genom lägre löner och lägre positioner. Skillnaderna bestod därmed trots lika rättigheter till utbildning och förvärvsarbete. Anledningen till kvinnors underordning trots att de formella hindren tagits bort ansågs finnas i den privata sfären: i den traditionella kärnfamiljen. Enligt den radikalare feminismen var även den privata sfären politisk. Familj, barnomsorg och mäns våld i nära relationer blev politiska frågor. Kvinnors och mäns erfarenheter skiljde sig åt. Det hade historiskt varit männens erfarenheter som hade format samhällets både formella och informella institutioner. Genom kvinnornas utträde på arbetsmarknaden hade de förväntats inordna sig i de av männen utformade institutionerna. Det hade lett till att kvinnor även i den privata sfären, inom familjen, förväntade sig underordna sig och inte utmana männens maktposition. Att kvinnor och män av naturen skulle vara väsensskilda varelser och att deras erfarenheter därför skiljde sig åt kritiserades starkt. De

---

<sup>93</sup> Hälso- och sjukvårdssystemets reformer (2006), ss.61-62

erfarenheter, fallenheter och kompetenser som kopplades ihop med kvinnor respektive män var ett resultat av skilda förväntningar, möjligheter och livsbetingelser. Skillnaderna mellan kvinnor och män förstods därmed som konsekvenser av de roller de fått av samhället och som de under hela livet hade socialiserats in i. Här började kalltanken, som fortfarande hade en stark prägel på sjuksköterskeyrket, kritiseras allt starkare. Det beror dels på det allmänna samhällsklimatet och den andra vågens feminism. De starka feministiska strömningarna under perioden ledde till att de genusgrundade hierarkierna inom vården började ifrågasättas allt oftare.<sup>94</sup>

En annan orsak till kalltankens svagare påverkan på sjuksköterskeyrket var vårdsektorns kraftiga expansion från 1960- till 1990. Målet med den omfattande uppbyggnaden av den offentliga tjänstesektorn var att utjämna sociala orättvisor och öka välfärden hos medborgarna. Sjukvården var en av de sektorer som omfattades av statens politiskt bestämda åtgärder. Investeringarna i vårdpersonal ökade markant. Mellan 1960 och 1990 ökade antalet sjukvårdsanställda från 117 000 till 450 000. Sjuksköterskeyrket blev under perioden ett av Sveriges största yrken sett till antalet sysselsatta. Yrket fick alltmer karaktären av ett ”vanligt jobb” och kallstämpeln bleknade.<sup>95</sup>

Det dröjde till slutet av 1960-talet innan jämställdhet frekvent togs upp på den politiska dagordningen. Samtidigt började begreppet jämställdhet användas för att sätta fokus på de ojämlika förhållandena som förelåg mellan kvinnor och män. Formellt fick begreppet genomslag 1972, genom att regeringen tillsatte ”*Delegationen för jämställdhet mellan kvinnor och män*”. Under 1970-talet handlade jämställdhetspolitiken främst om kvinnors möjligheter att förvärvsarbeta på samma möjligheter som män. Det privata aktualiserades på allvar som politiskt, och lyfte fram skillnaderna mellan betalt och obetalt arbete, lika lön för lika arbete, rätt till daghem och delat föräldraansvar. Den första centrala jämställdhetsreformen som infördes var särbeskattningen 1971. Det innebar att det blev mer ekonomiskt lönsamt för både kvinnan och mannen i ett och samma hushåll att förvärvsarbeta. Ett andra steg som togs inom jämställdhetspolitiken var 1974 års föräldraförsäkring, vilket förtydligade båda föräldrarnas ansvar för barnen. Det resulterade i att kvinnan inte var lika bunden till hemmet och barnen.<sup>96</sup> Under slutet av 1970- och början av 1980-talet enades stegvis arbetsmarknadens parter inom olika sektorer att införa jämställdhetsavtal. År 1977 var LO och SAF först ut. De följdes sedan av kommuner och landsting.<sup>97</sup>

---

<sup>94</sup> Andersson (2002), s.212

<sup>95</sup> Ibid. s.213

<sup>96</sup> SOU 2015:50 *Hela lönen, hela tiden*, ss.70-71

<sup>97</sup> Ibid. s.71

Att kvinnor och män nu formellt hade samma möjligheter att befinna sig på arbetsmarknaden och hade samma ansvar för barnen innebar inte att normerna kring kvinnans ansvar för hem och barn försvann. Genom detta uppstod diskussioner om kvinnans dubbla arbete: det avlönade på arbetsmarknaden och det oavlönade i hemmet.

Under 1990-talet blev *jämställdhetsintegreringen* den bärande principen för jämställdhetspolitiken. Jämställdhetsintegreringen innebar att ett jämställdhetsperspektiv skulle prägla alla politikområden.<sup>98</sup> Genom propositionen *Jämställdhetspolitiken - delad makt, delat ansvar* 1994 fastslogs det att: ”kvinnor och män skall ha samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom alla väsentliga områden i livet”.<sup>99</sup> Så gott som samma grundtankar och målsättningar återfinns i propositionen *Makt att forma samhället och sitt eget liv - nya mål i jämställdhetspolitiken* från 2006. Där står under punkten *Ekonomisk jämställdhet* att: ”Kvinnor och män ska ha samma möjligheter och villkor i fråga om utbildning och betalt arbete som ger ekonomisk självständighet livet ut”.<sup>100</sup>

### 2.7.1. (O)lika lön för (o)lika arbete?

Under hela 1900-talet har kvinnor förvärvsarbetat färre timmar än män, vilket har ansetts av såväl forskare som politiker vara den största anledningen till lönegapet. Även faktumet att kvinnor och män i stor utsträckning har olika yrken är en del av förklaringen. De yrken som kräver långa utbildningar, samt innefattar stort ansvar och komplexa arbetsuppgifter är av förklarliga skäl högre avlönade än de enklare yrkena. Sådana kvalificerade yrken med långa utbildningar, såsom jurister, civilingenjörer och läkare, har historiskt nästan uteslutande innehafts av män.

Dock har andelen kvinnor inom nämnda yrken ökat ju närmare vår tid vi kommer. Idag finns det lika många universitetsutbildade kvinnor som män, och det samma gäller inom professionaliserade yrken. Trots att genusbalansen har förbättrats kvarstår än idag så kallade *oförklarade löneskillnaderna*. Dessa löneskillnader har ibland förklarats bero på att kvinnor har mindre erfarenhet av yrket än sina manliga kollegor. Dock är redan ingångslönen direkt efter en avslutad utbildning inom många yrken lägre för kvinnor än för män, vilket betyder att det inte kan förklaras av saknad erfarenhet.

---

<sup>98</sup> Ibid.

<sup>99</sup> Prop. 1993/94:147

<sup>100</sup> Prop. 2005/06:155

Till detta kan tilläggas att kvinnodominerade yrken oftare har lägre genomsnittslöner än de manliga kollegorna. En förklaring som lyfts fram till det är att kvinnor arbetar inom kommunal och landstingskommunal sektor. Det saknas dock ett tydligt samband mellan lön och sektor för de största kvinnodominerade yrkena, såsom sjuksköterskor och undersköterskor. En tänkbar förklaring som har lyfts fram till att genomsnittslönen inom kvinnodominerade yrken är lägre än inom mansdominerade yrken med motsvarande utbildningslängd, erfarenhet, kvalifikationskrav, arbetsinnehåll etc. är att det inom arbetsmarknaden föreligger en värdediskriminering. Det innebär helt enkelt att kvinnors arbete värderas lägre än mäns.<sup>101</sup>

## 2.8. Marknadsekonomiska förändringar från och med 1970

Under 1970-talets andra hälft drabbades Sverige av den världsomspännande ekonomiska krisen. Bransch efter bransch drabbades. Företag gick i konkurs, en mängd industrier lades ner och arbetslösheten växte hastigt. Statens inkomster minskade, och inte minst till följd av det minskade skatteunderlaget till följd av arbetslösheten. Fler människor var i behov av olika former av socialbidrag och arbetslöshetsersättning. Statens utgifter ökade samtidigt som inkomsterna minskade.

I samband med krisen ålades den offentliga sektorn besparingsåtgärder, som bland annat ledde till nedskärningar. Hälso- och sjukvårdssektorn påverkades genom nedskärningar i personalstyrkan samt nedlagda sjukhus och lasarett.

Orsakerna till krisens omfattande påverkan på landet ansågs av såväl liberala och konservativa politiker som vissa socialdemokratiska vara de senaste två decenniernas kostnadsökningar på arbetsmarknaden. Den solidariska lönepolitiken och EFO-modellen hade bidragit till höjda löner. Löneökningarna, menade de, hade varit för kraftiga, vilket hade lett till förlorade marknadsandelar både på export och hemmamarknaden. Den synen har sin grund i föreställningen om en marknadsekonomi där ständig anpassning sker. Om marknadsekonomin utsätts för yttre störningar av olika slag som leder till mer eller mindre allvarliga ekonomiska depressioner. Om många sådana störningar uppträder samtidigt blir de ekonomiska kriserna allvarliga. En snabbt växande icke marknadsstyrd sektor utgör därmed en yttre störning. Orsakerna till krisen i Sveriges fall, hävdades det, bestod av yttre störningar i form av en snabb löneökning och en stor offentlig sektor. Den här

---

<sup>101</sup> SOU 2015:50 *Hela lönen, hela tiden*, ss.60-61

förklaringen återfinns bland annat i den så kallade ”Krispropositionen” framlagd under Torbjörn Fälldins borgerliga regering 1982.<sup>102</sup>

Under 1980-talet minskade den offentliga sektorns andel av BNP per capita, efter att ha ökat under uppbyggnadsperioden mellan 1960 och 1980. Särskilt starkt ökade sjukvårdens andel av BNP. En av orsakerna till stagnationen var ett skattestopp som genomfördes under 1980-talet. Sedan dess har den offentliga sektorns andel av BNP per capita fortsatt att minska. Det beror på att den offentliga sektorn har ålagts besparingskrav och krav på att förändra sättet att producera offentliga tjänster. Skattestoppet påverkade inte sjukvården i samma utsträckning. Det kan bero på att sjukvården inte ställde om verksamheten lika snabbt som de andra offentliga verksamheterna. Sjukvården ökade istället sin andel från 44 till 50 procent av den offentliga sektorns kostnader. Anledningen till det är bland annat att Sveriges befolkning växte från 7,4 till 8,3 miljoner 1960-1980. Det ledde till en ökad efterfrågan på sjukvård. Efter 1985 minskade sjukvårdens andel av den offentliga sektorns kostnader och hade sjunkit ner till 47 procent år 2000.<sup>103</sup>

I samband med decentraliseringen under 1970- och 1980-talen höjdes landstingsskatten avsevärt. De statliga subventionerna till sjukvården minskade kraftigt i början av 1980-talet. Med en sämre ekonomisk tillväxt började många landsting att minska resurserna till sjukvårdsbudgeten. Det gav upphov till ransoneringar inom vården, som följdes av växande vårdköer. Sjukvården kritiserades runt om i hela landet för att vara ineffektiv.

Under 1990-talets början drabbades Sverige av ännu en ekonomisk kris, vilken ledde till hög arbetslöshet och höga budgetunderskott. Det ledde till åtstramningar i välfärdsstaten. Särskilt hårt drabbades hälso- och sjukvården. Landstingens statliga subventioner minskade. I samband med krisen överfördes landstingens ekonomiska ansvar för icke-medicinsk vård av vårdberoende personer som behövde daglig tillsyn till kommunerna. Det handlade även om att strukturera om vården så att fler patienter överfördes från sjukhusen till primär- och distriktsläkarvården och hemsjukvården. Grundtanken var att genomföra stora besparingsåtgärder genom att omfördela resurser och verksamheter mer effektivt.<sup>104</sup>

Under slutet av 1980- och början av 1990-talet uppstod en mängd debatter om en ny politik inriktad på konkurrensutsättning och liberalisering av sjukvården. Det ledde till reformer inom de olika landstingen kring 1990. Reformerna innebar att de flesta landstingen införde valfrihet för

---

<sup>102</sup> Krantz och Schön (1988), s.478-479

<sup>103</sup> Strömberg (2004), ss.65-67

<sup>104</sup> Hälso- och sjukvårdssystemens reformer (2006), ss.65



patienterna efter ett ställningstagande av Landstingsförbundet 1989. Efter den borgerliga valsegern 1991 ökade privatiseringstendenserna på statlig nivå. Det ledde till den så kallade ”*valfrihetens revolution*” inom vården. Under 1990-talet ökade många av landstingens tendens med privatisering av vårdleverantörer, samtidigt var verksamheten fortsatt offentligt finansierad. Privatiseringen kom dock att ifrågasättas tidigt från olika håll. Den började regleras noggrannare av regeringen, särskilt efter Socialdemokraternas valseger 1994. År 2005 antogs Stopplagen, som förbjöd utförsäljning av offentliga sjukhus till privata vinstsyftande företag. Den avskaffades dock redan efter två år under den borgerliga regeringen Reinfeldt.<sup>105</sup> Det verkar från politiskt håll att det funnits en stark tilltro till konkurrens på marknaden. Om bara vården utsätts för konkurrenstryck från privata aktörer skulle vården blir bättre, personalens löner skulle höjas och patienterna skulle bli friskare. Men kanske är sjukvården ett mer komplext system än så. Ett system som kräver kontroll, expertis, vårdvetenskaplig och medicinsk forskning och där personalen med sina legitimationer lyder under strikta krav på precision baserad på evidens. På vilket sätt har då staten försökt reglera vården komplexitet? Det har skett genom gedigna reformpaket vilka några av de viktigaste ska diskuteras nedan.

---

<sup>105</sup> Ibid. ss.62-64

### 3 Reformpaket som har påverkat svensk sjukvård

Under perioden 1977-2017 har den svenska hälso- och sjukvården genomgått stora och omfattande förändringar. Det har bestått av utbildningsreformer, vårdreformen, ändrade huvudmannaskap, patientreformer och privatiseringsreformer. Nedan följer en genomgång av de lagstiftningar, lagändringar och reformer som har haft påverkan på svensk sjukvård.

**Tabell 1** - Lagstiftning och reformer 1977-2017

1977	Högskolelagen 1977:218
1979	Jämställdhetslagen 1979:1118
1982	Högskolereformen
1982	Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763
1990	Betalningsansvarslagen 1990:1404
1991	Skattereformen
1992	Ädelreformen
1992	Högskolelagen 1992:1434
1994	Handikappreformen
1995	Psykiatrireformen
2007	Privatiseringsreformen
2008	Lagen om valfrihetssystem 2008:962
2017	Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30

Källa: Statens offentliga utredningar (SOU), Svenska Författningssamling (SFS)

#### 3.1. Högskolelagen 1977

År 1977 reviderades högskolelagen. Genom revideringen klargjordes bland annat att sjuksköterskeutbildningen skulle vara vetenskapligt grundad. Vetenskapen inom sjukvården hade innan varit förbehållen läkare. Genom kravet på att utbildningen skulle vara förankrad i vetenskap blev sjuksköterskeutbildningen mer lik läkarutbildningen.<sup>106</sup> Genom lagändringen professionaliserades sjuksköterskeyrket. För att få kalla sig sjuksköterska krävdes därmed en genomförd högskoleutbildning. Professionaliseringen ledde även till ökade möjligheter att ställa högre krav på samhälleliga belöningar, såsom högre lön eller olika typer av förbättrade avtal.<sup>107</sup>

<sup>106</sup> SFS 1977:218 Högskolelagen

<sup>107</sup> Strömberg (2004), s.200

### 3.2. Jämställdhetslagen 1979

Genom jämställdhetslagen 1980 lagstodgades krav på arbetsgivarna att arbeta aktivt och målinriktat för att främja jämställdhet. Lagen innehöll även förbud mot genusdiskriminering och trakasserier på grund av genus. Samma år inrättades även en jämställdhetsombudsman för att kontrollera att lagen efterföljdes och ge råd och stöd i jämställdhetsarbetet.<sup>108</sup>

### 3.3. Högskolereformen 1982

Revideringarna av sjuksköterskeutbildningen fastslogs i en högskolereform 1982. Reformen baserades till stora delar på den så kallade Vård-77 utredningen. I utredningen kritiserades den alltmer specialiserade vården. Specialiseringen hade lett till en strikt uppdelning mellan olika avdelningar inom vården, vilket krävde olika typer av specialistkunskaper för personalen på de olika avdelningarna. Sjukvårdens mål skulle, enligt utredningen, organiseras så att personalen hade en helhetsbild av olika patienters vårdbehov, samt att vårdbehovet var det centrala för personalen. Resultatet av Vård-77 utredningen och högskolereformen 1982 ledde bland annat till att sjuksköterskeutbildningen döptes om till hälso- och sjukvårdslinjen.<sup>109</sup> Den nya kursplanen kom bland annat att öka kraven på vetenskaplighet, betonade behovet av att sjuksköterskor ständigt skulle tillskansa sig ny kunskap inom sjukvårds- och omvårdnadsområdet, samt bredare och djupare kunskap om olika typer av omvårdnad, samhällsvetenskap och beteendevetenskap och utökad utbildningslängd till tre och ett halvt år exklusive specialistutbildning.<sup>110</sup>

### 3.4. Hälso- och sjukvårdslagen 1982

Från 1963 till 1982 styrdes sjukvården av Sjukvårdslagen (SL). År 1982 reviderades lagen och fick namnet Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Lagen kom härmed att avse åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla olika typer av sjukdomar och skador. Lagen omfattade även specialregleringar för olika sjukvårdsområden, såsom psykiatri, och vårdverksamheter som bedrevs utanför sjukhus, såsom skolhälsovård. Genom lagrevideringen fick sjukvården ett större ansvar över att inte bara behandla och utreda, utan även förebygga sjukdomar och skador.<sup>111</sup>

---

<sup>108</sup> SFS 1979:1118 Jämställdhetslagen

<sup>109</sup> Strömberg (2004), s.201

<sup>110</sup> Ibid. ss.202-203

<sup>111</sup> Ibid. s.73

Revideringen påverkades även av Världshälsoorganisationen (WHO) definition av begreppet hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Begreppet hälsa utvidgades från att handla om frånvaro av sjukdom, till att betraktas som ett tillstånd där både fysiska och psykiska symptom fattades. Hälsovården och sjukvården flöt ihop. Sjukvården övertog ansvaret för hälsovårdens tidigare ansvarsområde: förebyggande av ohälsa.<sup>112</sup>

En ytterligare orsak till lagändringen som lyfts fram i propositionen var de minskade statliga inkomsterna. Det ledde till minskade resurser till sjukvården. Riksdagen, regeringen och sjukvårdens huvudmän var enligt propositionen alla ense om att sjukvårdens resurser behövde skäras ned. Det ledde till att många av hälso- och sjukvårdens politiska mål sköts upp. Bland annat målet om förbättrade arbetsförhållanden för personalen fick stå tillbaka för att patientens vårdbehov skulle kunna tillgodoses på bästa sätt.<sup>113</sup>

Under 1980-talet växte strävan att hälso- och sjukvården skulle uppfylla både samhällspolitiska och sysselsättningspolitiska mål. Kraven på landstingen och kommunerna att finansiera sjukvården ekonomiskt inom ramarna för den kommunala skattefinansieringen ökade under samma period. För att kunna uppnå det krävdes ett förbättrat hälsoregister över befolkningen. Hälsoregistren fördes för att få en överblick över hur hälsotillståndet i landets olika delar såg ut, och därefter försöka göra en prognos över vilken typ av vård som skulle efterfrågas i framtiden. Samtidigt innebar det att sjukhusen skulle organisera sin verksamhet så att den blev mer effektiv. Ett steg i detta var att dela upp sjukvården i olika avdelningar som behandlade en del av kroppen eller en typ av sjukdom eller skada, till exempel hjärt- och kärl-, fysioterapi- och kirurgisk vårdavdelning.<sup>114</sup>

### 3.5. Betalningsansvarslagen 1990

Genom betalningsansvarslagen lagstodgades kommunernas skyldighet att betala ersättning till landstingen för kostnader för hälso- och sjukvård åt personer som är folkbokförda i kommunen.

Syftet med lagen var att stimulera landsting och kommuner att använda resurserna på bästa sätt. Lagen infördes som ett första steg i den så kallade Ädelreformen (se nedan) och innebar att kommunernas ansvar för vård och omsorg utökades.<sup>115</sup>

---

<sup>112</sup> Ibid. s.76

<sup>113</sup> Ibid. s.166

<sup>114</sup> Ibid. s.90

<sup>115</sup> SFS 1990:1404 Betalningsansvarslagen

### 3.6. Skattereformen 1991

Under början av 1990-talet var statens budgetunderskott på rekordhög nivå. Mellan 1990 och 1995 steg statsskulden från 582 miljarder kronor till 1 370 miljarder kronor. Magnusson framhåller den stora skattereformen 1991 som en av de viktigaste orsakerna bakom det svåra statsfinansiella läget var skattereformen 1991 under den borgerliga regeringen Bildt. Reformen skedde i ett läge då arbetslösheten sköt i höjden.

Till följd av den statsfinansiella krisen under 1990-talets början tvingades de svenska regeringarna under hela decenniet föra en väldigt restriktiv ekonomisk politik framför allt inriktad på besparingar. En följd av detta var att antalet sysselsatta inom offentlig sektor minskade från 1,4 miljoner personer år 1990 till 1,2 miljoner 1998. Åren efter skattereformen ökade skattetrycket återigen och var år 1999 tillbaka på 1990 års nivå.<sup>116</sup>

### 3.7. Reformpaketet under 1990-talets början

Ädelreformen år 1992 innebar att kommunerna tog över huvudansvaret för långvarig vård och omsorg för äldre och handikappade från landstingen. Genom reformen reglerades kommunernas betalningsansvar i lag. Betalningsansvaret gällde för patienter som bedömdes vara medicinskt färdigbehandlade, men var i fortsatt behov av andra typer av vård. Genom reformen infördes i Socialtjänstlagen<sup>117</sup> en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad av personer med behov av särskilt stöd. Till de särskilda boendeformerna räknades gruppboendestäder, ålderdomshem, servicehus och sjukhem.<sup>118</sup>

Genom handikappreformen 1994 trädde lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i kraft och ansvaret för långtidsvård och hjälp till funktionshindrade överfördes till kommunerna.<sup>119</sup>

Psykiatrireformen, även kallad psykädel, genomfördes 1995 och följde på ädelreformen 1992. Genom reformen överfördes betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrisk vård från landstingen till kommunerna. Det innebar bland annat att kommunerna skulle ansvara för terapi och boende för psykiskt funktionshindrade personer.<sup>120</sup>

---

<sup>116</sup> Magnusson (1999), ss.100-102

<sup>117</sup> SFS 1993:387 Socialtjänstlagen

<sup>118</sup> Motion 1998/99:So436 Ädelreformen

<sup>119</sup> Skriftlig fråga 1997/98:964 Kommunerna och handikappreformen

<sup>120</sup> Motion 1998/99:So349 Psykiatrireformen

### 3.8. Högskolelagen 1993

År 1993 blev sjuksköterskeutbildningen en universitetsutbildning. Utbildningen fick namnet sjuksköterskeprogrammet och omfattade nu 120 högskolepoäng. Högskolelagens innehåll och formuleringar reviderades och ersatte den tidigare från 1977. Målsättningen med reformen var att förstärka omvårdnadsämnet som akademisk- och forskningsanknuten disciplin, som skulle ge studenterna en grundläggande vetenskapligt förankrad universitetsutbildning. Krav ställdes på att studenterna självständigt skulle lösa problem och följa den kunskapsutveckling och nya forskning som fanns inom sjukvårdsområdet. Genom att sjuksköterskeutbildningen blev en universitetsutbildning hade studenterna möjlighet att ta kandidat-, magister- och doktorsexamen.<sup>121</sup>

### 3.9. Privatiseringsreformen 2007

Privatiseringen av sjukvården hade börjat redan under början av 1990-talet. Från och med 2007-2008 skedde dock den största ökningen av privata vårdföretag. I förarbetena framhölls privatiseringsreformen som ett sätt att minska de statliga kostnaderna för sjukvården, samt att möjliggöra lönehöjningar för sjukvårdspersonalen.<sup>122</sup>

### 3.10. Lagen om valfrihetssystem 2008

Genom lagen om valfrihetssystem (LOV) blev det tillåtet för kommuner och landsting att konkurranspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten.<sup>123</sup> Valfrihetssystemet enligt LOV möjliggjorde för privata aktörer att bli leverantörer av välfärdstjänster. LOV bygger på grundläggande EU-rättsliga principer såsom fri konkurrens och icke-diskriminering. Systemet fungerar så att landstingen och kommunerna själva väljer vilka som ska utföra vissa välfärdstjänster. Ska välfärdstjänsterna vara helt i offentlig regi, ska ett valfrihetssystem tillämpas eller genom offentlig upphandling, där landstingen eller kommunen köper en privat verksamhet?

Ekonomisk ersättning till de privata vårdleverantörerna utgår från ett förutbestämt ersättningssystem utformat av kommunen eller landstinget. Finansieringen av de privata vård- och omsorgssektorerna sker genom offentliga medel. De tar även ut avgifter från de vårdsökande.

---

<sup>121</sup> Strömberg (2004), ss.204 och 207

<sup>122</sup> Prop. 2008/09:29 Lag om valfrihetssystem

<sup>123</sup> SFS 2008:962 Lag om valfrihetssystem

Avgifterna regleras i lagen om offentlig upphandling. Det finns även helt privata aktörer som utför vårdtjänster. Deras verksamhet finansieras inte av skattemedel. De tillämpar en fri prissättning vilket leder till att avgifterna kan variera.<sup>124</sup>

### 3.11. Hälso- och sjukvårdslagen 2017

I april 2017 trädde en reviderad version av hälso- och sjukvårdslagen från 1982 i kraft. Det som skiljer den från den tidigare är huvudsakligen språkliga ändringar och förtydliganden. Lagen innehåller ett fåtal nya paragrafer. En av dem är kravet på att offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (HSL 3:1).<sup>125</sup> Genom revideringen utökades även landstingens och regionernas befogenheter att överlåta arbetsuppgifter och ansvar till kommunerna (HSL 14:1). Landstingen och regionerna fick även befogenhet att överlämna uppgifter till privata aktörer (HSL 15:1).<sup>126</sup> Som vi kan se så har det skett stora och omfattande reformer inom svensk sjukvård. Alla med syfte att förbättra, förändra eller på olika sätt sätta press på vården att utvecklas. Om det också har påverkat löneutvecklingen för sjuksköterskor, ska diskuteras nedan.

---

<sup>124</sup> Vård och omsorg i privat regi. [https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Valfarden-i-privat-regi/Vard-och-omsorg-i-privat-regi/\(2018-05-23\)](https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Valfarden-i-privat-regi/Vard-och-omsorg-i-privat-regi/(2018-05-23))

<sup>125</sup> SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslagen

<sup>126</sup> Ibid.

## 4 Förändringar av sjuksköterskelönerna i Sverige

I kombination med de stora vårdreformerna utvecklades också nya lönersättningsmodeller. En av dessa och som tillämpats i vården är *JA-modellen*. Genom JA-modellen beräknas löneskillnader mellan kvinnor och män som arbetar inom samma sektor, har samma yrke, utbildning, är i ungefär samma ålder och har arbetat ungefär lika länge.

I tabellen framgår att de genomsnittliga månadslönerna är högre i de mansdominerade än i de kvinnodominerade yrkena, med undantag för en mindre avvikelse i J-gruppen. De största kvinnogrupperna finns i D, E och F. De domineras av lärare och sjuksköterskor. Deras lönenivå är för männen betydligt längre ner i tabellen i grupp H och I. Där återfinns bland annat lastbilschaufförer och företagssäljare som den största gruppen. Bara sju av de mansdominerade yrkena hade lägre lönenivå än lärare och sjuksköterskor.

**Tabell 2** - Genomsnittlig månadslön, lönespridning, antal och tjänstgöringens omfattning för likvärdiga yrken 2013. Kvinnor och män i åldern 25-64 år

Grupp	Antal yrken i gruppen	Offentlig sektor				Privat sektor				
		Lön	Diff. maxlön-minlön	Antal	Tjänstgöringsomfattning	Lön	Diff. maxlön-minlön	Antal	Tjänstgöringsomfattning	
A	3	32 400	1 500	17 900	87	7	42 000	17 200	53 600	99
B	6	31 300	15 200	32 700	90	1	38 500	..	3 400	96
C	4	31 400	11 200	16 300	93	7	41 900	6 500	103 300	99
D	13	29 500	9 000	134 900	88	9	38 400	62 200	113 100	99
E	10	27 900	10 100	131 300	89	2	34 600	..	500	100
F	9	26 800	11 900	304 600	83	5	32 900	8 500	47 300	97
G	9	23 500	9 600	81 900	85	14	31 600	11 200	84 600	97
H	7	25 400	8 600	29 400	90	18	30 400	13 000	301 900	97
I	9	24 000	2 200	24 700	89	25	27 400	15 500	150 000	97
J	7	24 900	5 300	11 900	88	2	24 700	3 300	22 500	95
K	5	22 700	3 600	49 100	83	7	24 300	7 300	67 800	89
A-K	82			834 700		97			948 000	

Källa: SOU 2015:50, s.213

I beräkningarna som ligger till grund för tabell 1 jämfördes med hjälp av lönestrukturstatistiken medellönen för de kvinnodominerade yrkena i varje grupp. Jämförelserna har gjorts i ett antal åldersintervall.<sup>127</sup> Jämförelsen visar att skillnader i lön i en majoritet av fallen är till nackdel för de kvinnodominerade yrkena. Störst är löneskillnaderna i de största kvinno- respektive mansdominerade yrkena A-K. Totalsumman för de strukturella löneskillnaderna mellan de offentligt

<sup>127</sup> SOU 2015:50 *Hela lönen, hela tiden*, s.214

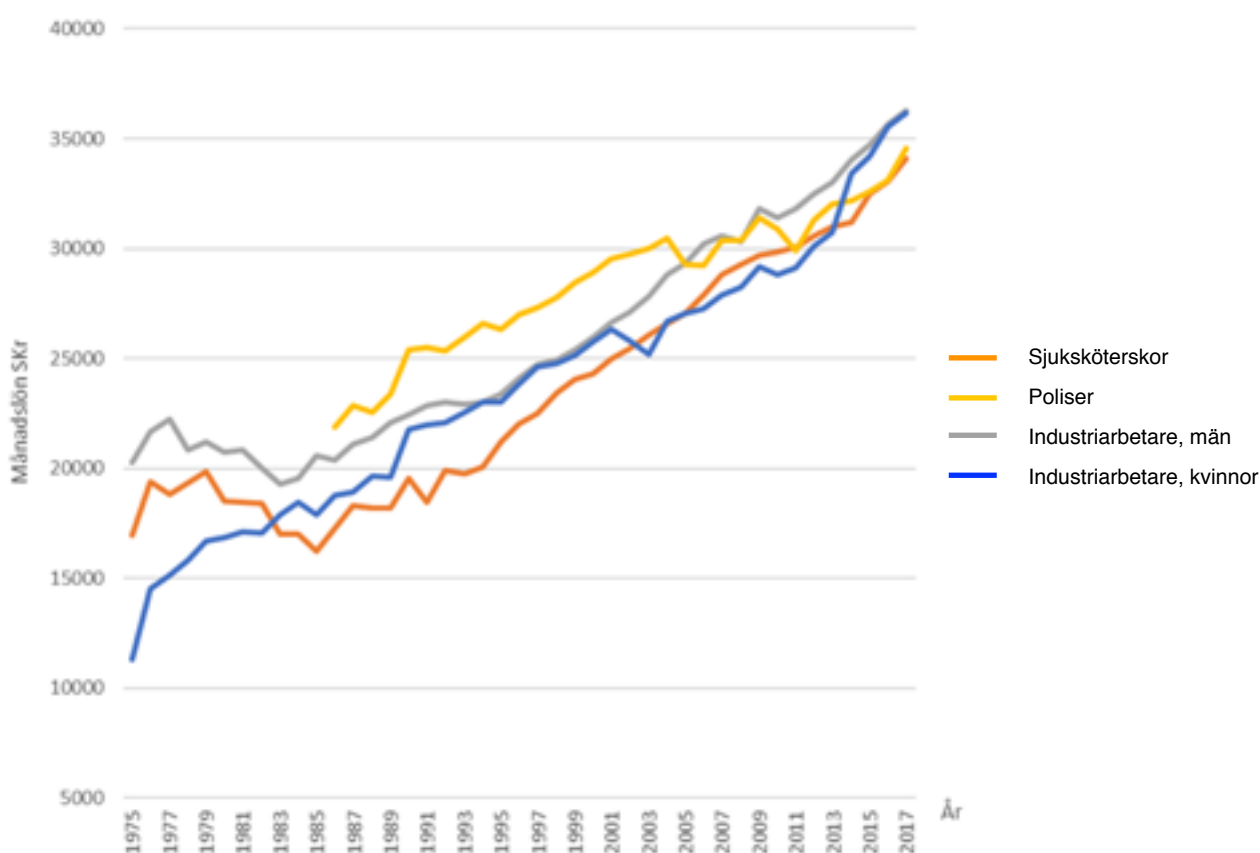


finansierade kvinnodominerade yrkena och likvärdiga privata mansdominerade yrken uppgår till 65 miljarder kronor per år.<sup>128</sup>

De mansdominerade yrkena har en högre genomsnittslön i alla åldrar i alla grupper utom de två sämst betalda yrkesgrupperna. Det framgår även att skillnader i lön mellan kvinnor och män är lägre inom kvinnodominerade än inom de mansdominerade yrkena.<sup>129</sup>

Nedan följer en periodisering över hur sjuksköterskelönerna, manliga industriarbetares löner, polislöner och kvinnliga industriarbetares löner har förändrats perioden 1977-2017.

**Diagram 2** - Genomsnittliga månadslöner för sjuksköterskor, poliser, manliga industriarbetare och kvinnliga industriarbetare 1977-2017, fasta priser 2017 års köpkraft, KPI.



Källa: Egna beräkningar baserade på SCB:s lönedatabas 1991-2017, Allmän hälso- och sjukvård 1977-1993, Kommunal Personal - Landsting 1977-1991, Historiska lönedatabasen (HILD) 1977-1991 industriarbetarlöner. KPI.

Under åren 1979 till 1985 minskade lönerna för både sjuksköterskor och manliga industriarbetare. De kvinnliga industriarbetarlönerna ökade dock under samma period, med undantag för 1985.

<sup>128</sup> Ibid. s.215

<sup>129</sup> Ibid. s.216

Åren 1977, 1981, 1985, 1988, 1992 och 2009 minskade sjuksköterskelönerna. Även de manliga industrilönerna minskade under samma år, men inte lika kraftigt. De kvinnliga industriarbetarlönerna genomgick en nästan konstant ökning i kronor under samtliga årtionden. Procentuellt minskade löneökningstakten under några år, men minskningen var mindre jämfört med sjuksköterskor och manliga industriarbetare.

Data över polislönerna finns inte digitaliserat på SCB innan 1986. År 1986 var polislönerna högre än sjuksköterske- samt de kvinnliga- och manliga industriarbetarlönerna, vilket kan ha sin förklaring i att majoriteten av poliserna var män. Liksom de andra stagnerade polislönerna 1989. Polislönerna var de högsta i jämförelsen under perioden 1986 till 2005. År 2005 sjönk de och hamnade under industriarbetarlönerna. Mellan 2003 och 2007 minskade de genomsnittliga lönerna. Lönerna sjönk ytterligare och 2011 låg de på samma nivå som sjuksköterskorna. Därefter halkade de åter igen efter. Sedan dess har sjuksköterskelönerna och polislönerna legat på ungefär samma nivå. Konvergensen mellan yrkena berodde på polisernas svaga löneutveckling.

Sjuksköterskelönerna halkade efter något under perioden 1982-1985. Lönegapet bestod fram till 1997 då sjuksköterskelönerna konvergerade mot industriarbetarlönerna. Sjuksköterskelönerna utvecklades stabilt från 1997 till 2013. Under den tiden genomförde sjuksköterskorna också en nationell löneprotest 2004. Dessvärre ser det inte ut som om den protesten gav någon större effekt löneutveckling verkar ha behållit samma utvecklingstakt. Under perioden 2007-2009 konvergerade sjuksköterskelönerna mot industriarbetarlönerna ytterligare. Under perioden 2000-2017 var de procentuella löneförändringarna lägre än under de föregående årtiondena.

Under 1983 gick de kvinnliga industriarbetarlönerna om sjuksköterskelönerna. Mellan 1995 och 2001 låg de på nästan samma nivå som de manliga industriarbetarlönerna. År 2003 till 2013 halkade de kvinnliga industriarbetarlönerna efter sjuksköterskelönerna och industrilönerna. Perioden 2013-2017 ökade de, gick om sjuksköterskelönerna och hamnade på samma nivå som de manliga industriarbetarlönerna 2017.

Samtliga undersökta löner har ökat under den studerade perioden. De har även konvergerat emot varandra. De kvinnliga industriarbetarlönerna, som 1975 var nästan hälften så stora som de manliga industriarbetarlönerna, ligger idag på samma nivå.

Överlag har löneökningarna för de olika yrkesgrupperna varit förhållandevis lika. Löneökningstakten under vissa år skiljer sig åt, men samtliga har genomgått en genomsnittlig löneökningstakt under perioden.

## 5 Slutdiskussion

De formella såväl som de informella institutionerna standardiserar beteenden och har stor betydelse för hur samhället är utformat och i vilken riktning det utvecklas. Institutionerna i ett samhälle utgör tillsammans ett institutionellt system som består av ofta ömsesidigt beroende samverkande delar. Hur kan då sjuksköterskornas löneutveckling förstås i ljuset av institutionernas utformning och deras förändring?

De formella institutionella förändringarna som har undersökts i uppsatsen är reformer och författningsändringar. Den första reformer som tas upp är revideringen av högskolelagen 1977 som ledde till en högskolereform 1982. Genom revideringen professionaliserades sjuksköterskeyrket. De som hade propagerat för att yrket skulle professionaliseras hade sett det som ett sätt att förbättra yrkets löneutveckling på sikt, eftersom de hade sett att de yrken som var professioner hade de högsta lönerna. Exempel på sådana yrken var, och är, läkare, jurister och civilingenjörer. Genom professionaliseringen av sjuksköterskeyrket blev utbildningen treårig och det blev möjligt att vidareutbilda sig samt disputerat inom omvårdnad. Omvårdnad blev i samband med professionaliseringen en vetenskaplig disciplin. Inom sjukvårdssektorn hade läkare innan haft ett slags *monopol* på vetenskap, och då framför allt den medicinska vetenskapen. Professionaliseringen av sjuksköterskeyrket är den enda reformen på hälso- och sjukvårdsområdet där ett av syftena uttryckligen har varit höjda löner. Enligt diagram 2 har professionaliseringen av sjuksköterskeyrket dock inte gett någon synbar effekt på löneutvecklingen. Än idag har sjuksköterskor lägre livslön än många andra professioner med lika lång utbildning. Enligt diagram 1 har både högskoleingenjörer och receptarier högre livslöner än vad sjuksköterskor har, trots att utbildningarna är lika långa.

Jämställdhetslagen infördes 1979. Ett av syftena med lagen var att eliminera skillnader i lön mellan kvinnor och män. Inte heller jämställdhetslagen har haft någon effekt på löneutvecklingen för det kvinnodominerade sjuksköterskeyrket. Den har inte heller eliminerat löneskillnader mellan kvinnliga och manliga sjuksköterskor. Manliga sjuksköterskor tjänade år 2017 fortfarande mer än vad deras kvinnliga kollegor med lika många års erfarenhet och likvärdig utbildning gjorde.

De efterföljande reformerna under 1990-talet har heller inte haft någon synbar effekt på lönerna. Genom privatiseringsreformen 2007 och lagen om valfrihetssystem 2008 konkurrensutsattes sjukvården och antalet arbetsgivare ökade. Genom det ökade antalet privata arbetsgivare var mångas förhoppning att sjukvårdspersonalens löner skulle öka.

Ekonomisk historikern Lars Margnsson har särskilt lyft fram betydelsen av att den privata tjänstesektorn i Sverige växer. Han menar att den privata arbetsmarknaden för tjänster måste öka för

att den svenska ekonomin ska utvecklas i en gynnsam riktning.<sup>130</sup> Den ökade privatiseringen av främst äldreården har till synes inte påverkat löneutvecklingen för sjuksköterskor. Det verkar inte heller som idén om en ökad konkurrenskraft i vården på något sätt skulle ha skapat kamp om kompetensen mellan olika aktörer. Snarare har utvecklingen lett till försämrade arbetsvillkor såväl i offentlig som privat sektor så att det idag råder brist på sjuksköterskor. Andelen sjukskrivningar bland vårdpersonalen har även ökat under de senaste årtiondena. En anledning till det kan tänkas vara nedskärningarna i personalstyrkan, som i sin tur har lett till en ökad arbetsbörda för den kvarvarande personalen. Men inte heller bristen på personal verkar tendera att öka löneutvecklingen. Kanske det är så att sjukvården som arbetsplats och sektor inte kan styras med hjälp av samma marknadsmekanismer som produktionssektorn.

Enligt Norths institutionella teori är det nödvändigt att institutionerna i ett samhälle fungerar väl tillsammans för att de ekonomiska krafterna ska gynnas. Genom att behålla gamla och invanda strukturer, motverkas nödvändig institutionell förändring, vilket leder till att ekonomiska tillväxt och utveckling hindras.<sup>131</sup> ”... rather they, or at least the formal rules, are created to serve the interests of those with the bargaining power to create new rules.”,<sup>132</sup> skriver North. De ekonomiska, politiska och sociala förhållandena interagerar med de rådande institutionella förhållandena och har betydelse för hur de utvecklas. Att detta är viktigt visas om inte annat i statens ökade tilltro till privatisering av delar av vården sedan 1990-talet.

Både intressegrupperna och institutionerna i ett samhälle samspelar för att vidmakthålla en stigbunden utveckling. Ett exempel på det är det nära samarbetet mellan LO och SAF, samt avtalet mellan arbetsmarknadens parter till följd av Saltsjöbadsavtalet. Under större delen av 1900-talet, och framför allt under 1950-1980, präglades politiken av den svenska modellen. Till grund för den svenska modellen låg den socialdemokratiska välfärdspolitikerna samt avtalet och samförståndet mellan arbetsmarknadens parter. Lönerna sattes ofta centralt och den största centralorganisationen LO sågs ofta som normbildande även inom TCO:s och SACO:s områden. Fram till avtalsrörelsen 1986 sattes sjuksköterskelönerna centralt. Därefter infördes individuell lönesättning. Tanken med individuell lönesättning var att öka lönespridningen inom yrket. Lönen skulle baseras på individuella egenskaper. År 2017 sågs det emellertid fortfarande som ett problem att arbetsgivarna inte följde den individuella lönesättningen under avtalsrörelserna. Enligt Vårdförbundet leder det till

---

<sup>130</sup> Magnusson (2011), s.111

<sup>131</sup> North (1994), s.360

<sup>132</sup> North (1990), ss.108-109

att lönespridningen blir låg. En låg lönespridning resulterar i att sjuksköterskeyrket blir mindre attraktivt att göra karriär i. En specialistutbildad sjuksköterska tjänade 2017 i snitt endast 1200 kronor mer än en grundutbildad sjuksköterska, 35 000 kronor respektive 33 800 kronor. Inom läkaryrket är lönespridningen betydligt större. En AT-läkare tjänar 34 000 kronor, en ST läkare 47 000 kronor och en specialistläkare 75 000 kronor.<sup>133</sup>

Under SAP:s långa regeringsperiod växte den offentliga sektorn, vilket skapade en mängd nya arbetstillfällen inom offentlig tjänstesektor. SAP:s och LO:s nära samarbeten resulterade i förbättrade rättigheter för arbetstagare, den solidariska lönepolitiken och minskade både sociala och ekonomiska klyftor bland befolkningen. Dock ledde den offentliga tjänstesektorns expansion till att genusarbetsdelningen på den svenska arbetsmarknaden cementerades. Kvinnorna steg i högre grad än någonsin tidigare ut på arbetsmarknaden, men de flesta började arbeta inom den traditionellt kvinnliga servicesektorn. Samtidigt stannade männen kvar i det privata näringslivet. Än idag är kvinnor i majoritet inom den offentliga tjänstesektorn, medan män är i majoritet inom det privata näringslivet.<sup>134</sup>

Att undersöka sjuksköterskeyrkets löneutveckling genom institutionell teori är inte nog för att förstå varför utvecklingen har sett ut som den gjort. Arbetsmarknaden, och inte minst sjukvården, präglas av en genusarbetsdelning. Kvinnor och män har alltid arbetat. Dock har med vad de arbetar skiljt sig åt. I Sverige har kvinnor traditionellt arbetat inom offentlig tjänstesektor med olika typer av vård- och omsorgsarbeten, medan män har arbetat inom det privata näringslivet. De informella institutionerna har i form av normer, värderingar och traditioner påverkat bland annat kvinnors och mäns olika roller i samhället. Att kvinnor och män ansetts lämpa sig olika bra för olika yrken kan ses som en form av inarbetad praxis. Denna inarbetade genusarbetsdelning är ett exempel på ett informellt stigberoende. Även att kvinnor och män inom samma yrken har olika löner trots liknande kompetenser är ett exempel på detta.

De informella institutionerna utgörs av de normer och traditioner som har påverkat människors beteendemönster. De institutionella förändringar som har skett under den studerade perioden kan förstås genom vilken *praxis* som har tillämpats på området. Praxis kan förklaras som en informell institution, en sedvänja eller tradition som har stark påverkan på beslut men som inte är reglerad i lagtext. Lagtexten kan ändras genom ett beslut, men den rådande praxisen kan kvarstå under en längre period. Ekonomisk historikern Thomas Petterson talar i sammanhanget om att praxisen är

---

<sup>133</sup> Statistiska centralbyrån (SCB) <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/lonesok/Search/?lon=sjuksk%C3%B6terska> (2018-05-24)

<sup>134</sup> Andersson-Skog (2007), s.469

*institutionellt stigberoende*. Han skriver: ”Med institutionellt stigberoende avser jag därför att en ekonomisk-politisk praxis för definierade rättigheter, skyldigheter och resursfördelning behålls inom en sektor trots att de formella institutionella förhållandena i sektorn förändras”.<sup>135</sup> Ett tydligt exempel på en sådan praxis är faktumet att kvinnor och män fortfarande tjänar olika mycket för samma anställning, trots att jämställdhetslagen infördes för mer än 40 år sedan.

Under 1900-talets första decennier var de flesta kvinnor på arbetsmarknaden utestängda från fackföreningarna. Fackföreningarna var manligt dominerade och utgjorde en plattform för genuskodning av olika arbeten. Att arbeta var ofta synonymt med att arbeta inom industrin. Kvinnor, som till majoritet arbetade inom offentlig tjänstesektor, ansågs därmed inte utföra arbete i den meningen, och hade därför inte samma rätt att kräva högre lön eller andra rättigheter som de som arbetade inom industrin.

Inom vården föreligger en vertikal genusarbetsdelning. Män arbetar oftare inom verksamheter med högre status och högre lön, såsom läkare och chefer. Kvinnor arbetar inom verksamheter med lägre status och lägre lön, såsom sjuksköterskor och undersköterskor. Det föreligger även en horisontell genusarbetsdelning. Kvinnor och män inom samma yrke, med liknande kompetenser och arbetsuppgifter, tjänar olika mycket. Inom arbetsmarknaden återspeglas detta genom att kvinnor och män arbetar inom olika yrken och på olika positioner. Där män oftare återfinns på högre positioner och inom historiskt högavlönade högt rangordnade yrken, såsom jurister, civilingenjörer och läkare.

Att löneutvecklingen inom sjuksköterskeyrket har varit svag och att lönerna historiskt varit låga kan därmed förklaras av att det har förelagat och föreligger en värdediskriminering av kvinnligt arbete. Att genomsnittslönen för sjuksköterskor är lägre än andra yrken som kräver en treårig högskoleutbildning kan förklaras genom detta. Enligt diagram 1 är livslönen för sjuksköterskor lägre än både högskoleingenjörer och receptarier, trots att de har lika lång utbildning. Även en som helt saknar högre utbildning har en högre genomsnittslön än en sjuksköterska. Att manliga sjuksköterskor, trots likvärdig utbildning och anställningstid samt arbetsuppgift, tjänar mer än sina kvinnliga kollegor kan också förklaras genom detta. Hur skulle sjuksköterskeyrkets löneutveckling se ut om yrket hade varit mansdominerat? Kvinnliga industriarbetares löner har enligt diagram 2 på senare år ökat snabbare än sjuksköterskelönerna. Kan det förklaras med att industrisektorn är mansdominerad, och att industriarbetet fortfarande värderas högre än offentliga tjänsteyrken?

Den första, andra och tredje vågens feminism utgjordes av kvinnor som kämpade för att kvinnor skulle ha samma rättigheter som män. Det var dessa kvinnor som i mångt och mycket var anledning

---

<sup>135</sup> Pettersson (1999), ss.7-8

till att allmän och lika rösträtt infördes, att kvinnor fick organisera sig fackligt, att en allmän föräldraförsäkring infördes, att sjuksköterskeyrket professionaliserades och att jämställdhetslagen infördes. Dessa reformer genomfördes inte på grund av statens snällhet, utan genom demonstrerande kvinnors krav på att få samma rättigheter som männen.

Det svenska sjuksköterskeyrket har vuxit fram i ett välfärdssamhälle vars institutioner påverkat yrkets löneutveckling. Löneutvecklingen i sig har varit svag. Att den har varit svag kan till stor del förklaras av trögflytande och oföränderliga samhällsstrukturer kopplade till genus eller med andra ord ett trögt informellt stigberoende som har missgynnat sjuksköterskors, och andra kvinnodominerade yrkens, löneutveckling. Kvinnans lön sågs länge som ett komplement till mannens lön. Lönerna för kvinnor och män var utformade utefter en modell med en manlig familjeförsörjare och en kvinna som var hemma och tog hand om hushåll och familj. Trots att det blev mer lönsamt för kvinnan att arbeta genom avskaffandet av sambeskattnings inom äktenskapen hängde synen på den manliga familjeförsörjaren kvar som en form av *praxis*. Att kvinnor fortfarande tjänar mindre än män, även inom samma yrken, kan ses som ett exempel på detta.

I sjukvårdens fall kan kalltanken ses som en form av *praxis*. Under 1900-talets första decennier präglades sjuksköterskeyrket mer öppet av tanken om ett kall. Att arbeta som sjuksköterska sågs vara ett barmhärtighetsverk, och inget yrke. Att kräva högre lön ansågs därmed oförenligt med att vara sjuksköterska. Att yrkets löneutveckling varit fortsatt långsam kan ses som ett institutionellt stigberoende till följd av kalltanken. Även om kallet i sig sällan öppet använts som argument för att hålla igen på löneutvecklingen. Kalltanken har åter börjat få visst fäste inom den svenska sjukvården, vilket kan ha att göra med den ekonomiska krisen under 1990-talet. Till följd av krisen drabbades sjukvården av nedskärningar. Under 1990-talet minskade personalmängden från 425 000 till 275 000. En mindre personalstyrka ökade kraven och arbetsbördan för de kvarvarande.<sup>136</sup> En yrkesgrupp som motiveras av att arbeta efter ett kall istället för ökad ekonomisk ersättning är mindre kostsamt för samhället. En sådan yrkesgrupp passar särskilt in i ett samhälle som ständigt präglas av minskade statliga inkomster och nedskärningar inom offentlig tjänstesektor.

De institutionella förändringarna perioden 1977-2017 har till synes inte haft någon effekt på yrkets löneutveckling. Det har dock inte varit, förutom högskolereformerna, deras syfte. Sjukvården har genomgått omfattande reformer, men det har varit för att göra den mer kostnadseffektiv. Kostnadseffektiviteten som var en följd av de nedskärningar och besparingskrav som har präglat sjukvården sedan 1970-talet. I en sektor där personalens löner finansieras genom offentliga medel

---

<sup>136</sup>Pettersson (1999), s.218

riskerar löneutvecklingen att påverkas negativt av nedskärningarna. Hur sjuksköterskelönerna sätts kan i ljuset av detta ses som problematiskt. Arbetsgivaren har ett stort ansvar för lönesättningen. Det är arbetsgivaren som ska lämna löneförslag till arbetstagen efter att en översyn gjorts över arbetstagens individuella kompetenser och arbete, samt utefter arbetsplatsens förutsättningar. Därmed ska arbetsgivaren besluta hur mycket som ska fördelas till vårdpersonalens löner och till andra områden inom vården. Överlag skiljer sig arbetsgivares och arbetstagens intressen åt. Arbetstagens intresse är oftast högre lön och bättre arbetsförhållanden, medan arbetsgivarnas intressen är vinst. Hur kan det förstås inom en offentlig tjänstesektor som, än så länge, förbjuder vinstuttag?

Ekonomisk historiker såväl som historikers och nationalekonomers ointresse för att undersöka löner inom kvinnodominerade yrken inom offentlig sektor kan ha lett till att denna sektors ekonomiska betydelse har nedvärderats. Forskningen har präglats av föreställningen att den mansdominerade industrisektorn frambringar det *riktiga* välståndet. De kvinnodominerade arbetena inom offentlig tjänstesektor har därmed setts som sekundärt och inte lika viktigt för den samhällsekonomiska utvecklingen.<sup>137</sup> De sammanställningar av löner som rör en längre tidsperiod berör således industriarbetares löneutveckling. Ett exempel på det är *Historiska lönedatabasen* som publicerades av ekonomisk historiker från Göteborgs Universitet 2015 och berör perioden 1865-1990. I beskrivningen står det "*Historiska lönedatabasen (HILD) innehåller den viktigaste svenska officiella lönestatistiken för åren 1865-1990.*"<sup>138</sup> HILD innehåller lönetabeller över jordbruksarbetare, industriarbetare och tjänstemän inom privat sektor. Vad är det som gör att dessa yrkens lönestatistik ses som den viktigaste? Vad är det som gör att de inte sammanställts sjuksköterskelönerna? Är det för att det helt enkelt inte går att hitta någon lönestatistik för sjuksköterskor så långt bak i tiden? Eller beror det på att sjuksköterskors löneutveckling inte ansetts vara en del av "*den viktigaste svenska officiella lönestatistiken*"?<sup>139</sup>

De fluktuationer i löneutvecklingen som skett under perioden 1977-2017 är snarare resultat av de konjunktursvängningar som drabbat hela ekonomin. I diagram 2 ser man att löneutvecklingen stagnerar under lågkonjunkturer i samband med 1970- och 1990-talskrisen samt finanskrisen 2008. Det kan bero på att den offentliga sektorns inkomster minskar under lågkonjunkturer, vilket leder till att resurserna till de skattefinansierade sektorerna minskar. Besparingskraven, nedskärningarna

<sup>137</sup> Andersson-Skog (2007), ss.469-470

<sup>138</sup> Historiska lönedatabasen (HILD) <https://es.handels.gu.se/avdelningar/avdelningen-for-ekonomisk-historia/historiska-lonedatabasen-hild> (hämtad 2018-05-27)

<sup>139</sup> Ibid.



och det nu lagstadgade kravet på kostnadseffektivitet och effektivt resursutnyttjande<sup>140</sup> inom sjukvårdssektorn är exempel på detta. Samtidigt visar diagrammet att löneutvecklingen ökar under högkonjunkturer. Detsamma gäller det offentligt finansierade polisycket. Är det endast högkonjunkturer som kan leda till en ökad löneutveckling? Vad är det som driver fram löneökningar inom offentliga skattefinansierade sektorer?

---

<sup>140</sup> SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslagen

## 6 Käll- och litteraturförteckning

### Webbaserat material

Ekonomifakta. Välfärden i privat regi - Vård och omsorg. 2017.

<https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Valfarden-i-privat-regi/Vard-och-omsorg-i-privat-regi/> (hämtad 2018-05-23).

Sveriges akademikers centralorganisation (SACO). Livslöner för olika arbeten. 2014.

<https://www.saco.se/opinion/utbildning-ska-lona-sig/livsloner-for-olika-utbildningar/> (hämtad 2018-05-18).

Statistiska centralbyrån (SCB). Lönedatabasen. 2016.

<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/sysselsattning-forvarvsarbete-och-arbetstider/yrkesregistret-med-yrkesstatistik/pong/tabell-och-diagram/30-storsta-yrkena/> (hämtad 2018-05-02).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1977. 1978.

[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1977.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1977.pdf) (hämtad 2017-12-01).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1978. 1979.

[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1978.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1978.pdf) (hämtad 2017-12-01).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1979. 1980.

[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1979.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1979.pdf) (hämtad 2017-12-01).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1980. 1981.

[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1980.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1980.pdf) (hämtad 2017-12-01).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1981. 1982.

[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1981.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1981.pdf) (hämtad 2017-12-01).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1982. 1983.

[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1982.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1982.pdf) (hämtad 2017-12-02).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1982. 1983.

[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1982.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1982.pdf) (hämtad 2017-12-02).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1983. 1984.  
[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1983.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1983.pdf) (hämtad 2017-12-02).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1984. 1985.  
[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1984.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1984.pdf) (hämtad 2017-12-02).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1985. 1986.  
[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1985.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1985.pdf) (hämtad 2017-12-02).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1986. 1987.  
[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1986.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1986.pdf) (hämtad 2017-12-02).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1987. 1988.  
[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1987.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1987.pdf) (hämtad 2017-12-02).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1988. 1989.  
[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1988.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1988.pdf) (hämtad 2017-12-04).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1989. 1990.  
[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1989.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1989.pdf) (hämtad 2017-12-04).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1990. 1991.  
[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1990.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1990.pdf) (hämtad 2017-12-04).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1991. 1992.  
[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1991.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1991.pdf) (hämtad 2017-12-04).

Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunal personal 1992. 1993.  
[https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1992.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-landstingspersonal-1992.pdf) (hämtad 2017-12-04).

Statistiska centralbyrån (SCB). Genomsnittlig månadslön inom landstingskommunal sektor efter region, yrke, kön och år 1993-1994. [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_AM\\_AM0105\\_AM0105D/Landsting4g/table/tableViewLayout1/?rxid=f45f90b6-7345-4877-ba25-9b43e6c6e299](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0105_AM0105D/Landsting4g/table/tableViewLayout1/?rxid=f45f90b6-7345-4877-ba25-9b43e6c6e299) (hämtad 2017-12-05).

Statistiska centralbyrån. Anställda inom statlig-, primärkommunal-, kyrkokommunal- och landstingskommunal sektor efter sektor och kön. År 1995-2017. 2017. [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_AM\\_\\_AM0105\\_\\_AM0105C/Landsting16gA/?rxid=f45f90b6-7345-4877-ba25-9b43e6c6e299](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0105__AM0105C/Landsting16gA/?rxid=f45f90b6-7345-4877-ba25-9b43e6c6e299) (hämtad 2017-11-27).

Statistiska centralbyrån (SCB). Statsanställda 1986. 1987. [https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1986.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1986.pdf) (hämtad 2017-12-12).

Statistiska centralbyrån (SCB). Statsanställda 1987. 1988. [https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1987.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1987.pdf) (hämtad 2017-12-12).

Statistiska centralbyrån (SCB). Statsanställda 1988. 1989. [https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1988.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1988.pdf) (hämtad 2017-12-12).

Statistiska centralbyrån (SCB). Statsanställda 1989. 1990. [https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1989.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1989.pdf) (hämtad 2017-12-12).

Statistiska centralbyrån (SCB). Statsanställda 1990. 1991. [https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1990.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1990.pdf) (hämtad 2017-12-12).

Statistiska centralbyrån (SCB). Statsanställda 1991. 1992. [https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1991.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1991.pdf) (hämtad 2017-12-12).

Statistiska centralbyrån (SCB). Statsanställda 1992. 1993. [https://www.scb.se/Grupp/Hitta\\_statistik/Historisk\\_statistik/\\_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1992.pdf](https://www.scb.se/Grupp/Hitta_statistik/Historisk_statistik/_Dokument/SOS/Loner/Loner-offentlig-sektor-statsanstallda-lonegrad-1992.pdf) (hämtad 2017-12-12).

Sveriges kommuner och landsting (SKL). Hälsa- och sjukvårdssystemens reformer - En internationell jämförelse. <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-129-8.pdf> (hämtad 2018-05-16).

Sveriges kommuner och landsting (SKL). Huvudöverenskommelse om lön och allmänna anställningsvillkor samt rekommendation om lokalt kollektivavtal m.m. HÖK 16. 2018. <https://skl.se/download/18.537af174160d51cb85a4a63e/1515671482012/H%C3%96K%2016%20i%20lydelse%20170401%20OFR%20H%C3%A4lso%20och%20sjukv%C3%A5rd%20tecknad%20180111.pdf> (hämtad 2018-05-07).

Sveriges kommuner och landsting (SKL). Valfrihetssystem, LOV, information och stödmaterial. 2018. <https://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemersattningssystem/valfrihetssysteminformationochstodmaterial.1969.html> (hämtad 2018-05-21).

Socialstyrelsen. Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2016 samt arbetsmarknadsstatus 2015. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20862/2018-2-9.pdf> (hämtad 2018-05-26).

Vårdförbundet. Oacceptabel livslön för Vårdförbundets medlemmar. (2017) <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sa-paverkar-vardforbundet/forskning-och-rapporter/oacceptabel-livslon-for-vardforbundets-medlemmar/> (hämtad 2018-05-21)

Vårdförbundet. Vilka vi är och vårt uppdrag - Historik. (2017) <https://www.vardforbundet.se/om-vardforbundet/vilka-vi-ar-och-vart-uppdrag/historik/> (hämtad 2018-05-08).

Historiska lönedatabasen (HILD) Industriarbetare efter kön och bransch i hela riket 1977-1990. 2015. [https://es.handels.gu.se/digitalAssets/1520/1520092\\_iw\\_branches\\_1977-1990.pdf](https://es.handels.gu.se/digitalAssets/1520/1520092_iw_branches_1977-1990.pdf) (hämtad 2017-12-16).

Patriarkat, *Nationalencyklopedin*. <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/patriarkat> (hämtad 2018-06-09)

Sjuksköterska, *Nationalencyklopedin*. <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/sjuksk%C3%B6terska> (hämtad 2018-05-15)

Sjuksköterskeutbildning. *Nationalencyklopedin*. <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/sjuksk%C3%B6terskeutbildning> (hämtad 2018-05-15)

Tentativ, *Nationalencyklopedin*. <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/tentativ> (hämtad 2018-05-29)

## Tryckta källor

### *Propositioner (prop.)*

Prop. 1993/94:147 Jämställdhetspolitiken: Delad makt - delat ansvar.

Prop. 2005/06:155 Makt att forma samhället och sitt eget liv - nya mål i jämställdhetspolitiken.

Prop. 2008/09:29 Lag om valfrihetssystem.

### *Motioner*

Motion 1982/83:3 Om lönebildningens roll i ekonomin.

Motion 1998/99:So436 Ädelreformen.

Motion 1998/99:So349 Psykiatrireformen.

### *Statens Offentliga Utredningar (SOU)*

SOU 1984/85:28 Betänkande om utvecklingslinjer inom hälso- och sjukvården.

SOU 1993:93 Vårdens svåra val.

SOU 1998:6 Ty makten är din... - Betänkande från Kvinnomaktsutredningen.

SOU 2003:16 Mansdominans i förändring om ledningsgrupper och styrelser.

SOU 2007:108 Kön, makt och statistik.

SOU 2015:50 Hela lönen, hela tiden - Utmaningar för ett jämställt arbetsliv.

### *Svensk författningssamling (SFS)*

SFS 1978:50 Förordningen om vårdutbildning inom högskola.

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen.

SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslagen.

SFS1977:218 Högskolelagen.

SFS 1992:1434 Högskolelagen.

SFS 1979:218 Jämställdhetslagen.

SFS 1990:1404 Betalningsansvarslagen.

SFS 2008:962 Lagen om valfrihet.

### *Skriftliga frågor*

Skriftlig fråga 1997/98:964 Kommunerna och handikappreformen.

### **Litteratur**

Andersson, Åsa (2002). *Ett högt och ädelt kall: kalltankens betydelse för sjuksköterskeyrkets*

*formering 1850-1930*. Umeå universitets tryckeri, Umeå.

Andersson-Skog, Lena (2007) "In the Shadow of the Swedish Welfare State: Women and the Service Sector", *The Business History Review*, Vol. 81, Nr. 3, ss.451-470.

Andersson-Skog, Lena och Strömberg, Helén. *Från en öm hand till kall elektronik? - Om industrisamhällets vårdarbete under 1900-talet*. Första upplagan. Department of Economic History, Umeå Universitet. No 18/2012

Dufwa, Sune G (2004) *Genus, lön och karriär - sjuksköterskeyrkets omvandling under 1900-talet*. Växjö University Press, Växjö.

Gråbacke, Carina (2002) *Möten med marknaden. Tre svenska fackförbunds agerande under perioden 1945-1976*. Kompendiet, Göteborg.

Krantz, Olle och Schön, Lennart (1988) "Den svenska krisen i långsiktigt perspektiv" *Ekonomisk debatt* 7/83.

Löfström, Åsa (2014) *Time for men to catch up on women?*. Umeå Universitet, Umeå.

Magnusson, Lars (1999) *Den tredje industriella revolutionen*. Nordstedts, Stockholm.

Magnusson, Lars (2002) *Sveriges ekonomiska historia*. Bokförlaget Prisma, Stockholm.

Milton, Lena (2001) *Folkhemmets barnmorskor - Den svenska barnmorskekårens professionalisering under mellan- och efterkrigstiden*. Historiska institutionen vid Uppsala universitet, Uppsala.

North, Douglass (1990) *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge University Press, Cambridge.

North, Douglass (1994) *Economic Performance Through Time*. *The American Economic Review*, vol. 84, no. 3.

Pettersson, Thomas (1999) *Att kompensera för avstånd? Transportstödet 1970-1995 - ideologi, ekonomi och stigberoende*. Umeå Studies in Economic History: Umeå.

Schön, Lennart (2014) *En modern svensk ekonomisk historia: tillväxt och omvandling under två sekel*. Studentlitteratur AB, Lund.

Sommestad, Lena (1992) *Från mejerska till mejerist*. Diss, Uppsala Universitet. Lund. Arkiv.

Krueger, Anne (1996) "Regulations in a Dynamic Setting. The political Economic of Controls. American Sugar", i Alston, L., Eggertsson, T och North, D. (red.), *Empirical Studies in Institutional Change*. Cambridge UP, Cambridge.

Strömberg, Helén (2004) *Sjukvårdens industrialisering: mellan curing och caring - sjuksköterskeyrkets omvandling*. Print & Media, Umeå.

Thörnqvist, Christer och Woolfson, Charles (2011) "Dog den svenska modellen i Vaxholm? Laval målet och den svenska arbetsmarknaden", *Arbetsmarknad & Arbetsliv* 17(3): 9-22.