

# Från en öm *hand* till kall elektronik?

Om industrisamhällets vårdarbete under 1900-talet

Lena Andersson-Skog & Helén Strömberg (red.)

Första reviderade upplagan 2012



**Department of Economic History**

ISBN: 978-91-7459-144-6

ISSN: 1653-7475

Occasional Papers in Economic History

**No. 18/2012**

## Innehållsförteckning

<i>Introduktion</i> .....	3
<i>Lena Andersson-Skog</i> .....	3
<i>DEL I_Konstruktionen av den ömma handen - Professionalisering, teknikanvändning och arbetsorganisation</i> .....	5
<i>Den ömma handens konstruktion. Könsdikotomi, etik och utbildningspolitik hos förra sekelskiftets sjuksköterskor.</i> ....	6
<i>Åsa Andersson</i>	
<i>Charlataner, rivaler och kolleger. Läkares syn på kvacksalveri i det tidiga 1900-talets Finland</i> .....	28
<i>Riitta Oittinen</i>	
<i>Vårdarbete, teknik och kön. Könsarbetsdelning i svensk sjukhusvård 1980-1999</i>	39
<i>Helén Strömberg</i>	
<i>Telemedicin - ytterligare en maskin som säger pling?</i> .....	56
<i>Henrik Linderoth</i>	
<i>DEL II_Att sköta ekonomin eller att vårda de sjuka – den ekonomistiska sjukvårdens dilemma</i> .....	77
<i>Från patientvård till sjukvårdsproduktion. Den svenska sjukvårdens omvandling efter 1960</i> .....	78
<i>Lena Andersson-Skog &amp; Helén Strömberg</i>	
<i>Den ädla reformens dilemma - äldrevård för landstingens, kommunernas eller de äldres bästa?</i> .....	95
<i>Helene Brodin</i>	
<i>Att skapa god omvårdnad. Tre yrkeskategoriers syn på god respektive dålig omvårdnad</i> .....	111
<i>Susann Backteman-Erlanson</i> .....	111
<i>Slutord: Mot en industrialisering av vårdarbetet?</i> .....	127
<i>Lena Andersson-Skog &amp; Helén Strömberg</i> .....	127
<i>Litteratur</i> .....	131

## Introduktion

*Lena Andersson-Skog*

Ordet sjuksköterska leder ofta tanken till vad Florence Nightingale och hennes medsystrar tycktes stå för vid 1800-talets mitt: att med en tröstande hand, ett mildt leende och med lätta, tysta steg bland de lidandes bäddar ge oss omvårdnad, omsorg och lindring. Denna idealbild har ännu inte upphört att prägla uppfattningen om vad sjukvård är och vad en sjuksköterska sysslar med. Denna idealisering skymmer emellertid det faktum att den moderna sjuksköterskan vakar över sina patienter med hjälp av elektronisk apparatur och professionellt förvärvade kunskaper snarare än genom direkt personlig omvårdnad och specifikt ”kvinnliga” egenskaper.

I denna antologi diskuteras några av de centrala aspekter som rör sjuksköterskeyrkets och vårdarbetets omvandling inom industrisamhällets och välfärdsstatens ramar. Perspektivet är uttalat samhällsvetenskapligt och historiskt. Några av de teman som berörs är professionaliseringen och könsarbetsdelningen inom sjuksköterskeyrket, hur vårdarbetets organisering påverkats av bland annat den medicinska teknikens utveckling, samt de förändrade ekonomisk-politiska målen för sjukvården.

Antologin är indelad i två teman. Det första temat, *Konstruktionen av den ömma handen – professionalisering, teknikanvändning och arbetsorganisation*, behandlar framväxten av sjuksköterskeyrket som en profession byggd på formell kompetens. Här sätts också detta strategival i relation till hur andra yrken i den offentliga sektorn professionaliserats, samt diskuteras också och hur relationen mellan sköterskeyrket och vårdarbetets innehåll och organisation utvecklats. I antologins andra del, *Att sköta ekonomin eller att vårda de sjuka – den ekonomistiska sjukvårdens dilemma*, diskuteras vårdsektorns roll i välfärdssamhällets snabba omvandling under de senaste decennierna. Ur ett samhällsorganisatoriskt perspektiv analyseras hur det kommer sig att den traditionella omvårdnaden som arbetsuppgift idag praktiskt taget försvunnit från sjukhusen och delvis överförs till den kommunala omsorgen inom åldrvården. Dessutom problematiseras uppfattningen om vad som karaktäriserar en god omvårdnad skiljer sig åt mellan

olika yrkeskategorier. Här visar det sig intressant nog att skillnaderna är små och att den grundläggande normen för god omvårdnad inte har förändrats på något avgörande sätt trots de organisatoriska omvandlingarna.

Det är viktigt att här poängtera att författarna kommer från olika vetenskapsområden. Företagsekonomiska, historiska och idéhistoriska utgångspunkter skapar tillsammans med perspektiv från omvårdnadsforskningen en bred analysram. Denna antologi ska därför ses som ett försök att lyfta fram några centrala aspekter som rör sjuksköterskeyrkets omvandling ur ett tvärvetenskapligt perspektiv, där det ekonomisk historiska anslaget fungerar som ett sammanbindande kitt mellan de olika aspekter som behandlas.

Trots att kapitlens utgångspunkter skiljer sig åt, bildar de en sammanhållen kedja som först beskriver sjuksköterskeyrkets uppkomst i det tidiga industrisamhället, för att därefter diskutera på vilka sätt sköterskornas arbetsuppgifter och arbetsorganisationen förändrats, vilket utgör grunden för en diskussion om hur olika av dessa aspekter kan tolkas som en del av en allmän samhällsekonomisk omvandling.

Vår förhoppning är att antologin ska kunna fungera både som en lärobok för universitetsstudier inom olika områden där sjukvård berörs, samt som diskussionsunderlag för vidareutbildning inom vården. Denna bok är ett av de första försöken att på detta tematiska sätt studera sjukvården ur ett historiskt och samhällsvetenskapligt perspektiv. Mycket finns ännu att tillföra. Vi hoppas dock att läsningen ska stimulera till ytterligare diskussion och reflexioner kring sjukvårdens framtida utvecklingsdrag vad gäller inriktning, omfattning och betydelse för samhället och patienter.

## **DEL I**

### **Konstruktionen av den ömma handen - Professionalisering, teknikanvändning och arbetsorganisation**

## **Den ömma handens konstruktion. Könsdikotomi, etik och utbildningspolitik hos förra sekelskiftets sjuksköterskor.**

*Åsa Andersson*

### *Inledning*

Sjuksköterskearbetet har som profession en relativt kort historia. Fram till 1800-talet var vård och omsorg i stort sett en familjeangelägenhet, eller en uppgift för kyrkan. I och med att vården av sjuka började institutionaliseras under andra hälften av 1700-talet, ökade behovet av personal, och under 1800-talet skedde i Europa och Nordamerika en successiv utveckling av ett av de första ”moderna” yrkena för kvinnor – sjuksköterskeyrket. Religiösa idéer samt frågor som den borgerliga kvinnorörelsen drev hade stor betydelse under yrkets formeringstid, cirka 1850-1930. I ett svenskt sammanhang är de tre första decennierna av 1900-talet av särskilt historiskt intresse vad gäller sjuksköterskeyrkets utveckling; det är den period då denna unga yrkesgrupp är inbegripen i en intensiv fas av det vi brukar kalla för ”professionalisering”.

I den här uppsatsen kommer jag att behandla några centrala aspekter av de svenska sjuksköterskornas förutsättningar kring sekelskiftet 1900. Inledningsvis kommer jag att ge en kort historik kring kallbegreppet, då idén om ett kall – att vara kallad till vårdarinna – var ett genomgripande tänkesätt kring det kvinnliga vårdarbetet när det växte fram.<sup>1</sup> Kallbegreppet har en lång och komplex historia som bara bitvis kan återges inom ramarna för denna uppsats. Jag har valt att i första hand framhålla de innebörder begreppet haft i den tidiga kristna läran samt i Luthers senare tolkning av det. Efter den korta genomgången av kallbegreppets historia pekar jag på de samband man kan se mellan de lutherska idéerna och de tre första utbildningsinstitutionerna för kvinnliga vårdarbetare: Ersta diakonissanstalt, Röda korset samt Sophiahemmet. De tre utbildningsinstitutionerna diskuteras dessutom utifrån ett jämförande perspektiv; vilka likheter och skillnader som fanns dem emellan.

---

<sup>1</sup> För att undvika missförstånd vill jag understryka att jag när jag använder begreppet ”kvinntvårdarbete” inte menar att vårdarbetet till sin essens är kvinnligt. Med kvinnligt vårdarbete menar jag kort och gott vårdarbete som utförs av kvinnor.

I direkt anslutning till redovisningen av utbildningsinstitutionerna går jag in på sjuksköterskeyrkets utveckling under 1900-talets första tre decennier. Först ges en kort översikt över hur personal- och utbildningssituationen såg ut kring år 1900. Därefter tas Svensk sjuksköterskeförenings (SSF) stora inverkan på yrkets inriktning upp, den starka betoningen man lade på etiken – vilket var liktydigt med ”kallet” – samt utbildningsfrågan. Kalltanken inom sjuksköterskyrket illustreras dels genom ett par sjuksköterskors föreläsningssanteckningar, dels med hjälp av referat ur några artiklar från *Svensk sjukskötersketidning*. De valda exemplen visar på ett antal betydelsefulla innebörder som gavs åt kallet, men även på att det ibland kunde finnas en viss spänning mellan etiken och sjuksköterskans arbetssituation. Utbildningsfrågan belyses utifrån de olika uppfattningar som förelåg hos SSF, Svenska Allmänna Läkareföreningen och Röda korset. En konflikt uppstod under första världskriget då Röda korset ville starta en kort och i första hand praktiskt inriktad ”hjälpssystemutbildning”. Det framgår tydligt att sjuksköterskorna såg detta som ett hot mot sitt yrkesrevir och sina ambitioner att förlänga utbildningen och ge den en mer teoretisk grund.

Eftersom läkarkåren var en viktig grupp i relation till sjuksköterskorna ges även en kort inblick i hur de såg på sjuksköterskekallet och på sjuksköterskornas utbildning; hur de ibland kunde stödja och ibland motarbeta sjuksköterskornas yrkesambitioner.

I kapitlets avslutande del ställs frågor och förs en diskussion kring den intensiva betoningen av kallet, liksom det upphettade klimat som uppstod kring utbildningsfrågan. Eftersom det är uppenbart att sjuksköterskorna inte är ensamma om att framhålla sitt arbete som ett kall, utan får stöd av många läkare i uppfattningen om sitt yrke som väldigt speciellt, lyfter jag i slutdiskussionen in en relationell aspekt. Hur kunde det till exempel komma sig att läkarna över huvud taget brydde sig om att definiera sjuksköterskans kall? Som utgångspunkt i analysen använder jag här ett genus- och professionaliseringsperspektiv. Som hjälp har jag bland annat sociologen Randall Collins som beskriver den rituella och symboliska betydelsen just utbildningen har hos framväxande yrkesgrupper.<sup>2</sup> För att fördjupa genusperspektivet har jag använt arbeten av historikern Joan Scott, vars genusdefinition bygger på antagandena att kön är ett grundläggande element i

---

<sup>2</sup> Collins (1990).

konstitutionen av sociala relationer samt att det artikulerar maktrelationer.<sup>3</sup> Hon framhåller alltså hur föreställningar om kvinnligt respektive manligt tar form i relation till varandra, men där det ena – det manliga – är överordnat i förhållande till det kvinnliga. Sociologen Celia Davies är en forskare som använder både ett professionaliseringsperspektiv och ett genusperspektiv i sina historiska studier över sjuksköterskeyrket. Även hon betonar det relationella i professionernas utveckling och menar närmast att själva professionsbegreppet är kopplat till föreställningar om maskulinitet och att ”manliga” respektive ”kvinnlige” yrken formats och fått sin status beroende av genusrelationerna.<sup>4</sup>

## Kallbegreppet

I bibeln finner vi ett par viktiga användningssätt av kallbegreppet. Här kan vi se hur begreppet beskriver en speciell typ av relation mellan människa och gud, en relation som präglas av utvaldhet och ödesbestämmelse. Gud kallar till exempel profeterna i Gamla testamentet att förkunna hans ord för människorna; de är därmed utvalda och drivna av en kraft – ett gudabestämt öde – som de inte kan ändra på. I Nya testamentet vidgas kallbegreppets betydelse till att kunna gälla människans kallelse till tro.<sup>5</sup> Begreppets religiösa innebörd är dock inte begränsat till kristendomen utan kan även användas vad gäller profeten Mohammads relation till Allah eller till en schamans kontakt med något översinnligt väsen.

Reformatorn Martin Luther kommer under 1500-talet att ge kallbegreppet ytterligare betydelser. Hos honom vävs idéer om arbete, kön och social struktur samman med tidigare betydelser – utvaldhet, öde och tro. Luther är starkt präglad av sin tids strikt hierarkiska samhälle, samt av sitt eget avståndstagande från den katolska trosformen. Det hierarkiska draget ser man exempelvis i den hustavla som ingår i Luthers Lilla katekes. Där betonas vikten av att arbeta och att lyda överheten och genomgående framhålls de över- respektive underordnade positioner som människor befinner sig i. Speciella regler anges för överhet och undersåtar, för barn och föräldrar och för husfader/matmor och tjänstefolk. Hustavlan anger också i vilken inbördes relation gifta män och kvinnor står till varandra. Kvinnan skall vara

---

<sup>3</sup> Scott (1988).

<sup>4</sup> Davies (1980), (1995).

<sup>5</sup> *Matt. 9:13, Luk. 5:32, Gal. 1:6.*



underdånig mannen och dessutom tuktig, sedlig, huslig och from.<sup>6</sup> Den hierarkiska ordningen motiverar Luther med att den är inrättad av Gud. Herren har givit varje kristen en livsuppgift, en kallelse, och den ska uppfattas som en förpliktigande gåva för människan att under jordelivet tjäna sin nästa. Kallet ska skötas på den plats Gud har satt oss. Varje människa är kallad till en socialt och biologiskt betingad position, exempelvis som äkta make eller hustru, son eller dotter, dräng eller piga. Kallelsen begränsas alltså, enligt Luther, inte till arbetet utan omfattar även en biologisk ordning. Att vara förälder, man eller hustru är ett kall. Av det följer att livet i arbetet – förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare – liksom livet i hemmet – förhållandet mellan föräldrar och barn – är kallelseliv.<sup>7</sup>

I den etiska framtoning Luther gav människans kallelse syns ett polemiskt drag. Han ogillade den katolska kyrkans uppdelning av de kristna moralreglerna där höjden av ett etiskt liv tänktes vara att dra sig tillbaka från världen och leva i klosteraskes. Luther ville istället att alla människor skulle leva ett etiskt liv i sin vardag, och därför upphöjde han människans arbete – hennes uppgift i världen – till någonting mer eftersträvansvärt än klosterlivet. Men inte bara arbetet framstod som etiskt. Livet innebar andra angelägna uppgifter, inte minst den att följa sin biologiska riktning. Att gifta sig och bli förälder sågs som ett bättre sätt att leva ett kristet liv än att till exempel dra sig tillbaka i ett kloster. För kvinnan hade föräldraskapet en särskilt positiv laddning då hon, som det sägs i en av den lutherska lärans tidiga skrifter, blev ”saliggjord” genom barnafödandet.<sup>8</sup> Enligt Luther var moderskapet själva essensen hos kvinnan, det var förutsättningen för den kallelsegärning som skapelsen gett henne.<sup>9</sup>

Sammanfattningsvis finns två viktiga syften med att människan lever och arbetar enligt sin kallelse. För det första gagnas medmänniskorna samtidigt som vi skapar ett samhälle av ordning. När vi utför de uppgifter Gud har gett oss tjänar vi vår nästa. Samtidigt bekämpas vår inneboende egoism av den självuppoftning kallelsen kräver. För det andra är kallelsen ett instrument för Gud så att han, via människans arbete, kan fortsätta sitt skapelseverk på jorden. I arbetet är vi Guds medarbetare menar Luther och ger därmed människans kall en upphöjd position.

---

<sup>6</sup> *Doktor Mårten Luthers Lilla katekes* (1876), s 100.

<sup>7</sup> Wingren (1993), s 18.

<sup>8</sup> Melancton (1914), s 203.

<sup>9</sup> Hammar (1999), s 25.

Men finns det verkligen ett samband mellan det som senare kom att benämnas ”Luthers kallelselära” och de kvinnliga vårdyrkenas utveckling? Går det att finna några direkta kopplingar mellan de första kvinnliga vårdarbetarna och Luthers idéer? Jag menar att vi kan se kopplingarna framför allt hos ett par av de tongivande utbildningsinstitutionerna under slutet av 1800-talet.

## De tre ”skolorna”

Tre utbildningsinstitutioner kan betecknas som mer betydelsefulla än andra vad gäller utvecklingen av sjuksköterskeyrkets speciella idémässiga innehåll. Dessa tre är: Ersta diakonissanstalt i Stockholm, Röda korsets utbildning i Uppsala samt Sophiahemmet i Stockholm. Skolorna inrättas under andra hälften av 1800-talet.

Erstas utbildning startas 1851 utifrån kristet filantropiska idéer. Det fanns inom den evangeliska väckelserörelsen ett stort engagemang kring de dåtida sociala problemen. Den tyska ”inre missionen” sågs som en förebild för diakonissans arbete.<sup>10</sup> I detta sammanhang innebar den inre missionen diakonissornas ”kärleksverksamhet”. Tanken var att sjuka och fattiga människor skulle vinnas till den kristna tron när de tjänande kvinnorna – diakonissorna – gav sin omsorg åt dem. Inspirationen till själva organisationsformen hämtades från de tyska diakonissanstalterna; främst i Kaiserswerth och Strassburg. De svenska diakonissorna inordnades enligt tysk modell i en moderhusorganisation vilket innebar att diakonissanstalten hade ett socialt och ekonomiskt ansvar för dem under hela deras verksamhetstid, även efter det att de av åldersskäl lämnat sitt arbete. Vid Ersta betonades också det så kallade ”systraskapet”, vilket hade att göra med diakonissornas inbördes andliga gemenskap. Systraskapstanken kom närmast från diakonissanstalten i Strassburg, men hade uppenbara kopplingar till den katolska kyrkans nunnor. I diakonissans kall framhölls den andliga dimensionen. Arbetet fick sin mening då det ställdes i relation till Gud. Det var för hans skull en diakonissa ville arbeta.

Följande citat ur tidskriften *Olivebladet* från 1879 kan fungera som en illustration till denna inställning: ”*Hvad vill jag? Tjena vill jag. Herren vill jag tjena.*”

---

<sup>10</sup> Bylund Koivunen (1994), s 71.

*Herren uti hans sjuka och elända. Och hvad är min lön? Jag tjenar varken för lön eller tack utan af kärlek. Min lön är att jag får tjena.*”<sup>11</sup>

Dessa rader sammanfattar det ideal som präglade diakonisskallet: Arbetet var direkt kopplat till en gudstro och det hade en mening i sig, lönen var inte det centrala. Det viktiga var att få arbeta för Gud, att få vara en medarbeterska för Guds rike och delta i hans stora och ständigt pågående skapelseverk. Här finner vi en direkt koppling till de lutherska idéer som omnämndes i det föregående avsnittet. Diakonissans yrkesideal var alltså helt genomsyrat av kristet religiösa föreställningar samt lutherska uppfattningar om kopplingarna mellan arbete, gudstro och etik.

Röda korsets sjuksköterskeutbildning startade 1867. Bakgrunden till Röda korsets verksamhet var ett engagemang i frågor kring krigssjukvård. Internationella Röda korset som bildats 1864 hade som huvudmål att organisera hjälp åt sjuka i fält, men sjukvårdsundervisning i fredstid stod också på programmet. Den borgerliga kvinnorörelsen drev under 1860-talet en intensiv kampanj för att förmå Röda korset att starta en sjukvårdsutbildning speciellt för kvinnor. En av rörelsens förgrundsgestalter Sophie Leijonhufvud, senare gift Adlersparre, uttrycker sin vision av kvinnligt vårdarbete i en artikel i *Tidskrift för hemmet* från 1865. Hon skriver att kvinnan med sin klarsynthet och moraliska finkänslighet måste anförtros ledningen av de blivande ”sjukbiträdena”<sup>12</sup> Det kvinnliga ledarskapet betonas här mycket starkt. Sex år tidigare hade Florence Nightingales bok *Notes on Nursing* kommit ut; den översattes till svenska bara inom några månader. Leijonhufvud var inspirerad av Nightingales skrift, och när Röda korset beslöt att ordna en sjukvårdsutbildning för kvinnor sändes fröken Emmy Carolina Rappe, på Leijonhufvuds inrådan till Nightingales utbildningsinstitution vid St. Thomas hospital i London. Nightingales idéer om kvinnor och sjukvård hade därmed sannolikt inflytande på den utbildning som Rappe förestod.

På vilka sätt skiljer sig då Röda korset från Erstas modell? Även hos Röda korset fanns kalltanken med som en dimension i yrkesidealet. Men detta ”nightingaleinspirerade” vårdarkall karaktäriseras främst av en betoning på kvinnligt ledarskap – utifrån kvinnans höga moral – samt omvårdnad, disciplin och hygien.<sup>13</sup> Dessutom förelåg organisatoriska skillnader mellan Ersta och Röda korset. Röda

---

<sup>11</sup> *Olivebladet: Ett blad för den tjänande kärleken* (1879) s 152.

<sup>12</sup> Leijonhufvud (1865), s 214.

<sup>13</sup> Emanuelsson (1990), s 30, s 41, samt Andersson (1997).

korsets sjuksköterskor var inte organiserade enligt moderhusprincipen. Den idémässigt något annorlunda grunden syns i det att den religiösa betoning som lagts på vårdarbetet vid Ersta är klart nedtonat på Röda korset. Därmed inte sagt att den religiösa aspekten inte fanns med, de som utövade vårdarbetet var – i enlighet med sin tid – ofta djupt troende. Men det religiösa missionerandet, frälsandet av människornas själar, fanns inte angivet som mål för Röda korsets sjuksköterskor. Röda korsets sjuksköterskeutbildning måste alltså anses vara början till en sekulariserad sjukvård i enlighet med Florence Nightingales modell.

Sophiahemmets utbildning kom till år 1884 på initiativ av det svenska kungahuset. Utbildningen bedrevs till att börja med i en vanlig bostadslägenhet för att år 1889 flytta till det nybyggda sjukhuset. Själva tanken med Sophiahemmet var intressant nog att i *första* hand utbilda sjuksköterskor.<sup>14</sup> Vad var det då som kom att ge Sophiahemmet dess speciella karaktär? Antagligen hade drottning Sophia stor inverkan på hur utbildningen kom att te sig. Dels hade hon tagit intryck av den nightingaleska skolan och den engelska sjukvården, dels hade hon kontakter med delar av väckelserörelsen som hon sympatiserade med. Det religiösa inslaget i Sophiahemmets utbildning kom till uttryck redan i inträdesbestämmelserna där det inte bara fastslogs att den sökande måste bekänna sig till en protestantisk tro, utan också att hennes önskan att ägna sig åt sjuksköterskekallet skulle vara byggd på sann gudsfruktan.<sup>15</sup>

Sophiasystrarna organiserades på samma sätt som diakonissorna; enligt moderhusprincipen. Det kristna budskapet var även det viktigt men sjuksköterskornas religiositet skulle hållas inom rimliga gränser. De sjuksköterskor som med allt för stor iver ägnade sig åt missionerande verksamhet blev tillrättavisade.<sup>16</sup> Florence Nightingales idéer syntes i hur det kvinnliga ledarskapet lyftes fram i utbildningen liksom betydelsen av kunskap i hygien och omvårdnad. Men sophiasystrarnas kalltanke hade ytterligare konnotationer, de skulle ha en speciell uppgift inom sjukvården; nämligen att införa en vårdad och finkänslig ton i sjukhuslivet. Det var ett förbättringsprojekt som riktade sig mot läkare och patienter och som påminner om diakonissornas andliga missionerande. Men i sophiasystrarnas fall var det ett allmänt moralhövande inslag som betonades vilket ger associationer

---

<sup>14</sup> Redogörelse för Sophiahemmets verksamhet till och med 1890, (1891), s 44.

<sup>15</sup> Ibid s 53.

<sup>16</sup> Nilsson (1939), s 156.

till Nightingales uppfattning om kvinnan som garant för moralen.<sup>17</sup> Utbildningen på Sophiahemmet var redan från starten speciell både vad gäller längd och innehåll. När den första kullen elever gick utbildningen var den 10 månader lång, vilket kan ställas i relation till Röda korsets sjuksköterskeutbildning som endast var 6 månader. På Sophiahemmet gavs dessutom det teoretiska inslaget större utrymme än på de andra skolorna. Redan på 1890-talet förlängdes utbildningen till att först sträcka sig över 18 månader och sedan till två år.<sup>18</sup> Skolan kom fortsättningsvis att förlänga sjuksköterskeutbildning – år 1904 blev utbildningen treårig – och dessutom skildes det teoretiska inslaget ut från den praktiska undervisningen.

Sophiahemmet måste alltså till stor del anses ha varit en idémässig syntes av Ersta diakonissanstalt och Röda korsets vårdutbildningar. Det fanns ett starkt religiöst inslag i Sophiahemmet, bland annat i det att sköterskorna organiserades i moderhus men i Sophiahemmets fall skulle religiositeten hållas inom rimliga gränser. Det nightingaleska inslaget, som präglade Röda korset, var stort på Sophiahemmet. Idéer om ledarskap, hygien och omvårdnad var viktiga när Sophiahemmet startades. Dessutom finner vi uppfattningar om sjuksköterskornas morallhöjande verkan på sjukvårdskulturen, som möjligen är speciell för Sophiahemmet. Den största skillnaden mellan Sophiahemmet och de andra skolorna har med sjuksköterskeutbildningen att göra. Den nya skolan hade såväl en längre och som en mer teoretisk utbildning än både Ersta och Röda korset. Generellt sett stod sophiliasystemen närmare ett modernt yrkesbegrepp än vad diakonissan gjorde.

Vad gäller sjuksköterskeutbildningen kan avslutningsvis sägas att Sophiahemmet fungerade som en pådrivare mot allt längre utbildning, och de andra stockholmskolorna tog snart efter vad gäller utbildningslängd och teoretisk skolning. Detta kan ses som ett utslag av den status Sophiahemmet innehade genom att vara förknippad med kungahuset. Men det tog ytterligare några år innan Sophiahemmets modell slog igenom vid landsortssjukhusens sjuksköterskeskolor och det skedde då genom ett offensivt agerande från Svensk sjuksköterskeförening, vilket jag ska återkomma till. Jag vill emellertid först ge en kort beskrivning av hur anställnings- och utbildningsförhållandena för sjuksköterskor såg ut kring år 1900.

---

<sup>17</sup> Rafferty (1996), s 27.

<sup>18</sup> Bohm (1972), s 37.

## Arbetsvillkor och utbildning för sjuksköterskor kring år 1900

Under åren kring sekelskiftet 1900 sker närmast en explosion vad gäller förekomsten av utbildningsanstalter för sjuksköterskor. Fram till år 1889 fanns i Sverige totalt sex utbildningsanstalter för sjuksköterskor. De följande två decennierna ökar tillgången på sjuksköterskeskolor med ytterligare tjugo stycken.<sup>19</sup> Men utbildningssituationen var inte enhetlig. På de större storstadsskolorna var utbildningen allmänt sett jämförelsevis lång, det vill säga längre än ett år. Ett redan nämnt exempel är Sophiahemmet. Men långa utbildningar hade även de andra stockholmsskolorna Röda korset, Ersta och Sabbatsberg samt skolorna i Göteborg, Uppsala och Lund.

Det var i första hand vid de olika landsortssjukhusen som sjuksköterskeutbildningar växte fram i snabb takt kring år 1900. Den vanligaste utbildningslängden var mellan sex och tolv månader, men ibland bestod utbildningen uteslutande av praktisk träning på en vårdavdelning.<sup>20</sup> Vid en del lasarettsskolor erbjöds de blivande sjuksköterskorna utbildningar som bara var tre månader långa. Situationen framstår med andra ord som tämligen kaotisk. Den var svår för arbetsgivarna att överblicka vid nyanställningar av sjuksköterskor eftersom man inte kunde veta vilka kunskaper sjuksköterskan hade om hon inte kom från en känd och välrenommerad skola. Men situationen var svår även för sjuksköterskorna. Det fanns en tendens till statussänkning av sjuksköterskesysslan vid sekelskiftet och därmed även sjunkande lön.<sup>21</sup>

Hur såg då arbetsmarknadssituationen ut för sjuksköterskorna vid sekelskiftet? Av tillgänglig statistik att döma anställde inte sjukhusen sjuksköterskor i någon större utsträckning. År 1900 fanns det totalt 3 869 arbetande kvinnor i Sverige som benämndes sjuksköterskor, av dessa arbetade majoriteten med privat vård i hemmen.<sup>22</sup> De få sjuksköterskor som i början av 1900-talet fanns inom den sjukhusanslutna vården hade ofta övergripande ansvarsfunktioner. De hade på sitt ansvar att se till att vårdavdelningarna var rena och snygga, att rutiner och inventarier sköttes på ett bra sätt, samt att underordnad personal utförde det arbete som

---

<sup>19</sup> Dillner (1968), s 72f.

<sup>20</sup> Bohm (1972), s 37.

<sup>21</sup> Ibid s 42.

<sup>22</sup> Emanuelsson (1990), s 10. Det kan i det här sammanhanget vara intressant att nämna att det totala antalet sjuksköterskor nästan tredubblats 40 år senare. År 1940 fanns 10 519 sjuksköterskor och cirka 5 000 av dessa arbetade inom den sjukhusanslutna vården.

krävdes.<sup>23</sup> En annan viktig funktion som sjuksköterskorna från 1890-talet och framåt hade, var att assistera vid operationer. Utvecklingen av anestesi samt den förbättrade hygienen gjorde att kirurgin expanderade, vilket i sin tur ökade behovet av assistans. Operationssköterskearbetet blev därigenom en statusfylld specialsyssla inom sjuksköterskeyrket redan i slutet av 1800-talet.<sup>24</sup>

Åren mellan 1889 och 1912 hade alltså antalet sjuksköterskeskolor i Sverige mer än fyrdubblats, men utbildningen var inte homogen. Detta faktum, som skapade en oro för statussänkning av sjuksköterskeyrket, tycks tillsammans med internationella förebilder ha varit viktiga pådrivande faktorer när Svensk sjuksköterskeförening bildades år 1910.

## Svensk sjuksköterskeförening bildas

När yrkesföreningen SSF bildades fanns redan förebilder både i Europa och Nordamerika, likaså spelade Internationella sjuksköterskeförbundet en viktig roll. Den målsättning som formulerades vid dess kongress i Berlin 1904 vann uppskattning och acceptans inom de flesta sjuksköterskesammanslutningar som redan fanns. Målsättningen gick i korthet ut på att gynna vänskapliga förbindelser och kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan sjuksköterskor i olika länder, samt att verka för en höjning av kraven på utbildning och uppfattning av kallet.<sup>25</sup> Att höja utbildningen och uppfattningen om kallet torde ha varit synonymt med att höja yrkets status. Sjuksköterskorna i Finland och Danmark var de som först, bland de nordiska länderna, bildade föreningar för att skydda sina intressen. För det var uppenbarligen framför allt det som gjorde att även de svenska sjuksköterskorna från de statusfyllda skolorna i storstäderna år 1910 slog sig samman i en förening. En viktig gemensam nämnare för de sköterskor som tog initiativ till föreningen var deras engagemang i Fredrika Bremer Förbundet. Det fanns alltså en stark koppling mellan den borgerliga kvinnorörelsen och bildandet av SSF.<sup>26</sup>

Den rådande utbildningssituationen uppfattades som problematisk, man oroade sig för att yrkets status skulle sänkas. Syftet med föreningen var dels att samla de

---

<sup>23</sup> *Betänkande angående den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning och arbetsförhållanden, avgivet den 22 december 1916 av inom civildepartementet tillkallade sakkunniga.* 1916, s 132f.

<sup>24</sup> Emanuelsson (1990), s 44.

<sup>25</sup> Bohm (1972), s 44.

<sup>26</sup> Emanuelsson (1991), s 82.

”kvalificerade” sjuksköterskorna, dels att ”höja” utbildningen generellt.<sup>27</sup> Med kvalificerad sjuksköterska menades en sjuksköterska med minst ett och ett halvt års utbildning, alltså liktydigt med en sköterska från en storstadsskola, och att ”höja” utbildningen var detsamma som att göra den längre. Det fanns hos de som var med och bildade föreningen en uttalad vilja att visa lojalitet mot de olika moderhusen. Därför föregicks föreningsbildandet av kontakter med de stora skolorna i Stockholm. Man ville undvika att de större sjuksköterskeinstitutionerna skulle uppfatta SSF som ett hot mot deras bestämmanderätt över sina egna utbildningsfrågor och över de sjuksköterskor som var anslutna till institutionerna. Sjuksköterskorna kring SSF var inte ute efter att driva lönekrav; det ansågs stå i motsättning till den etik som yrkesgruppen omfattades av. Lönefrågor och andra fackliga angelägenheter betraktades som oförenliga med målsättningen att höja yrkets status; de professionaliseringsanspråk som SSF hade ansågs inte gynnas av att man ifrågasatte moderhusen eller ägnade sig åt fackföreningsassocierade angelägenheter.<sup>28</sup>

Det är i det här sammanhanget viktigt att notera att målet – att samla de ”kvalificerade” sjuksköterskorna i föreningen – fick som konsekvens att endast ett fåtal sjuksköterskor, de som hade en utbildning på minst ett och ett halvt år, kunde ansluta sig till föreningen. Nya medlemmar valdes dessutom efter att ha blivit rekommenderade av två sköterskor som redan var medlemmar i föreningen. SSF, som den tedde sig under 1910-talet, måste med andra ord betecknas som en elitorganisation där bara en utvald skara sjuksköterskor fick vara med. Denna lilla grupp fick ändå stort inflytande på yrkesutvecklingen under de kommande 20 åren, bland annat på grund av sin sociala position; de ledande sjuksköterskorna i SSF kom från samhällets övre skikt.

SSF's viktigaste språkrör till sjuksköterskorna ute i landet var föreningens tidskrift *Svensk sjukskötersketidning*. Tidningen startades 1908, och i den kan man se hur sjuksköterskeföreningens kallbetonade yrkesideal ihärdigt proklamerats. Det är också i tidskriften som utbildningsfrågan diskuteras.

Kalltankens stora betydelse syns kanske mest i de entusiastiska och hyllande tankar om yrket och dess utövares karaktär som framställs – ibland av någon ur styrelsen, ibland av någon läsare ute i landet. Men andra gånger möter oss mer avmätta tongångar, där den slitsamma vårdverkligheten framstår i bjärt kontrast till

---

<sup>27</sup> Bohm (1972), s 46.



en mer idealiserande bild av vården. Jag kommer nu att med några exempel visa på hur det kallelsebetonade i sjuksköterskeyrket framställs, hur man tänkte sig att en ideal yrkesutövare skulle vara som person, hur hon borde bete sig och hur hon bäst borde förhålla sig till andra och till sig själv. Jag utgår här från artiklar i *Svensk sjukskötersketidning*, men även från två sjuksköterskors anteckningsböcker från 1890-talet.

## Ett skönt och högt kall

Kallet omtalas i stort som något positivt. Det sägs att sjuksköterskans kall är ”skönt”, eller att det vilar en ”glans” över kallet. Kallet anses vara ”högt”, om än en mors och makas kall är den *högsta* uppgift en kvinna kan få.<sup>29</sup> Kallet är, förstår vi av detta, någonting fint.

Men det sägs också att sjuksköterskekallet är svårt. Vad är det som är svårt? Jo, att sjukvårdsarbetet ofta är enformigt och lätt blir slentrianmässigt. Idag kanske vi skulle säga ”tråkigt” eller ”tjatigt”. Denna enformighet som det talas om sägs kräva stor anpassningsförmåga och vilja till offer av sina utövare. Sjuksköterskan måste vara beredd, som en skribent uttrycker det, att för kallet: ”...*offra all sin andliga och kroppsliga kraft både natt och dag, offra personliga önskingar, sin yttre fåfänga samt den delen av sin självständighet som inte går att förena med ödmjukhet, underkastelse och disciplin*”.<sup>30</sup>

Utifrån detta anser man att sjuksköterskan inte får söka sig till sjukvårdsarbetet av själviska motiv när hon söker sig till sjukvården, då kommer hon inte att orka med de krav yrket ställer. Det verkar alltså som om sjuksköterskearbetet inte bara får handla om viljan att ha ett lönearbete eller att vilja ha ett jobb som är lite spännande och omväxlande

Vad anses då vara viktigt hos sjuksköterskekallets utövare? Hur ska hon vara som person för att utöva – eller som det ibland uttrycks ”bära” – sitt kall? Några av de önskvärda karaktärsdrag som anges i ett par anteckningsböcker från 1890-talet, är att hon skall vara medlidsam, saktmodig, självförlömmande, självrannsakande, mild, ömhjärtad, lågmäld, behaglig, sedlig, ödmjuk, pliktrogen, pålitlig och

---

<sup>28</sup> Emanuelsson (1990), s 82.

<sup>29</sup> *Svensk sjukskötersketidning*, nr 1 (1909), ss 12-13, samt nr 1 (1910), ss 9-11. Kursiveringen i referatet är min.

<sup>30</sup> *Svensk sjukskötersketidning*, nr. 7 (1909), s 110.

bestämd.<sup>31</sup> I dessa fall kopplas de önskvärda karaktärsdragen inte till något speciellt kön, ändå är de egenskaper som nämns starkt associerade till det ”kvinnliga”. I andra fall sägs uttryckligen att kvinnor är särskilt lämpliga att ägna sig åt vårdarbete, att det inte finns någon ömtåligare och känsligare kvinnlig livsuppgift än sjukvården.<sup>32</sup> Det är kvinnans högre moral som gör henne särskilt passande för sjuksköterskeyrket. Men när kvinnan är sjuksköterska måste hon, tycks det som, ha en extra hög moralisk standard. I sjuksköterskornas tidskrift sägs det till exempel vid ett tillfälle att sjuksköterskan visserligen bara är en vanlig människa, men oftast bättre än genomsnittsmänniskan.<sup>33</sup>

Det är alltså höga krav som ställs på en sjuksköterska. Hur ska hon klara av detta? En allmän uppfattning är att sjuksköterskan måste arbeta med sin personlighet för att bli värdig kallet. Att arbeta med sin personlighet kan handla om att hon i största allmänhet måste granska sig själv, lära sig att ta emot kritik utan knot och så vidare. Men en tämligen vanlig uppfattning vid den här tiden är att sjuksköterskan måste söka stöd i den kristna tron för att orka med sin uppgift.<sup>34</sup> Med hjälp av kärleken till Gud och med Jesus som förebild, klarar man bättre av arbetet. Kallet riskerar dessutom inte att degraderas av utövare som inte tillägnat sig kristendomens anda. Det är alltså en religiös drivkraft som efterlyses. Detta resonemang, med direkta kopplingar till kristendomen, kan man känna igen från diakonissorna.

Råder det enighet om kallet bland dess utövare? Nej inte helt, man kan ibland skönja en mer avmätt inställning som tar sig formen av en kollision mellan en tänkt ideal verksamhet och en upplevd praktisk verksamhet. Detta syns exempelvis i en diskussion kring privatsjuksköterskans arbetsvillkor, där det i en artikel talas om hur hon bör hantera olika situationer och vilken anpassningsförmåga just privatsköterskan måste besitta. Sjuksköterskans villkor diskuteras här i första hand utifrån hennes personliga och moraliska förutsättningar. Den artikel som går i svaromål, tar upp de ofta komplicerade förutsättningar – att ständigt leva i kappsäck

---

<sup>31</sup> Wellin Bertha, Anteckningsbok från 1897, ”Elevkurs vid Falu lasarett innefattande en kort öfersikt af sjukvården, Menniskokroppens anatomi, Kirurgi och Helsovårdslära”. *Bertha Wellins personliga handlingar, Svensk sjuksköterskeförenings arkiv, Tjänstemannarörelsens Arkiv: TAM-arkiv*. Maré, de, Maja, Anteckningsbok ”Anteckningar under Syster Sallys föreläsningar i sjukvård”, *Svensk sjuksköterskeförenings arkiv, Tjänstemannarörelsens Arkiv: TAM-arkiv*.

<sup>32</sup> Wellin (1917), s 4.

<sup>33</sup> *Svensk sjukskötersketidning*, nr. 1 (1910), ss 9-11.

<sup>34</sup> *Svensk sjukskötersketidning*, nr. 1 (1909), ss 12-13, samt Wellin, Bertha, Anteckningsbok från 1897, ”Elevkurs vid Falu lasarett innefattande en kort öfersikt af sjukvården, Menniskokroppens anatomi, Kirurgi och Helsovårdslära”.

och att inte ha en egen vrå – som omger privatsjuksköterskan. Sjuksköterskans eventuella tillkortakommanden ses inte här enbart som orsakade av en etiskt bristfällig hållning.<sup>35</sup> Av den senare artikelförfattaren att döma ligger alltså det svåra i kallet inte bara hos utövaren, utan även i de arbetsförhållanden och villkor hon omges av. Det är emellertid viktigt att påpeka att den här typen av diskussioner är relativt få.

Sammanfattningsvis kan sägas att ”kallet” i sjuksköterskornas tappning blir kvinnligt präglad, det förknippas med olika begrepp som kan associeras till det kvinnliga samt med en underordnad position. Men samtidigt ges det moraliskt högtstående sjuksköterskekallet en statusaktig klang. Bilden av den moraliskt oklanderliga yrkeskåren tycks ha varit en försäkran om att ge en hög status åt yrket. Statusfrågan syns även i SSF’s kamp för en lång sjuksköterskeutbildning.

## Debatten om utbildningens längd

Sjuksköterskeutbildningens längd blev en allmänpolitisk fråga under 1910-talet. Den aktualiserades i den statliga utredning som pågick mellan 1912 och 1916 och som rörde den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning och arbetsförhållanden. Hälften av de sakkunniga i utredningen utgjordes av sjuksköterskor.<sup>36</sup> SSF’s ståndpunkt var att utbildningen måste fastställas till minst två år annars kunde inte de krav som var brukligt att ställa på fackutbildade personer uppfyllas. Argumentet var att man med en kortare utbildning riskerade människors liv och hälsa. SSF hade stöd av Fredrika Bremer Förbundets sjukvårdskommitté. I motsats till dessa föreningar pläderade civilminister Axel Schotte för en ettårig utbildning. Han ansåg att om utbildningen lades upp planmässigt och effektivt kunde den genomföras på ett år. Schotte hade stöd av Medicinalstyrelsen och Allmänna Svenska Läkareföreningen som menade att en ettårig utbildning var fullt tillräcklig för att skola dugliga sjuksköterskor. Som en kompromiss lade till slut de sakkunniga ett förslag som gick ut på en differentierad vårdutbildning; en tvåårig för sjuksköterskor och en ettårig för vad man ville benämna ”undersköterskor”.<sup>37</sup> Det var ändå till slut SSF’s linje som, bland annat genom intensiv lobbying, segrade. År 1919 fattade riksdagen beslut om tvåårig utbildning.

---

<sup>35</sup> *Svensk sjukskötersketidning*, nr 1 (1910), ss 9-11, *Svensk sjukskötersketidning*, nr. 2 (1910), s 32.

<sup>36</sup> Emanuelsson (1990), s 90.

Under samma period som sjuksköterskeutbildningen var föremål för statens intresse kom frågan om utbildningslängden upp till debatt med anledning av behovet av vårdpersonal till krigssjukvården. Diskussionen, som refererades i *Svensk sjukskötersketidning*, gällde hur lång utbildning de så kallade hjälpsystrarna behövde. Hjälpsystrarna skulle, var det tänkt, fungera som en sorts snabbutbildade sköterskor inom Röda korsets hjälpkår. I den här debatten var sjuksköterskorna oense med i första hand Röda korset som ansåg att hjälpsystrarna endast behövde en sex månader lång utbildning. Denna skulle läggas upp med ett kortare teoriavsnitt hållet av läkare, och ett längre praktikavsnitt under ledning av sjuksköterskor. Modellen ogillades av sjuksköterskorna som förde en hård kamp emot den. När man närgranskar argumenten i debatten kring utbildningsfrågan i stort, ser man att det förutom explicita försäkringarna kring behovet av sjukvårdsutbildning för kvinnor, finns en del uttalanden som antyder att det fanns ett ifrågasättande av utbildningsbehovet.

Röda korset försäkrar till exempel att hjälpsystrar bara ska få tjänstgöra på sjukhus under krig; i fredstid kan de göra nytta som samariter ute på landsbygden. Samtidigt framgår det att hjälpsystemen ”under vissa förhållanden” ska kunna ersätta sjuksköterskor i uppgifter som kräver mindre yrkesskicklighet.<sup>38</sup> Det kan tolkas, menar jag, som ett ifrågasättande av sjuksköterskornas förvärvade kompetens. Ett mer uttryckligt ifrågasättande kommer från lekmannahåll. Det är en så kallad samarit som i ett bitskt inlägg dels hävdar ”samaritdamernas” stora förtroenhet med sjukvård och stora vana att leda. Anlag för sjukvård är, sägs det dessutom, en medfödd gåva.<sup>39</sup> Det måste sägas vara ett starkt ifrågasättande av sjuksköterskornas förvärvade yrkesmässiga kunnande.

Hur hanterar då Svensk sjuksköterskeförening dessa angrepp på yrket? Föreningen påtalar det otillräckliga i en halvårslång utbildning, man uttrycker upprördhet över att måsta ta hand om och fungera som arbetsledare åt denna dåligt utbildade hjälpkår, dessutom anser man att sjukvården riskerar att bli sämre om hjälpsystrar börjar arbeta där.<sup>40</sup> Vad gäller sjukvårdskunskap som medfödd gåva erkänns visserligen anlagen som viktiga men behovet av utbildning framhålls

---

<sup>37</sup> Ibid s 91f.

<sup>38</sup> *Svensk sjukskötersketidning*, nr. 1 (1916), s 4.

<sup>39</sup> *Svensk sjukskötersketidning*, nr. 5 (1917), s 90.

<sup>40</sup> *Svensk sjukskötersketidning*, nr. 1 (1916), s 10.

samtidigt. Att ha ”håg för att vårda sjuka” är inte samma sak som att *kunna* vårda sjuka; det är nämligen ingen medfödd gåva, utan något man måste lära sig.<sup>41</sup>

Proklamationen av kallet och kampen för en förlängd utbildning är alltså viktiga inslag i sjuksköterskeyrkets formering. Svensk sjuksköterskeförening hade, som vi kunnat se, mycket att jobba mot i sitt arbete för en förlängd utbildning. Men samtidigt fick man stöd för sina idéer som till slut vann mot Allmänna Svenska Läkareföreningens – eller vad gällde hjälpsysterfrågan, Röda korsets – uppfattningar. Riksdagen följde SSF's linje om en tvåårig utbildning.

Som vi har sett ansåg Allmänna Svenska Läkareföreningen att det var tillräckligt med en ettårig sjuksköterskeutbildning. Enskilda läkare kunde emellertid ge uttryck för andra uppfattningar.

## Läkarna, sjuksköterskekallet och utbildningsfrågan

Läkare behandlar sjuksköterskefrågan dels i några artiklar i läkarnas egna tidskrifter *Hygiea* samt *Allmänna Svenska Läkartidningen* (från 1920 *Svenska Läkartidningen*) dels i *Svensk sjukskötersketidning*. Artiklarna är dock ganska få. I *Hygiea* och *Allmänna Svenska Läkartidningen* finner man endast en handfull inlägg kring sjuksköterskekåren mellan 1898 och cirka 1930. I *Svensk sjukskötersketidning* är läkare som skribenter något mer frekvent förekommande. I de olika läkarnas inlägg vävs gärna synen på utbildningen, sjuksköterskans personliga egenskaper och synen på kallet samman, allt verkar höra samman. Den egna kårens relation till sjuksköterskorna nämns ytterst sällan.

Kallets innebörd utreds inte lika ingående av läkarna som av sköterskorna. Man konstaterar att sjuksköterskorna har ett yrke, eller ett ”borgerligt yrke” men man framhåller, eller utgår implicit ifrån, att det på samma gång är ett kall.<sup>42</sup> En skribent ifrågasätter uttryckligen att det kan vara ett yrke. Sjuksköterskans arbete ”... bör äga den djupare och mera sägande benämningen ’kall’.”<sup>43</sup> I läkarnas uttalanden om kallet saknas helt de uttryckliga inslag kring upphöjdhet som syns i sjuksköterskornas egna utsagor. Däremot bekräftas i hövisk ton de nödvändiga egenskaper av hängivenhet, uppoffring, tålmod, mildhet, sedlighet, anständighet

<sup>41</sup> *Svensk sjukskötersketidning*, nr. 5 (1917), ss 91-92.

<sup>42</sup> För exempel se *Hygiea* nr. 5 (1898), s 511f, samt *Svensk sjukskötersketidning* nr. 5 (1924), s 111.

<sup>43</sup> *Svensk sjukskötersketidning*, nr. 9 (1919) s 163.

samt pålitlighet, som krävs av en sjuksköterska.<sup>44</sup> De nämnda egenskaperna innebär i sig en upphöjdhet – genom sin moraliska korrekthet. Men upphöjdhet framkommer även som kopplad till klass i en av artiklarna där det tydligt framgår att sjuksköterskan bör hämtas från den bildade klassen.<sup>45</sup> Samma uppfattning syns ibland i inlägg skrivna av sjuksköterskor i SST, men enligt min mening kan man inte säga att det finns en enhetlig åsikt, varken bland läkare eller sjuksköterskor, om från vilken samhällsklass sjuksköterskorna bör rekryteras.

I enskilda läkares inlägg om sjuksköterskeutbildningen framgår att det är viktigt med naturliga anlag och en god grundkaraktär. Men detta räcker inte, sköterskan måste även utbildas. Intressant nog ger de olika artikelförfattarna generellt sett intryck av att ha en mer positiv inställning till en lång utbildning än vad som framgår av Allmänna Svenska Läkarföreningens officiella ståndpunkt.<sup>46</sup> Det innebär dock inte att läkarna betraktade sjuksköterskorna som jämbördiga. Betoningen av sjuksköterskans underordning är genomgående både om man ser till läkarnas yrkesförenings uppfattning och till de olika artiklarna som nämnts. Läkarkåren hade i praktiken redan stort inflytande på sköterskorna anställning då de i stor utsträckning – fram till 1928 – var sjuksköterskornas arbetsgivare. Doktorn kunde fram till dess fritt anställa och avskeda ”sin sjuksköterska”.<sup>47</sup> Generellt sett tycks läkarkåren även strävat efter att få inflytande över sjuksköterskeutbildningens längd och innehåll.<sup>48</sup>

De flesta av läkarartiklarna uttrycker uppskattning över sjuksköterskekåren, den allmänna uppfattningen är att de underlättar läkarens arbete. Om de däremot försöker utföra uppgifter som ingår i läkarens jobb, ägnar de sig åt kvacksalveri och visar upp ”avarter inom sköterskeväsendet”.<sup>49</sup> Sjuksköterskans uppgifter är viktiga men de har en annan karaktär och finns inom ett annat verksamhetsområde än läkarens.

Hur såg läkarna på sitt eget yrkes karaktär i relation till sjuksköterskeyrket? Rent allmänt verkar det inte, av de refererade artiklarna att döma, som om det förelåg

---

<sup>44</sup> *Hygiea*, (1898), s 512, *Svensk sjukskötersketidning* nr. 9 (1919), s 163, *svensk sjukskötersketidning*, nr. 5, (1924), s 112.

<sup>45</sup> *Hygiea*, (1898), s 545.

<sup>46</sup> För exempel, se *Svenska Läkartidningen*, nr. 3 (1920) samt *Allmänna Svenska Läkartidningen*, nr. 10 (1908).

<sup>47</sup> Olsson (1985), s 112.

<sup>48</sup> *Hygiea*, (1898), s 514, s 523, s 546, samt *Svensk sjukskötersketidning* nr. 3 (1920), s 160.

något behov av att diskutera detta. Men det hindrar inte att man i andra sammanhang framhåller vissa ideala karaktärsdrag bland sina yrkesutövarer. I början av 1900-talet kan man se hur läkare i minnesteckningar över döda kollegor beskriver en sorts idealbild av läkaren där ”mannen”, det ”manliga” betonas starkt. Läkaren framställs som en man i ”ordets rätta bemärkelse”, starkt präglad av en naturvetenskaplig läggning, eller som en ”manlig själ av ädel redbarhet”.<sup>50</sup> Begrepp som rättrådighet, oräddhet och självständighet associeras gärna till läkaren. Dessa begrepp har helt andra konnotationer än uppoffring, tålmod, mildhet, underkastelse samt sedlighet, det vill säga sådant som sjuksköterskan förknippades med.

Att läkaryrket inte uttryckligen ställs i relation till sjuksköterskeyrket tolkar jag som ett uttryck för att man inte såg sig som särskilt hotad av den nya yrkesgruppen. Man tar överordningen förgiven eller framhåller auktoritativt, när så krävs, sin överordnade position. Sjuksköterskorna bekräftade ju också läkarnas överordning. Det enda fält där det tycks ha kunnat uppstå spänningar gällde utbildningslängden för sjuksköterskorna. I övrigt tycks läkare och sjuksköterskor ha varit överens kring det mesta: sjuksköterskeyrket är underordnat och mer eller mindre uttryckligen förknippat med kvinnliga förmågor och karaktärsdrag. Läkaryrket är överordnat och kopplat till manliga förmågor och manliga karaktärsdrag.

## Kall, kön och profession

I det avslutande avsnitt som nu följer kommer jag för det första att diskutera varför kallidealet och kampen för en förlängd utbildning är så genomgripande inslag i sjuksköterskeyrkets formering. För det andra tar jag upp de genusinfluerade förutsättningarna samt det relationella i sjuksköterskeprofessionens historia som jag nämnde inledningsvis.

Hur kan det komma sig att kalltanken och utbildningsfrågan fick så framskjuten plats under 1900-talets första decennier? Var det så att själva fenomenen ”en lång utbildning” och ”idén om ett kall” var statushöjande? Mycket tyder på att det ligger en viss sanning i detta antagande. Sociologen Randall Collins menar att kampen för en formell utbildning är ett viktigt inslag i ett yrkes strävan efter att nå

---

<sup>49</sup> *Svenska Läkartidningen*, nr. 28 (1926), s 813ff.

<sup>50</sup> Eklöf (2000), s 288.

professionell status.<sup>51</sup> Det är i denna kamp inte ovanligt att framhålla just längden på utbildningen som avgörande för att kunna upprätthålla en viss kompetensnivå; ju längre utbildning desto bättre. Collins beskriver till och med utbildning i sig som en form av ritual, inte sällan med överdimensionerat teoretiskt innehåll, som ibland kröns av en ceremoni där den färdiga yrkesutövaren tas upp i gruppen.<sup>52</sup> Han nämner dessutom tre villkor för uppkomsten av ett yrkesmonopol: att gruppen ska vara förhållandevis liten, att den ska ha redan existerande privilegier samt att gruppens arbete omges av ett ideologiskt hölje. Det ideologiska höljet innehåller främst uppfattningar om att arbetet är ett kall som utförs utifrån höga motiv grundat på moral, altruism, ära m.m. men inte av vinstsyfte.<sup>53</sup> Detta kan vi känna igen hos sjuksköterskorna. Men däremot stämmer inte en annan av Collins teser: att lönen, trots altruism och kall, blir hög. Han menar att detta sker på grund av att statusen i yrket bedöms vara så hög att utövarna måste kunna upprätthålla en livsstil som är kongruent med yrkets position. Collins tolkningsmodell i lönefrågan fungerar inte när det appliceras på sjuksköterskekollektivet. De hade inte någon speciellt hög lön. Glappet i Collins modell beror, menar jag, på att den är könsblind; när han skriver om professioner har han traditionellt manliga yrken som norm – exempelvis läkarna.

Kan det finnas fler förklaringar än den professionshävdande tolkning Randall Collins erbjuder? Vilka andra förståelser kan vi skapa kring sjuksköterskornas självuppfattning och ageranden? En viktig faktor är naturligtvis den fullkomliga explosion som tjänstemannasektorn är inne i vid tiden för sekelskiftet 1900, och där tjänstemannayrkena fylldes upp av kvinnor i rask takt.<sup>54</sup> Sjuksköterskeyrket är ett bland många som vid den här tiden kämpar för plats och status på arbetsmarknaden. Många andra ”kvinnliga yrken” hävdar i likhet med sjuksköterskorna att deras yrke är ett kall. Kallbegreppet tycks vara något av ett kulturellt allmängods vid denna tid.<sup>55</sup> Men sjuksköterskorna är, menar jag, mycket ihärdiga och dessutom framgångsrika i sitt framhållande av kallet. De idéer som omgav sjuksköterskeyrket tycks inte bara ha varit sjuksköterskornas egna, utan delades av många andra i deras omgivning – arbetsgivare, läkare och präster. Jag ämnar i det följande lyfta fram några viktiga idémässiga faktorer – i första hand dåtida uppfattningar om manligt och

---

<sup>51</sup> Collins (1990), s 36. Se även Florin & Johansson (1990), s 19.

<sup>52</sup> Collins (1990), s 37f.

<sup>53</sup> Ibid s 35.

<sup>54</sup> Florin (1994), s 137.



kvinnligt men även de symboliska sammankopplingar som finns i sjuksköterskornas relation till läkarkåren.

Sjuksköterskeyrket växer fram under en period som genomsyrades av ett dikotomt tänkande kring könen, ett tänkande där olikheter mellan könen betonades starkt. Olikhetstänkandet handlade inte bara om könsbundna karaktärsegenskaper utan också om var mannen respektive kvinnan borde ha sina huvudsakliga verksamhetsområden. Till detta kom inte sällan föreställningar om att mannens och kvinnans olikheter verkade komplementärt i relation till varandra.<sup>56</sup> En vanlig uppfattning var till exempel att kvinnan inte borde lönearbeta, utan att hennes kallelse fanns i den ”privata sfären”, inom familjens ramar. Mannen kunde däremot ha sin kallelse förlagd i den ”offentliga sfären”, där bland annat yrkesarbetet ingick. Ordet offentlig hade för övrigt, när det kopplades ihop med kvinnor, en problematisk innebörd – en offentlig kvinna kunde vara liktydig med en prostituerad.<sup>57</sup> I de religiöst präglade sammanhang varifrån de kvinnliga vårddyrkena hämtade mycket av sitt idéinnehåll, var uppfattningarna om kvinnans sanna kallelse särskilt genomgripande. Ett uttryck för detta är när sjuksköterskorna kring 1910 skriver att deras uppgift är nästan lika viktig som en mors och makas. Här kan den lutherska ståndpunkten kännas igen, fortfarande aktuell i början av 1900-talet, nämligen att en kvinnas viktigaste kall är att vara mor och hustru. Sjuksköterskorna kunde emellertid framhålla sina goda gärningar i arbetslivet och koppla dem till begrepp som hade med den privata sfärens omsorg och kärlek att göra, samt omgärda sitt arbete med symboler som var förenliga med luthersk moral och etik.

Det könsdikotoma tänkande som var rådande illustreras tydligt i sjuksköterskekårens och läkarkårens relation till varandra. I det sociala system som sjuksköterskor och läkare verkade inom fanns genus med som, som Joan Scott uttrycker det, en grundläggande ordningsskapande princip.<sup>58</sup> De olika egenskaper som sjuksköterskor och läkare uppfattade hos varandra och sig själva formades i relation till varandra. Men det rådde inte någon tveksamhet hos någondera parten om vem som var överordnad och vem som var underordnad. Scotts tes att det ”manliga” överordnas det ”kvinnliga” stämmer in på förra sekelskiftets sjukvårdskultur.

---

<sup>55</sup> För exempel, se Hamilton (1919).

<sup>56</sup> Wikander (1994a), s 13.

<sup>57</sup> Hammar (1999), s 11.

<sup>58</sup> Scott (1999), s 42.

Joan Scotts menar att över- och underordningsprocessen pågår samtidigt på olika nivåer. Scott talar om en symbolisk, en normativ, en institutionell samt en individuell nivå.<sup>59</sup> På den symboliska nivån odlas olika föreställningar om manligt och kvinnligt. I de texter jag refererat till framstår sjuksköterskan som synonym med ”kvinnan”. Hennes arbete kopplas ihop med moderns och makans uppgifter eller det antyds att kunskaper i vård är en medfödd egenskap. Kvinnoassocierade begrepp som mildhet, uppoffring, tålamod och sedlighet nämns som önskvärda personlighetsdrag hos sköterskan. Vad gäller läkaren så sägs den ideale läkaren vara manlig, hans karaktär förknippas med begrepp som ger associationer till det manliga – naturvetenskap, rättrådighet, oräddhet samt självständighet. Här sker alltså kopplingar till begrepp som är symboliskt laddade med manligt respektive kvinnligt idégods. På så vis byggs en könsdikotomi in i själva begreppet sjuksköterska, och i likaså i själva begreppet läkare.

Scotts normativa nivå beskriver hur de symboliska uttrycken får en innebörd till exempel genom lagar och förordningar, doktriner och normsystem. Här föreligger, anser jag, en intressant skillnad mellan läkare och sjuksköterskor. Det är som om de delvis följde två olika normsystem. För sjuksköterskorna var de religiösa normerna mycket viktiga. För läkarna däremot tycks ett annat normsystem gälla – det naturvetenskapliga. Samtidigt har sjuksköterskornas ageranden kring försvaret av sitt yrke något mycket framsynt och modernt över sig. Sjukvårdskulturen kring förra sekelskiftet torde, i ljuset av detta, ha utgjort någon form av blandkultur av gammalt och traditionellt och nytt och modernt.<sup>60</sup>

Genuskonstruktionen på den institutionella nivån blir synlig i det sätt på vilket sjukvården organiserades med männen, läkarna, som överordnade och kvinnorna, sjuksköterskorna, som underordnade. Läkarna var, som tidigare nämnts, i många fall sjuksköterskornas arbetsgivare vilket ytterligare förstärkte deras överordnade position. På den fjärde, individuella nivån, införlivas de symboliska föreställningarna med de normativa systemen och de institutionella ramarna med en könsidentitet. Den individuella nivån tycks ha fyllt en könsbekräftande funktion, inte bara för sjuksköterskorna utan också för läkarna.

---

<sup>59</sup> Ibid s 43f.

<sup>60</sup> Florin (1991) beskriver sjuksköterskorna som bärande både på gammalt och nytt.

## Sammanfattning

Sjuksköterskorna utmanade inte öppet samhällets rådande könsstrukturer genom att vilja komma in på traditionellt manliga domäner. Istället framhölls den underordnade positionen och de speciella arbetsuppgifter sköterskorna skulle handha; de höll sig på så sätt till den sfär som ansågs vara godtagbar för kvinnor att verka inom. I början av 1900-talet tycks sjuksköterskorna också ha accepterats av läkarna som i stort då var positivt inställda till den nya yrkesgruppen. Men stridigheterna kring utbildningslängden – motståndet mot en tvåårig utbildning från Allmänna Svenska Läkareföreningen och Medicinalstyrelsen – antyder att kravet på en tvåårig utbildning var tillräcklig för att utmana den manliga dominansen i den dåtida sjukvårdskulturen. Detta kan onekligen te sig en aning märkligt då de dåtida könsstrukturerna, med nutidens blick, var utsatta för betydligt hårdare angrepp till exempel av kvinnor som ville ha tillgång till traditionellt manliga yrkesroller.<sup>61</sup> Kanske kan sociologen Celia Davies beskrivning av det relationella i professionernas framväxt bidra till en förståelse. Hon hävdar att själva begreppet ”profession” inbegriper föreställningar om maskulinitet och att professionsutvecklingens framgång och samtida stärkande av maskuliniteten är beroende av kvinnor att relatera till som stödjande.<sup>62</sup> En sådan tolkningsram är mycket tankeväckande om än inte helt oproblematiserad, då professionsutvecklingen kompliceras dels av vad olika yrkesgrupperna uttrycker, dels av samhällsliga sammanhang. Men vår förståelse av olika yrkesgrupper kan breddas om yrken ställs i relation till varandra. Det vore därför belysande om vi kunde få större inblick i vilka föreställningar, speciella villkor och förutsättningar som fanns kring den svenska läkarkåren vid den aktuella tiden. I nuläget kan man dock konstatera att dikotoma tankar om manligt och kvinnligt genomsyrade både idéer om vad ”kallet” innebar och uppfattningar om hur utbildningen till sjuksköterska skulle se ut – kanske också underliggande komplementära föreställningar om att sjukvården behövde såväl en kvinnlig öm hand som en manlig vetenskaplig hand.

---

<sup>61</sup> För exempel, se Florin & Johansson (1990), ss 17-29.

<sup>62</sup> Davies (1995), s 52.

# **Charlataner, rivaler och kolleger.**

## **Läkares syn på kvacksalveri i det tidiga 1900-talets Finland**

*Riitta Oittinen*

### **Inledning**

Inom traditionell medicinshistoria har kända läkare alltid ägnats stor uppmärksamhet. Det har också vanligen antagits att medicin alltid varit synonymt med hur moderna yrkesorganisationer definierat medicin. Det som fallit utanför definitionen har inte ansetts vara legitim medicin. Senare forskning har visat att en sådan attityd bortser från den största delen av sjukvårdshistorien inom såväl jordbruks- som industrisamhällen. Inom det förindustriella västerländska samhället fanns en mycket stor mängd utövare, varav de flesta, enligt andra medicinska yrkesgrupper eller enligt moderna professionella kriterier, skulle ses som "inofficiella". Bland överlevnadsstrategierna finner vi egenvård, exempelvis besök hos apotekaren, örtmediciner eller patentmediciner samt hjälp från närstående. Faktum är att under 1800-talet hade flertalet yrkesgrupper inom sjukvården knappast tagit form, och man talade inte om dem i ordets moderna betydelse.<sup>1</sup> Därför använde sig människor av vad läkarkåren i dag skulle kalla "marginell", "okvalificerad", "oortodox" och "irreguljär" medicin.<sup>2</sup>

Denna artikel berör huvudsakligen den finska debatten om och förändrade definitioner av "kvacksalveri" från ett läkarperspektiv. Kvacksalvare var en person som reste omkring och (ofta med braskande reklam) försålde läkemedel och utövade "lekmannamedicin". Diskussionen om kvacksalveri fördes i finska vetenskapliga tidskrifter och populärvetenskapligt utbildningsmaterial publicerat sedan 1800-talet och framåt av professionella medicinska organisationer. Diskussionen har dokumenterats i protokoll från läkarstämmor och i läkares populärvetenskapliga artiklar om medicinskt lurendrejeri, humbug, kvacksalveri, kloka gubbar och närliggande ämnen. I det avseendet kan man säga att skolmedicinen beaktade alternativa metoder och åsikter i Finland. Läkarkårens uppfattningar i ämnet var inte entydiga. Finska läkare hade skilda uppfattningar om begreppets innehåll och omfattning, om vad som var tillåten folkets läkekonst och acceptabel kunskap om sjukvård, och huruvida sjukvård borde regleras av läkarkåren eller genom lagstiftning.

---

<sup>1</sup> Se till exempel Robert, Jütte., *The Historiography of nonconventional Medicine in Germany. Medical history* 1999:3, vol 43, s. 342-358.

<sup>2</sup>Pelling, Margaret., (1997). s. 264ff.

Varför skall man då studera den medicinska professionens debatt och åsikter om kvacksalveri? För det första för att synliggöra kvacksalveriet som fenomen. För det andra bidrar debatten till att bringa ordning i det brokiga fältet av "ortodox" läkekonst. Det gör det lättare att urskilja förändringar över tiden också inom detta område. Och för det tredje, genom att diskutera kvacksalveri försökte läkarna definiera sin egen profession, sin professionella image och kompetens i jämförelse med "de andra". När vi analyserar debatten måste vi naturligtvis hålla i minnet att läkarnas uppfattning om kvacksalveri påverkades av debattens retorik såväl som av dess kontext. Några debattörer utgick till exempel i sina inlägg från den situation som borde ha rått d v s den ideala situationen, medan andra utgick från situationen som de uppfattade den, d v s den verkliga situationen.

Till sist kan sägas att debatten om kvacksalveri tydligt visar att finska läkare inte var opåverkade av samtida ideologier och politiska strömningar, som till exempel nationalism, vilket kom till uttryck i folkhälsorörelsen. Betydelsen av kvinnans frigörelse var också tydlig i debatten om kvinnans roll inom sjukvården, som patienter eller som personal. Man kan också se att den medicinska professionen har påverkat samhället i stort. Som Jack Ellis påpekade i sin studie av "medikaliseringen" av det franska samhället, så färgade medicinska idéer av sig på folkliga uppfattningar, formade officiella viljeinriktningar och påverkade litteratur, teater och konst.<sup>3</sup>

## Frågan om kvacksalveri

I lagstiftningen gjordes tidigt skillnad mellan olika läkarkategorier. Sedan 1688, då Finland fortfarande var en del av Sverige, fick endast "vetenskapligt skolade" så kallade reguljära läkare bli medlemmar av den medicinska yrkeskåren. Irreguljärt utövande var förbjudet och belagt med böter. Denna princip upprätthölls genom århundradena trots förändringar i lagstiftningen.<sup>4</sup> Men en sådan lagstiftning innebar inte att andra medicinska metoder inte skulle ha funnits tillgängliga - tvärtom. Det kan beläggas i olika källor att det vid sekelskiftet

---

<sup>3</sup> En tydlig manifestation i det franska samhället av denna medikalisering var transformationen av många läkare till politiska agenter och medlare av nationell betydelse i det tidiga tredje riket. Se till exempel Ellis, Jack, (1990).

<sup>4</sup> De viktigaste lagarna och bestämmelserna som reglerade den medicinska professionen tillkom 1688, 1816, 1823, 1830, 1890 och 1925. Bakgrunden till lagstiftningen se, *Komiteamietintö* 1921:11 (Kommittérapport 1921:11).

fanns en brokig samling utövare som kunde tillhandahålla hjälp och kunskap om sjukvård, och vars utbildning, färdigheter, metoder och uppfattningar om hälsovård varierade kraftigt.<sup>5</sup>

Runt sekelskiftet 1900 hade den medicinska vetenskapen gjort framsteg när det gällde att identifiera och diagnostisera sjukdomar, men möjligheten att bota dessa sjukdomar hade inte kommit lika långt. Detta skapade utrymme för en marknadsnisch som uppmärksammades i en tidningsartikel redan 1884: *"De översvallande läkarna i annonserna [för patentmedicin] räknar upp de mest elakartade sjukdomar som modern medicinsk vetenskap ännu kämpar mot."*<sup>6</sup>

Det förekom även annonser med anknytning till hälsa och ett sunt och friskt utseende, ofta med rekommendationer från en viss "läkare" eller "professor". Dessa annonser förekom i stor mängd i både tidningar och broschyrer. De mest lockande löften spreds via häften och i reklamutskick.<sup>7</sup>

Läkarkårens uppfattning om den icke-vetenskapliga läkekonsten framkommer i debatten på läkarstämorna. Under den senare delen av 1800-talet var Finland, konstitutionellt sett, ett autonomt storhertigdöme som var en del av det ryska imperiet. Finländarna försvarade sin konstitution utifrån olika politiska perspektiv och i skilda forum. Vi kan även i debatten om kvacksalveri urskilja ekon från en mer generell politisk kamp för nationell suveränitet och mot ett enväldigt tsarvälde. 1866 fördes på den årliga läkarstämman i Finland en diskussion om huruvida *"...illegitima personer skulle tillåtas att driva vattenkuranstalter som erbjuder sjukvård."* Ett tydligt liberalt försvar för patientens rätt till självbestämmande gavs av den läkare som sa att: *"Det böra stå enhvar fritt att bada sig hvar och huru han för godt finner, antingen under legitimerad eller illegitimerad persons ledning. Då dessutom så många andra slag af qvacksalveri i landet finnas och utöfvas, bör äfven qvacksalveri med vatten tolereras."*<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Huvudkällorna och de arkiv som använts är: Kysely puoskaroinnista 1920, Lääkintöhallituksen arkisto, Kansallisarkisto (Kvacksalverilagen, Medicinalstyrelsen, Statsarkivet Finland). Det finns stora samlingar av muntliga och folkliga traditioner. En utredning som beskriver folkmedicin i de Finska arkiven till exempel: *Suomalaisen kirjallisuuden seura* (Finska litteratursällskapet), vilka jag har använt. Jag har också använt mig av följande tidskrifter som fokuseras på hälsa, *Duodecim* 1885-1923, *Farmaceutiskt Notisblad* 1892-1920, *Finska Apotekareföreningens Tidskrift* 1912-1936, *Finska Läkaresällskapets Handlingar* 1841-1914, *Terveystenhoitolehti* 1889-1936, *Terveys* 1911-1932 och *Tidskrift för hälsovård* 1891-1918. Tidningsartiklar som använts fram till 1890 är samlade och tematiserade i index vid: *Helsingin yliopiston kirjasto* (Helsingfors Universitets bibliotek).

<sup>6</sup> Rahalääkärit, *Laatokka* 9.9.1884.

<sup>7</sup> Oittinen, Riitta,. (2001).

<sup>8</sup> Kokousselostus, *Notisblad för läkare och farmaceuter* 1866. s. 155. Man bör komma ihåg att liberalismen inte hade eller kom att sprida sig och influera ideologien hos den finska politiska eliten på samma sätt som den gjorde i Sverige och England vid denna tid.

Ett annat tema på läkarstämmorna som berörde kvacksalveri var utformandet av en "officiell" sjukvårdsprofession, samt dess interna hierarki och arbetsfördelning. 1897 var läkarstämman splittrad i frågan om huruvida man skulle tillåta kvinnliga sjuksköterskor att arbeta ensamma på den glest befolkade landsbygden, d.v.s utan övervakning av någon av de få läkare som fanns tillgängliga där. De som ville försvara läkarnas status hävdade att närvaron av en sjuksköterska som inte hade tillgång till en allmänläkare ledde "avsiktligt eller oavsiktligt" till metoder som innebar "kvalificerat kvacksalveri". Med andra ord ansåg dessa läkare att det var bättre att lämna patienterna utan professionell vård än att utsätta yrket för risken att sjuksköterskor skulle begå misstag.

En motsatt ståndpunkt tog större hänsyn till patientens intressen. Enligt dess förespråkare var det bättre att låta sjuksköterskor tillhandahålla vård än att lämna patienterna i händerna på skrupelfria och utbildade kvacksalvare. Om alltför många restriktioner lades på sjuksköterskornas professionella självständighet skulle de bli handlingsförlamade och *"...undergivna verktyg i yrkets tjänst."*<sup>9</sup>

## 1920 års särskilda undersökning om kvacksalveri

När regeringen 1920 tog initiativ till ett nytt lagförslag om den medicinska professionen, beslöt Medicinalstyrelsen att skicka ut en enkät om kvacksalveri till alla 237 offentligt anställda distrikts-, kommun- och stadsläkarna. En majoritet av dem, 90 procent, svarade. Dessa handskrivna rapporter ger röst åt de läkare som kanske varken publicerade vetenskapliga artiklar i tidskrifter eller debattartiklar i tidningar, eller som lade fram sina åsikter på läkarstämmor - om de ens deltog i dem.

Att undersökningen återgav rösterna hos en sådan bred yrkeskår är både en styrka och en svaghet. Svaren på de sju frågorna i undersökningen var ostrukturerade och inte avsedda för publicering. Som ett resultat av detta är materialet relativt heterogent, och innehåller allt från korthuggna svar på några rader till långa och detaljerade rapporter. Ett enskilt svar kunde ta ställning både för och emot olika aspekter av kvacksalveri. Materialet kan inte användas för att få en uppfattning om antalet kvacksalvare eller för att ge en definitiv bild av allmänläkarnas uppfattning. Svaren omfattar en längre tidsperiod än själva undersökningen. Men trots det erbjuder detta primärmaterial en unik möjlighet att bedöma omfattningen av den medicinska professionens respons på kvacksalveri under skilda förhållanden under århundradets första decennier.

---

<sup>9</sup> Kokousselostus, *Förhandlingar vid finska läkaresällskapets möte 1897*. s. 178, s. 186.

Svaren lämnades till en aktiv medlem av det Finska Läkaresällskapet, Eino Suolahti, för att analyseras i en medicinsk tidskrift. Där uppskattade Suolahti att någon form av kvacksalveri förekom i ungefär en av tre städer, och i var fjärde landskommun. Enligt honom visade detta att *"i jämförelse med andra länder är kvacksalveri relativt ovanligt i Finland."* Utifrån individuella rapporter verkar fenomenet ha varit på nedgång i vissa delar av Finland medan det blomstrat på andra ställen. I östra Finland, närmare Ryssland, fanns fler hydroterapeuter medan homeopati var vanligare i det svenskpåverkade västra Finland. Enligt Suolahti var Helsingfors den enda stad eller kommun där kvacksalveri var vanligt. Det var där de flesta kvacksalvare lärde sig sitt yrke.<sup>10</sup>

Hur definierades kvacksalveri enligt deltagarna i enkäten? Vissa kände sig förpliktigade att rapportera om nästan alla förekomster av lekmannamässiga irreguljära metoder, som till exempel *"bildade ryska damer som hade läst böcker om folkmedicin."* Svaren från distrikts- och kommunläkare fastslog gång på gång att vidskepelse var allmänt utbredd, särskilt på landsbygden, där man inte trodde att sjukdomar kunde vara smittsamma. Det var i synnerhet på landsbygden som människor anlidade kloka gummor, kloka gubbar, klärvoajanter och ögondiagnostiker.

Suolahti bortsåg mer eller mindre från de ovannämnda grupperna när han delade in "kvacksalveri" i tre kategorier. Den första gruppen var kotknackare. Kotknackare var vanligen självägande bönder eller torpare som åtnjöt respekt i sin hembygd och som nästan alltid bedrev verksamheten som en källa till extrainkomst. Avgiften var vanligen låg och de åstadkom ingen skada. Tvärtom ansåg Suolahti att de var nyttiga.

Den andra gruppen i Suolahtis studie var de kvacksalvare *"... som hade skaffat sig kunskap om vårdande genom erfarenhet."* Dessa kvacksalvare behandlade utvärtes sjukdomstillstånd som till exempel ögon- eller hudsjukdomar och bölder, eller hade specialiserat sig på kroniska inre sjukdomar. Dessa sjukdomar behandlades med hemgjorda preparat eller läkemedel inköpta på apotek, något som Suolahti generellt sett ansåg vara ofarligt. Deras kurer blev farliga först när de hindrade patienterna från att söka adekvat vård eller när de direkt orsakade skada hos patienten.<sup>11</sup>

Den tredje gruppen bestod av de professionella kvacksalvare som arbetade för egen vinnings skull. De kritiserades skarpt av de läkare som besvarade enkäten. Denna grupp innefattade både kringresande och stationära heltids- eller deltidskvacksalvare: *"Professionella kvacksalvare är vanligen moraliskt lågtstående människor som inte har*

<sup>10</sup> Suolahti, Eino., (1921), s. 253ff.

<sup>11</sup> Suolahti, Puoskaritoiminnasta Suomessa s. 256ff.



*lyckats på något annat område och som har tagit sin tillflykt till kvacksalveri för att lura godtrogna människor på avsevärda summor pengar."*<sup>12</sup>

En läkare rapporterade till exempel om en charlatan som på en och en halv dag hade tjänat lika mycket på sina brygder som en läkare som behandlat trehundra patienter.<sup>13</sup> Ekonomisk vinning, annonser, överdrivna löften om att bota alla sorters sjukdomar även sådana som ansågs vara "obotliga" karakteriserade den professionelle kvacksalvaren.<sup>14</sup>

Många professionella kvacksalvares utbildning och verksamhet var kopplad till sjukvården. Enligt de läkare som besvarade enkäten hade de, trots detta, överskridit sin kompetens: gruppen innefattade läkarstuderande som inte lyckats ta examen, före detta barnmorskor, fältläkare och alltför självständiga diakonissor och sjuksköterskor. Samma motsättning mellan apotekare och läkare som kom till uttryck i vetenskapliga tidskrifter var också tydlig i enkätsvaren. Läkarna ansåg att apotekarna hade inkräktat på läkarens roll genom att ställa felaktiga diagnoser och ge dåliga råd. På 1920-talet klagade vissa läkare fortfarande på att apotekarna var de "värsta kvacksalvarna", eftersom de missbrukade patienternas förtroende genom att sälja egentillverkade eller kommersiellt framställda värdelösa preparat.<sup>15</sup> Apotekarnas roll i detta orsakade även motsättningar inom den egna yrkeskåren.

Det fanns en uppfattning hos allmänheten om att alla som någon gång kommit i kontakt med en medicinsk institution måste besitta vissa medicinska kunskaper. Denna uppfattning illustreras av en man som ansågs vara kvacksalvare och vars enda merit var att han en gång hade arbetat som vaktmästare på ett svenskt sjukhus. Enbart de yttre symbolerna för medicinyrket var tillräckliga. Det var åtminstone vad en före detta skogshuggare ansåg när han bar läkarrock och stetoskop.<sup>16</sup>

Som professionella kvacksalvare kategoriserade Suolahti också de verkliga eller påhittade människor som omnämndes i enkätsvaren och som vände sig till befolkningen i stort, till exempel amerikanen Dr Kidd som förekom i annonser för patentmedicin. Präster och lekmanpredikanter som sysslade med kvacksalveri ansågs som mer förkastliga än andra typer av professionella kvacksalvare.

Det fanns också utifrån kommande personer med en alternativ uppfattning om hälsa. Ett exempel är den man som gjorde reklam för Doktor Kneipps örtmediciner, ett annat är de

<sup>12</sup> Suolahti, Puoskaritoiminnasta Suomessa s. 257.

<sup>13</sup> Kysely puoskaroinnista (1920) En utredning om kvacksalveri och den lokale läkaren i Heinävesi.

<sup>14</sup> Kysely puoskaroinnista (1920) En utredning om kvacksalveri och den lokale läkaren i Impilahti.

<sup>15</sup> Oittinen, Riitta. (2001).

<sup>16</sup> Kysely puoskaroinnista (1920) (En utredning om kvacksalveri).

hydroterapeuter som verkade i tysken Louis Kuhnes efterföljd och *"de som sålde homeopatiska piller enligt den svenska modellen."*<sup>17</sup> De flesta av dessa fanns samlade på några få bestämda platser, men det fanns också de som reste runt i vissa särskilda områden. De som verkade för ett naturligt leverne hade till och med en egen tidskrift mellan 1911 och 1932 och en egen vattenkuranstalt ute på landsbygden. Deras vegetarianism vann aldrig någon större anklang, men deras uppfattning om att vaccinationer var giftiga och den anti-vaccinationskampanj som bedrevs omkring år 1910 var anledningen till en tillfällig nedgång i antalet vaccinerade barn under det tidiga 1910-talet.<sup>18</sup>

## Ett mångfasetterat fenomen - skiftande respons

Läkare som inte nödvändigtvis var eniga om allt när det gällde kvacksalveri hade dock det gemensamt att de var frustrerade över allmänhetens okunskap när det gällde uppfattningen om hälsa och sjukvård. Inkompetent behandling sades orsaka förödelse och bidra till spridningen av smittsamma sjukdomar. Men inte desto mindre påpekade ett flertal läkare att kvacksalvarna fyllde ett tomrum som orsakats av det låga antalet vanliga allmänläkare. Ute på landsbygden där det var långa avstånd gick det år 1901 en läkare på 6 500 invånare.<sup>19</sup>

Även om läkarkåren knappast var en enhetlig grupp, kan man urskilja en allmän dikotomi i tryckta artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Etiskt motiverade läkare som vägledades av en uppriktig önskan att hjälpa och bota var den moderna och den transparenta vetenskapens demiurger. Det som tillverkare av patentmediciner, *"irreguljära"* läkare och kringresande försäljare var, ansåg de reguljära läkarna att de själva inte var. De senare stod i motsättning till, å ena sidan, *"gammal vidskepelse"* och, å andra sidan, samtidigt *"smutsiga humbug"* som på grund av penninghunger utövades av oetiska entreprenörer. Kvacksalveri utgjorde en tydlig fiende. Genom att angripa kvacksalveri i pressen eller genom att föreslå policyrekommendationer fick läkarkåren möjlighet att definiera sin egen identitet och få stöd för sina anspråk på att anses nyttiga. *"Naturläkaren eller kvacksalvaren"*, *"den skrupelfrie kvacksalvaren"*, *"den onde"*, *"infiltratören i de professionellas led"*, *"Antikrist"*, *"bedragare"*, *"mänsklighetens så kallade generösa välgörare"*, *"den som utövar trolldom"*,

<sup>17</sup> Suolahti, Puoskaritoiminnasta Suomessa. s. 253.

<sup>18</sup> Den finska antivaccinationsrörelsen var löst organiserad runt anhängaren och praktiseraren av vegetarism och naturläkemedel Dr. E. W. Lybeck, vilken var den enda utbildade läkaren som aktivt opponerade sig mot vaccinationsprogrammen. Antivaccinations anhängarna tog också sina idéer från England och Tyskland och från läran som utövades av den populära naturhelaren Louis Kuhne. Se gärna, Pitkänen, Kari., (1990). s. 123ff.

<sup>19</sup> Den finska medicinalhistorien se bland annat, Bonsdorff, Bertel, von., (1975).

"den utländske skojaren". Sådana ironiska eller fördömande ord i samtida medicinska tidskrifter talar i klartext om läkarnas negativa attityder.

En närmare undersökning visar att situationen var mer komplicerad och mindre entydig än vad dikotomin antyder, och detta kommer till uttryck i de neutrala eller till och med positiva benämningarna på vad som ansågs vara kvacksalveri. Som vi tidigare har påpekat varierade de professionella kvacksalvarnas sociala status - och deras färdigheter - avsevärt i Finland.<sup>20</sup> Det är viktigt att notera att eftersom det fanns olika definitioner av kvacksalveri så fanns det också skilda bedömningar av nyttan eller faran.

Man kan renodla den bredare professionella kvacksalveridebatten på det sättet att bedömningarna styrdes av karaktären hos de berörda aktiviteterna: negativ när det gällde inkompetenta eller skadliga metoder, neutral i de fall där icke-professionella tillhandahöll sjukvård, och mer positiv när det gällde folkmedicin. De tryckta källorna i synnerhet visar att läkarkårens politiska övertygelse till en viss del styrde deras uppfattning om kvacksalveriets natur liksom behovet att skydda befolkningen från kvacksalvare. Medlemmar av läkarkåren använde också termen för att kritisera eller fördöma de kolleger som ansågs bryta mot yrkets etiska normer eller som missbrukade sin ställning.

Det fanns även neutrala eller till och med positiva reaktioner i enkäten från 1920, särskilt vad det gällde attityden till folkliga botarna. Ibland ansågs dessa vara ofarliga, och i vissa fall, som till exempel när det gällde nervösa problem eller vid galenskap till och med nyttig" *Endast en lekmanaläkare, alltså en kvacksalvare, kan vara till hjälp här. Dessa människor känner till sjukdomens bakgrund - vem som har orsakat den.*"

Folkmedicinens positiva sida noterades av många "reguljära" utövare under den aktuella perioden. En medicinsk organisation som hade undersökt situationen vid sekelskiftet uppfattade folklig visdom som en veritabel guldgruva som kunde ge upphov till vetenskaplig forskning och inspirera till nya epidemiologiska, etiologiska och kurativa teorier. Läkarkåren var inte enig i synen på hur kvacksalveriet skulle regleras. Vissa allmänläkare ansåg att det krävdes dryga böter och fängelsestraff, medan andra ansåg att annonser för kvacksalveri i dagstidningar skulle förbjudas. Det fanns också de som trodde att förbjuden frukt skulle smaka bättre. Företrädarna för denna uppfattning såg en tydlig koppling mellan hälsa och utbildning. De stödde folklig utbildning och tanken på att undervisning i sjukvård skulle ges i skolorna.

---

<sup>20</sup> Jämför till exempel, Marland, Hilary (1987). s. 415ff.

Enligt läkarna underminerade kvacksalvarna deras auktoritet och professionalism, saker som inte kunde tas för givna under den aktuella perioden. Den inhemska yrkeskårens kompetens ifrågasattes av antydningar om att inhemska eller utländska irreguljära botare eller läkare som rekommenderade patentmediciner skulle vara bättre än reguljära läkare. Dessutom gjorde "läkarnas" stil i annonserna oavsiktligt narr av de reguljeras självbelåtenhet. Det fanns allmänläkare som rapporterade att de gjordes till åtlöje medan kvacksalvarna ansågs pålitliga och respekterades av allmänheten. Vad det egentligen handlade om var att de pengar som skulle ha kommit läkarna till godo i stället hamnade hos kvacksalvarna.

## Orsaker till efterfrågan på kvacksalveri

I likhet med vad vissa läkare påpekade, motiverades behovet av kvacksalvare av ett allmänt missnöje, och förbittring och misstro mot skolmedicinen. Folkbotare och andra irreguljära utövare ansågs som tänkbara alternativ.

Reguljära läkare lyssnade inte alltid på eller förstod patienten.<sup>21</sup> De höll inne med information och var svåra att förstå.<sup>22</sup> En självkritisk läkare i ett av enkätsvaren ansåg till exempel att vanligt folk inte längre skulle gå till kvacksalvare om läkare var mer öppna och villiga att förklara orsakerna till patientens sjukdom.<sup>23</sup>

Som helhet är kvacksalveriets historia kluven och motsägelsefull. Efterfrågan på kvacksalveri kan ses som ett tecken på misstro gentemot den medicinska professionen och som en önskan att sköta om sin egen hälsa och att ha kontroll över sin egen kropp. Det kan också med viss rätt hävdas att detta avslöjar en auktoritetstro och en önskan att ge makten att bota åt någon utomstående. Från det perspektivet gjorde det ingen skillnad om läkarens titel var påhittad eller verklig. Det verkar som om de "läkare" som propagerade för patentmediciner och gav skriftliga ordinationer delvis ersatte eller kompletterade lekmannaläkarnas arbete. Vissa av de senare anpassade sig till den nya situationen genom att kombinera naturmedel och patentmediciner.<sup>24</sup>

Under den aktuella perioden omfördelades gudomliga och magiska krafter till både de vanliga läkarna och de rent kommersiella irreguljära. På grund av industrialiseringen och inflyttningen till städerna minskade antalet lekmän som läkare. Vid samma tid fick individen ett allt större ansvar för sin egen hälsa. Sedan slutet av 1700-talet bekämpades den allmänt utbredda okunnigheten flitigt av bildningsivrare och forskare. Kampanjen för ett hälsosamt liv

---

<sup>21</sup> Se till exempel, ReijoWaara, Konrad., (1910). s. 153ff.

<sup>23</sup> Kysely puoskaroinnista 1920. En utredning om kvacksalveri, distriktsläkaren i Tyrvää.

<sup>24</sup> Se till exempel, Pänkäläinen, Antti., (1938). s. 39ff, s. 46, s. 103, s. 122, s. 151.

fördes i tidningar, broschyrer och på folkbildningsmöten runt om i landet. Det moraliskt uppfostrande budskapet om lämplig klädsel, diet, hygien och boende riktades till vanligt folk och till arbetarklassen. Renlighet och hälsa framställdes som en god medborgares skyldigheter.<sup>25</sup>

I den här situationen valde många patienter en mångfald av metoder. Enligt läkarna i enkäten hade vissa patienter redan konsulterat en kvacksalvare, en lekmannaläkare, en apotekare eller en vän innan de vände sig till en läkare. Vissa hade köpt medicin på en auktion eller bytt piller med sina vänner. Ibland togs all medicin på en gång eller så avslutades behandlingen snabbt. Hälsostatus, kunskap och förväntningar var avgörande för hur motiverad patienten var att förbättra sin hälsa, om han eller hon alls var det.

Även om sjukdom medförde lidande, för vilket man ibland sökte ett botemedel till vilket pris som helst, så kunde ett besök hos doktorn också vara avsett som en form av underhållning och ett nöje. En läkares popularitet berodde följaktligen på andra faktorer än de rent kurativa. Enligt patientens uppfattning var det inte nödvändigtvis den reguljäre läkaren som var mest konkurrenskraftig i det avseendet, för att inte tala om andra faktorer såsom gott uppförande, sociala färdigheter och hur trevlig diagnosen, medicinen eller rådgivningen var.

Vid slutet av 1800-talet och början av 1900-talet var debatten om kvacksalveri också en debatt om liv och död, både symboliskt och i ett mer reellt avseende: Den var sammanflätad med kampen för professionalism, med bilden av läkaren och verkligt botande och med tolkningar av patientens, läkarens och nationens bästa.

Den nya lagen från 1925 om den medicinska professionen förbjöd även i fortsättningen yrkesmässigt kvacksalveri. Enstaka behandling mot betalning kunde erbjudas, förutom när det gällde tuberkulos, veneriska och andra smittsamma sjukdomar, och då endast under förutsättning att patienten ej kom till skada. Men lagen vidmakthöll ett spänt förhållande när det gällde sjukvårdens reglering, eftersom den i likhet med den tidigare lagstiftningen inte tog ställning i frågan om missbruk eller felaktig användning av medicinska preparat. Och i dag, precis som förr i världen, handlar sjukvård inte bara om att bota, utan det tär också en fråga om pengar och därmed utgör verksamheten en del av den materiella kulturen.

---

<sup>25</sup> Se till exempel, Lehtonen, Turo-Kimmo., (1995). s. 205ff. Se även Halmesvirta, Anssi., (1995). s.13ff.



## Vårdarbete, teknik och kön. Könsarbetsdelning i svensk sjukhusvård 1980-1999

*Helén Strömberg*

### Inledning\*

När man har studerat arbetsmarknaden, har det visat sig att vissa yrken där kvinnor varit i majoritet med tiden har omvandlats så att männen kommit att bli fler, och vice versa. Dessa förändringar brukar inom samhällsvetenskaplig forskning kallas för feminiserings- och maskuliniseringsprocesser.<sup>1</sup> Feminiseringsprocesser inom olika yrken är väl dokumenterade inom olika forskningsdiscipliner.<sup>2</sup> Ett exempel är historikerns Christina Florins studie av läraryrket. Hon har visat att den kvinnliga lärarkåren under senare delen av 1800-talet växte sig stark inom detta tidigare manligt dominerade yrkesområde.<sup>3</sup> Resultatet berodde dock inte bara på att kvinnorna som grupp var framgångsrika. En förutsättning var också att deras strävanden sammanföll med andra förändringsprocesser. Exempelvis kom övergången till industrisamhället att skapa behov av mer formell utbildning hos breda folklager. Det ledde till att behovet av lärare ökade, och män som tidigare arbetat som småskolelärare valde nu att göra det högre upp i utbildningssystemet. Genom att männen avancerade inom utbildningsväsendet skapades det en arena för lärarinnorna som yrkesgrupp.

Hur kvinnodominerade yrken har maskuliniserats är emellertid betydligt mindre utforskat. Ekonomisk historikern Lena Sommestad har dock identifierat tre olika slags maskuliniseringsprocesser på arbetsmarknaden.<sup>4</sup> Den första kan kallas för maskulinisering genom industrialisering, den andra för maskulinisering genom teknisk utveckling och den sista maskulinisering genom att en feminiseringsprocess bromsats upp.

---

\* Detta kapitel har tillkommit inom det RALF - finansierade projektet *"Från sjuksköterska till omvårdnadstekniker. Teknologisk utveckling och könsarbetsdelning i svensk sjukvård 1960-1997"*

<sup>1</sup> Se till exempel Wikander (1991), Sommestad (1992), Norlander (2000).

<sup>2</sup> Se till exempel Hagemann (1983), Norlander (1994), (2000).

<sup>3</sup> Florin (1987).

<sup>4</sup> Sommestad (1992).

Den första processen är nära förknippad med industrialiseringen och kapitalismens framväxt från 1800-talets första del. Den innebar att männen trängde undan kvinnor från tidigare kvinnodominerade kompetensområden, exempelvis inom medicin och förllossningskonst.<sup>5</sup> En orsak till detta var att dessa yrken lyftes bort från hushållet och familjesfären och professionaliserades; det vill säga att för att verka inom dessa områden krävdes en formell utbildning. Att kvinnorna inte kunde försvara sina traditionella och hävdvunna kompetenser inom dessa yrken förklaras också av att kvinnor samtidigt utestängdes från de utbildningar som inrättades och som krävdes för att få utöva de ”nya” professionerna. Detta är ett förhållande som i vissa delar bestått långt in på 1900-talet, exempelvis när det gäller prästycket.

Den andra maskuliniseringsprocessen är nära förknippad med teknisk utveckling inom olika yrken och arbetsområden.<sup>6</sup> När ny teknik introducerades på arbetsplatserna innebar detta ofta att det skedde en mekanisering av arbetsuppgifter och arbetsmoment som kvinnor tidigare utfört. De ”nya mekaniserade” arbetena kom istället att utföras av män medan kvinnorna kom att hänvisas till manuella uppgifter. Kvinnornas arbeten kom därför ofta att fortsätta vara mer hantverksmässiga än männens. Detta skedde exempelvis inom mejerihanteringen. Det tidigare mejerskeyrket förändrades således till mejeristyrket, när mejerskornas kompetens och kunskaper ersattes av maskiner som kom att skötas av män.<sup>7</sup>

Den tredje typen av maskuliniseringsprocess kallar Sommestad för en uppbrömsad feminiseringsprocess; att arbeten där antalet kvinnor snabbt ökat åter domineras av män. Exempel på detta är när kvinnorna under de båda världskrigen ersatte män som arbetskraft i industrin och började arbeta inom yrken som ansågs vara typiskt manliga. Här kan man se kvinnor som något av en ”reservarbetskraft”. I samband med krigssluten kom männen tillbaka till dessa områden, vilket innebar att kvinnorna trängdes bort och den påbörjade feminiseringsprocessen avstannade.<sup>8</sup>

Mot bakgrund av denna allmänna bild kan man fråga sig hur arbetsuppgifterna och könsarbetsdelningen utvecklats inom sjukvården. Denna artikel studerar hur omvårdnadsarbetet förändrats efter 1960, och särskilt hur denna utveckling har påverkat sjuksköterskornas arbetsuppgifter. Artikeln börjar med en kort schematisk

---

<sup>5</sup> Se till exempel Öberg (1994).

<sup>6</sup> Se till exempel Göransson (1988).

<sup>7</sup> Sommestad (1992).

<sup>8</sup> Sommestad (1992) s 19f.



beskrivning av vad könsarbetsdelning är och på vilket sätt den påverkar kvinnors och mäns positioner på arbetsmarknaden och i olika organisationer. Därefter görs en beskrivning av hur organisationen av vården och vårdarbetet förändrats vid sjukhusen sedan 1980. Detta kopplas därefter samman med de olika sätt att organisera arbetet på som dominerat sjukhusvården, och som påverkat såväl sjuksköterskornas arbetsuppgifter som yrkets könskodning. Där betonas att den horisontella arbetsdelningen förfinats samtidigt som den vertikala blivit starkare, vilket skett samtidigt som allt fler män arbetar som sjuksköterskor. En fråga som är intressant att ha i minnet under läsandets gång är därför om det skett en maskuliniseringsprocess av sjuksköterskeyrket i samband med att män kommer in i yrket.

## Kön och arbetsdelning

Hur studeras då kön och hur kan begreppet kopplas samman med vad könsarbetsdelning är? Idag finns det en mycket rik forskningsflora som problematiserar begreppet kön – eller som många valt att kalla det – genus.<sup>9</sup>

Ett skäl till att göra distinktion mellan kön och genus, är att begreppet genus är nära förknippat med ideologi och sociala och kulturella konstruktioner, medan kön ofta kopplats till biologi.<sup>10</sup> Detta gäller dock inte inom samhällsvetenskaplig forskning. Där är kön inte sammankopplat med biologi, utan med föreställningar om vad som ansetts vara kvinnliga respektive manliga egenskaper under olika perioder. Kön är därmed ett relationellt begrepp, där kvinnlighet och manlighet är konstruerade i förhållande till varandra. Det finns också en klar skiljelinje mellan vad som betraktats som kvinnligt respektive manligt genom historien. Båda begreppen har alltså motsatta innebörder. Men en likhet mellan manligt och kvinnligt är att båda begreppen fylls med innehåll vartefter historien, samhället eller kulturen förändras. Detta sker samtidigt som vissa förhållanden mellan könen verkar vara oföränderliga. I Sverige har vi länge haft en könsuppdelad arbetsmarknad där män generellt sett arbetar inom det privata näringslivet och varuproduktionen och kvinnor inom den offentliga sektorn och tjänsteproduktionen. Denna grova indelning tyder på att arbetsmarknaden är horisontellt könssegregerad. Men man kan också säga att

---

<sup>9</sup> Se till exempel Wikander (1999), Göransson (1994).

<sup>10</sup> Eduards (1997) s 29f.

arbetsmarknaden är vertikalt könsuppdelad, där män generellt sett har yrken och arbetsuppgifter som gör att de är överordnade kvinnor.<sup>11</sup> Förenklat kan man säga att manlighet ständigt kopplats till egenskaper som anses vara överordnade de egenskaper som tillskrivits kvinnlighet under olika historiska perioder. Dessa egenskaper tar sin utgångspunkt i sexualitet och familjeförhållanden – i hemmets arbetsdelning.<sup>12</sup> Ur ekonomisk historiskt perspektiv kan man därför säga att arbetsdelningen mellan könen i hushållet överförts till den framväxande arbetsmarknaden. En följd av detta har blivit att olika arbetsplatsers könsarbetsdelning i hög grad liknar de strukturer som finns i samhället i stort.<sup>13</sup> Men samtidigt speglar utformningen av olika arbetsorganisationer också den verksamhet som utförs på arbetsplatsen. Varje bransch har sina specifika uttryck för könskodningen. Det bidrar till att inte alla yrken förändras på samma sätt. På sikt kan detta påverka olika yrkens inbördes relationer och så småningom även påverka könsarbetsdelningen.

Arbetsorganisationen i en bransch formar således arbetsprocessen inom dess olika verksamhetsområden; så också i sjukvården. För att förstå hur detta påverkar könsarbetsdelningen i sjukvården kommer jag först att beskriva hur verksamheten och organisationen förändrats innan jag diskuterar hur sjuksköterskeyrkets arbetsuppgifter utvecklats.

## Sjukhusverksamhet i förändring

I sjukhusvården går det att urskilja tre övergripande idealtyper som alla på sitt sätt format hur arbetet organiserats sedan 1920. Den första uppfattningen hade tydliga kopplingar till prästerskapets ideal, eller kyrkans syn, på hur sjukvård skulle ske. Inom dess ram växte *Case*-metoden fram som princip för arbetsorganisationen. Metoden användes fram till 1920-talet och innebar att en sjuksköterska hade hela omvårdnadsansvaret för ett fåtal patienter eller gav vård till enbart en patient. Arbetsuppgifterna omfattade allt från nära patientomvårdnad till att ge ordinerad medicineri.<sup>14</sup> Detta sätt att organisera arbetet avlöstes av salssystemet, vilket var ett försök att skapa ett tydligare samarbete mellan olika yrkesgrupper i vården. Basen

---

<sup>11</sup> *SOU 1997:135. Ledare, makt och kön.*

<sup>12</sup> För liknande diskussion se Eduards (1997).

<sup>13</sup> Göransson (1993b), Norlander (1994), Wikander (1991).

<sup>14</sup> Holmdahl (1994) s 244f.

i organisationen var att flera sjuksköterskor, men också sjukvårdsbiträden, skulle finnas inblandade i patienternas vård, och tillsammans skulle de ansvara för att arbetet i vårdssalar och vårdtrum utfördes. Huvudansvaret för att all omvårdnad fungerade hade sjuksköterskor i arbetsledande positioner. Detta ansvar omfattade en hel avdelning med 30 till 40 patienter samt all vårdpersonal.<sup>15</sup> Salssystemet var i bruk fram till 1960-talet.

Den andra idealtypen präglades av något som kan kallas för ”militärstyrning”. Denna växte fram under 1960-talet och basen i organisationen var specialisering, arbetsdelning och rationalisering mellan olika strikt definierade yrkesgrupper. Detta system hade också förekommit inom industrin där bland annat löpande bandet hade möjliggjort förändrade och effektivare arbetsorganisationer.<sup>16</sup> För att organisera arbetet blev rondsystemet det sätt som man valde att fördela arbetet på. Rondsystemet delade in vårdarbetet i små, specialiserade bitar, där de olika vårdyrkena utförde sina delar av arbetet. Samtidigt tillkom ett nytt vårdyrke i organisationen, undersköterskorna. De hade högre utbildning än sjukvårdsbiträdena och kunde fungera som en naturlig länk mellan sjuksköterskorna och biträdena. Genom att undersköterskorna ”tog över” delar av sjuksköterskornas tidigare arbetsuppgifter frigjordes sköterskorna till mer administration och expeditorsarbetet samtidigt som huvuddelen av ansvaret för planering och utförande av patientvården låg på biträdena. Men tanken med den nya arbetsdelningen var, att om varje anställd hade ansvar över ett fåtal arbetsmoment skulle omvårdnaden bli effektivare. Här stod själva organisationen av arbetet i centrum. Personalen upplevde emellertid att det fanns nackdelar med denna uppdelade arbetsprocess. Den strikta uppdelningen mellan olika arbetsuppgifter innebar också en ökad risk för ensidighet både i kunnande och i arbetsrutiner för personalen vilket riskerade att påverka patienternas vård.<sup>17</sup> Detta innebar också att ett nytt sätt att organisera arbetet växte fram; gruppvården.<sup>18</sup> Tanken med denna arbetsorganisation var att öka självständigheten för personalgruppen på avdelningen. Ledda av en sjuksköterska skulle personalen planera, fördela, administrera och ansvara för att omvårdnaden utfördes.<sup>19</sup> Basen i

---

<sup>15</sup> Andersson (1988) s 16ff.

<sup>16</sup> Rosenberg (1976).

<sup>17</sup> *SOU 1978:50. Ny sjukvårdsutbildning (Vård-77 utredningen)*. Se också Andersson (1988) s 17, samt Asplund & Rydström (1968).

<sup>18</sup> Asplund & Rydström (1968) s 32ff.

<sup>19</sup> Andersson (1988) s 17f.

arbetsorganisationen var att personalen fortsatte att ha "egna" salar och "egna" patienter att ta hand om på vårdavdelningen. Detta innebar i praktiken att gruppvården hade tydliga likheter med det tidigare så kritiserade salssystemet. Följande citat lyfter också fram de brister som sågs i gruppvården: *"Arbetsordningar som fixerar arbetsuppgifterna till vissa befattningshavare försvårar situationen och ger stundom upphov till problem. De ordinarie lagmedlemmarna måste därvid lämna "egna" uppgifter och gå över till sådana som inte står på deras arbetsordning. En tidsenlig form av arbetsfördelningen är därför nödvändig."*<sup>20</sup>

Det tycks faktiskt som att den ökade flexibiliteten ledde till problem för personalen att planera det "egna" vårdarbetet. Men kritiken kan också tolkas som att de olika personalkategorierna fått för splittrade arbetsuppgifter och därmed inte såg helheten i arbetet. Kritiken kom också att leda till ytterligare omorganisationer under 1990-talet inom vilka arbetslagets förmåga att samarbeta över yrkesgränserna blev central.

Den tredje idealtypen för organisationen av vården kan kallas för företagsmodellen. Detta sätt att organisera vården började praktiseras under 1990-talet. Den innebar att ansvaret för vården decentraliserades ännu mer på varje avdelning. För omvårdnadspersonalen som grupp kom detta att innebära ett ökat ansvar för att vårdarbetet såväl planerades, organiserades men också att det genomfördes. Samtidigt kom sjukvårdsbiträdena som yrkeskategori att rationaliseras bort, vilket var tänkt att leda till en enklare fördelning av omvårdnadsarbetet mellan två nivåer, sjuksköterskor och undersköterskor, istället för som tidigare mellan tre. Denna organisationsform kom också att kombineras med *primary nursing* modellen.<sup>21</sup> Den innebar att sjuksköterskan tillsammans med en ansvarig läkare och de enskilda patienterna lade upp individuella vårdplaner. Omvårdnadsplanen genomfördes därefter i samråd med övrig vårdpersonal, vilka bildade ett vårdteam kring patientens totala vårdbehov.<sup>22</sup> Under senare delen av 1990-talet kom sjukhusen också att delvis rationalisera bort undersköterskorna, vilket resulterade i att

---

<sup>20</sup> Asplund & Rydström (1968) s 33.

<sup>21</sup> Andersson (1988). Denna organisationsform genomfördes i USA under 1970-talet. I Sverige har den praktiserats under 1980-1990-talen med varierade innehåll. Arbetsorganisationen baseras emellertid på att sjuksköterskan har huvudansvaret för att omvårdnaden anpassas till patientens önskemål och att detta kombineras med medicinska behov.

<sup>22</sup> Ibid.

sjuksköterskorna är den omvårdnadspersonal som är i majoritet på många vårdavdelningar.

Denna schematiska genomgång visar att sjukhusen på olika sätt försökt organisera verksamheten, och samtidigt anpassa den, till övriga förändringar som skett i sjukhusorganisationen. De olika arbetsorganisationerna visar också att omvårdnadsyrkena blivit färre, men att de som finns kvar under senare tid blivit allt mer delaktiga i hur arbetet ska organiseras, planeras och utföras. Arbetsdelningen mellan olika personalkategorier har därför blivit allt mer central för vårdens genomförande. I takt med att arbetsuppgifterna blivit mer diversifierade, vilket bland annat kommit till uttryck i hur vården organiserats, har personalens möjligheter att utföra vårdarbetet på samma sätt inom olika specialiteter också begränsats. Ett tankeexperiment kan illustrera detta: att tänka sig att arbetet ska ske på samma sätt på IVA som på geriatriken är väldigt svårt. Organisationen av arbetet kompliceras också genom att medicinsk teknik kommit in i allt fler vårdområden. Det har förändrat arbetsprocessen och påverkat arbetsorganisationens struktur.<sup>23</sup> Den medicinska teknikens effekter har emellertid påverkat olika yrkesgrupper på olika sätt. För att illustrera hur denna förändring påverkat sjukhusvårdens organisation har jag identifierat tre olika vårdsteg i sjukhusens vårdkedja. Denna indelning kan också kopplas till hur vårdkedjans olika delar länkar i varandra.

För patienterna är det första steget i sjukhusens vårdkedja mötet med personal på akuten eller vid vårdcentral, där de via remiss skickas till en klinikmottagning på sjukhus. I första steget utförs diagnostiseringar, som exempelvis röntgen och blodprovstagningar. Bedöms patienternas åkommor vara behandlingsbara redan vid detta första möte utförs behandlingarna och patienterna skickas hem. Det kan exempelvis vara gipsning av ett benbrott eller att patienten ordinerar olika former av mediciner. Men om åkomsten eller sjukdomen kräver annan eller längre medicinsk behandling slussas patienten över till nästa steg i vårdkedjan. Det kan vara operation eller olika medicinska behandlingar vid olika vårdkliniker. Därefter inleds det tredje steget i vårdkedjan vilket är patienternas eftervård som sker vid olika vårdavdelningar.

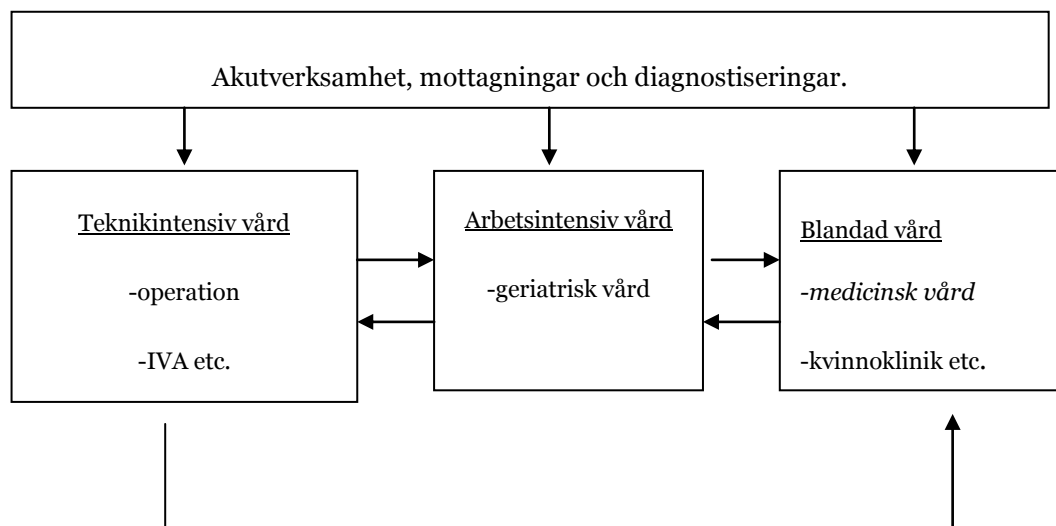
Utifrån graden av teknikanvändning vid de olika klinikerna och inom skilda medicinska specialiteter, kan vårdstegen delas in i tre olika organisationsformer;

---

<sup>23</sup> Se Andersson-Skog & Strömberg i denna volym.

teknikintensiv-, arbetsintensiv- och blandad vård. Man kan därför säga att den verksamhetsmässiga arbetsdelningen inom vården illustreras i figur 1.

Figur 1: Sjukhusvårdens vårdsteg och organisationsformer



Patienternas sjukdomar, ålder och kön avgör var han eller hon ska vårdas. Mellan de tre vårdstegen finns det samverkan. Klinikerna i de olika vårdstegen samarbetar med varandra och med de delar av vården inom vilka man utför olika diagnostiseringar och behandlingar, till exempel röntgen och olika laboratorier. Den enkelriktade och uppåtböjda pilen under figuren visar att när patienter opererats, piggnat till och deras medicinska tillstånd förbättrats förs de över till en vårdavdelning som tar hand om deras eftervård. Den teknikintensiva vården utför på detta sätt inte någon ”traditionell” och nära patientvård som vad vårdavdelningarna gör. Inom sjukhusen finns således en arbetsdelning mellan olika specialiteter. En följd av utvecklingen är att det uppstått stora skillnader i vårdarbetets innehåll mellan de olika organisationsformerna. Hur detta påverkat vårdpersonalens arbeten ska närmast beröras.

## Könsarbetsdelning och vårdarbete

Omvårdnad används ofta som ett samlingsbegrepp för all den vårdande verksamhet som sker i ett sjukhus. Omvårdnad är därför ett mycket omdiskuterat begrepp, och

det finns ingen definition som täcker in alla de aspekter som begreppet står för.<sup>24</sup> Om man istället skulle betrakta omvårdnad som *resultatet* av olika former av vård och därmed som en tjänst som ges till patienterna blir omvårdnad summan av ett komplext samspel mellan olika vårdspecialiteter.

Ett sätt att bena ut detta komplexa samspel kan göras genom dela in vården i vad de olika yrkeskategorierna gör. Det vårdande arbetets innehåll skiljer sig därmed åt mellan yrkeskategoriernas utbildning, positioner och funktioner i verksamheten. Det finns här minst två sätt att tydliggöra vårdarbetets roll i sjukvården. För det första kan de olika arbetsuppgifterna kopplas till olika personalkategorier. På så sätt får begreppet vårdarbete ett ganska brett och processinriktat innehåll. För det andra kan det vårdande arbetet kopplas enbart till sjuksköterskornas arbetsuppgifter, vilket leder till att dynamiken i vården som resultatet av en arbetsprocess blir otydlig.<sup>25</sup> Själva vårdarbetet och den omvårdnad som sker vid ett sjukhus är således väldigt mångfacetterat.

Det blir lite enklare att förstå processen om själva arbetsuppgifterna i vården kopplas till de yrkeskategorier som arbetar direkt med patienterna. För det första ingår *curing* i vården. *Curing* utförs av läkare, och baseras på formella medicinska kunskaper om hur man kan botar patienter från olika sjukdomar och symtom.<sup>26</sup> För det andra ingår *nursing* i vården. *Nursing* utförs, i första hand av sjuksköterskor, och är baserad på deras formella medicinska omvårdnads kunskaper.<sup>27</sup> För det tredje ingår *caring* i vården. *Caring* utförs främst av undersköterskor och sjukvårdsbiträden, och bygger på kunskaper om vilken daglig vård och mänskligt omhändertagande som bör ges till patienter med olika sjukdomar. Dessa olika delar i vården ingår inte bara i en horisontell arbetsdelning. De är också vertikalt indelade, eller hierarkiskt kopplade till varandra, där *curing* är överordnat *nursing* och *caring*. I figur 2 visas en schematisk bild av hur arbetet i vården kan fördelas mellan olika yrken.

---

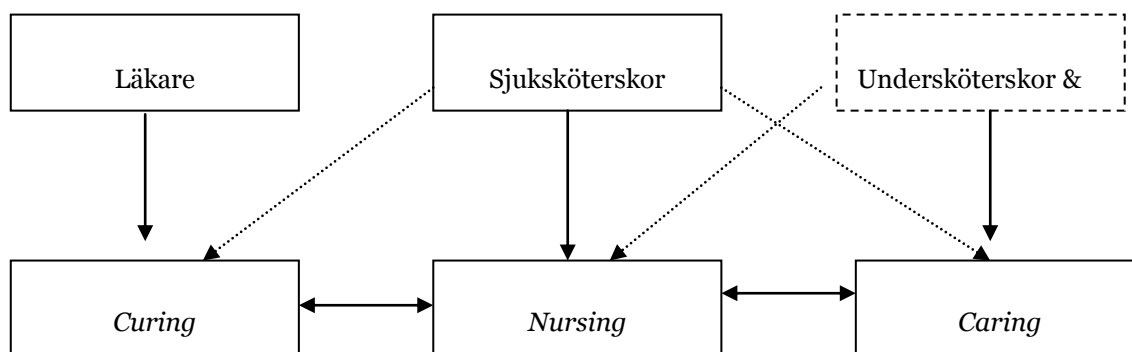
<sup>24</sup> Se till exempel Eriksson & Gunnarsson (1997).

<sup>25</sup> För fördjupade diskussioner angående omvårdnadsbegreppet, se Norberg (1992), Thorsén (1997), Berner (1993), Fawsett (1989), Danielsson (1992) och Diers (1979).

<sup>26</sup> Thorsén (1997) s 209f.

<sup>27</sup> För en fördjupad studie av sjuksköterskors arbete och erfarenheter, vilket innebär en förmåga att koppla teoretisk kunskap till praktiska erfarenheter, se Berner (1993).

Figur 2: Omvårdnadsuppgifter fördelade på personalkategorier



De heldragna pilarna i figuren visar vilket yrke som i huvudsak utför vad av de tre vårdande arbetsuppgifterna. Det visar att läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden alla utför tydliga och separerade åtskilda delar av det vårdade arbetet. Men de streckade pilarna visar att sjuksköterskorna sedan 1990-talet förutom sina egna *nursing* uppgifter också börjat arbeta med såväl *curing* som *caring*. När dessutom två yrkeskategorier nästan helt rationaliserats bort (undersköterskor och sjukvårdsbiträden) har deras tidigare arbetsuppgifter nästan helt lagts över på sjuksköterskorna. Figuren visar också att läkarna inte börjat utföra *nursing*. Det betyder att det framförallt är sjuksköterskornas arbetsuppgifter som ökat i såväl antal som i områden. Trots att detta är en mycket förenklad bild av omvårdnadskedjan och arbetsorganisationen, ger figuren en möjlighet att se hur olika delar av det vårdande arbetet kan kopplas till varandra. Det visar också tydligt att yrkeskategoriernas olika kunskaper är nödvändiga för att patienterna ska få en heltäckande vård.<sup>28</sup> Men det krävs mer än att arbetet fördelas mellan olika yrken för att vården ska fungera. Förutom att de olika vårdarbetena utförs av olika yrkeskategorier ska också vården kunna fungera kollektivt. Det kan vara planerandet av hur patienterna ska få hjälp med personlig hygien, medicingivning eller andra typer av behandlingar. Men vården kan också ske kollektivt, exempelvis kan operationssköterskor, läkare och narkospersonal samarbeta i en operationssituation. Då blir teamet basen för att det vårdande arbetet fungerar. Men när verksamheten förändras ändras också vården och

<sup>28</sup> Gardell & Gustafsson (1983) s 72ff.



personalens får ”nya” arbetsuppgifter samtidigt som tidigare uppgifter försvinner. Vad händer då med sjuksköterskeyrket när arbetet förändras?

#### *Sjuksköterskor, vårdarbete och könsarbetsdelning*

Vårdarbete har historiskt sett betraktats som ett kvinnligt kompetensområde. Kvinnorna har också dominerat i antal inom delar av omvårdnadssfären, exempelvis som sjuksköterskor, undersköterskor- och sjukvårdsbiträden. Läkaryrket har däremot varit ett manligt yrke både vad gäller det kön som utgör majoriteten av yrkesgruppen och de egenskaper som kopplats till yrket.<sup>29</sup> Men i takt med att sjukhusvården genomgått stora förändringar har också de olika yrkenas arbetsuppgifter förändrats. Frågan är om detta också påverkat de olika vårdyrkenas könskoder? Ett sätt att studera detta är att jämföra andelen kvinnor och män inom olika yrkeskategorier.

*Tabell 1: Andelen män i olika omvårdnadsyrken 1980-1997 i %*

	1980	1985	1990	1995	1997
<b>Läkare</b>	74	69	67	63	61
<b>Tekniker och ingenjörer</b>	96	96	95	90	86
<b>Administrativa sjuksköterskor</b>	7	9	10	10	..
<b>Sjuksköterskor</b>	5	6	8	8	..
<b>Undersköterskor</b>	2	3	5	5	5
<b>Sjukvårdsbiträden</b>	0,2	7	12	11	14

*Anm.* Uppgifterna för administrativa sjuksköterskor och för sjuksköterskor ändrade statistisk redovisningsform året 1997, varför siffror saknas för detta år.

**Källa:** *Socialstyrelsen Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok* 1987/88, 1990, 1995, 1998.

Tabell 1 visar att andelen män är högst när det gäller läkare och tekniker. Även om männen fortfarande dominerar som såväl läkare som tekniker, har kvinnornas andel inom dessa grupper ökat över tid. Detta kan tyda på att en feminiseringsprocess är inledd inom de två yrkena. Att kvinnor börjat arbeta som läkare i större utsträckning än tidigare kan bero på att det finns delar i läkarnas arbetsuppgifter som befinner sig

<sup>29</sup> Se Åsa Andersson i denna volym.

nära den patientnära vården inom vilken kvinnor alltid varit i majoritet.<sup>30</sup> Att en feminiseringsprocess har inletts inom läkaryrket kan därför vara kopplat till yrkets olika arbetsuppgifter och var i verksamheten läkarna arbetar.

För sjukvårdsbiträdena har utvecklingen varit den omvända, där har andelen män ökat. En förklaring till detta kan vara nedläggningen av de svenska mentalsjukhusen under 1980-talet, där män som arbetade som skötare var i majoritet. Arbetsuppgifterna, omvårdnaden och personalen övergick då till den somatiska sjukhusvården, och delar av den tidigare mentalvården förändrades till verksamheter där skötarna kom att arbeta som sjukvårdsbiträden. Trots den snabba ökningen av män som sjukvårdsbiträden är det utifrån denna verksamhetsmässiga förändring därför tveksamt om sjukvårdsbiträdesyrket kan sägas ha genomgått en maskuliniseringsprocess.

Inom sjuksköterskeyrket är den kvinnliga dominansen fortfarande mycket stor. Det visar sig dock att de män som arbetar som sjuksköterskor är verksamma på de administrativa posterna och tjänstebefattningarna. Detta betyder att många av männen som arbetar som sjuksköterskor är överordnade majoriteten av de kvinnliga sjuksköterskorna. Håller då sjuksköterskeyrket på att maskuliniseras enbart på de högre tjänstebefattningarna? Nej man kan inte påstå att det sker en maskuliniseringsprocess av yrket. Förändringarna tyder istället på att yrket håller på att dualiseras – att sjuksköterskearbetet tenderar att delas upp mellan ”chefsarbete” och omvårdande arbete. Detta har också skapat möjligheter för en mängd kvinnliga sjuksköterskor att få chefsbefattningar. Samtidigt finns det få män på golvet som arbetar som omvårdande sjuksköterskor.

Ovan har vi sett att *nursing* är sjuksköterskornas främsta arbetsuppgift. Det innebär i praktiken att arbetet innehåller uppgifterna vård, utbildning, arbetsledning och utveckling.<sup>31</sup> Men ingen av dessa uppgifter säger någonting om vad sjuksköterskorna faktiskt gör i det vårdande arbetet. En sjuksköterskas arbete skiljer sig åt mellan till exempel operation-, onkologi-, kirurgi- och geriatrik.<sup>32</sup> Sjuksköterskearbetet är därför ett arbete som utförs på olika sätt i olika vårdspecialiteter. Det innebär att förutom att sjuksköterskearbetet är horisontellt

---

<sup>30</sup> Bohm (1972).

<sup>31</sup> Andersson (1988) s 19.

<sup>32</sup> Sjuksköterskor inom dessa specialistområden har också olika utbildningar. Alla sköterskor som arbetar inom någon form av specialistfält måste därför ha specialistkompetens inom just sitt område.

indelad i olika uppgifter vid olika vårdspecialiteter är yrket dessutom vertikalt indelat i olika ansvarsområden. Sjuksköterskeyrkets vertikala indelning omfattar arbetsuppgifter som klinikföreståndare, administratör och avdelningsföreståndare eller chefssjuksköterska och biträdande avdelningsföreståndare eller sektionsledare och sjuksköterska med specialistkompetens eller sjuksköterska i omvårdnad med mera.<sup>33</sup>

Denna hierarkiska indelning av sjuksköterskeyrket innebär förutom att arbetsuppgifterna skiljer sig åt mellan de olika nivåerna också att avståndet till patienterna blir längre ju högre upp i systemet man kommer. Dualiseringen innehåller två parallella processer: en vertikal uppdelning mellan personalledande arbete och vårdande arbete, samt en horisontell uppdelning mellan olika vårdspecialiteter.

Var arbetar då kvinnor respektive män när de arbetar som sjuksköterskor? Trots alla de förändringar som skett under 1990-talet är sjuksköterskeyrket fortfarande dominerat av kvinnor, vilka utgör 90 procent. Men när män arbetar som sjuksköterskor gör de det främst som klinikföreståndare där drygt 13 procent är män till skillnad från sjuksköterskor inom övrig vård där männens andel endast är 4 procent. Ett tydligt exempel på att männens andel minskar ju längre från den specialiserade vården man kommer är inom skolsköterskeyrket där endas 2 procent av de yrkesarbetande är män. Det finns med andra ord tendenser på en påbörjad maskuliniseringsprocess i de delar av sjuksköterskeyrket som befinner sig en bit från den direkta patientvården.

Detta mönster framträder även inom läkaryrket där drygt 81 procent ledningsansvariga läkare och chefsöverläkare är män. Inom gruppen icke specialistkompetenta läkare är männens andel 51 procent. Det blir ännu tydligare inom gruppen företagsläkare och skolläkare där männens andel endast är 46 procent. Såväl den horisontella som den vertikala könsindelningen visar sig inom dessa båda yrken och männen tenderar att arbeta inom chefspositioner av olika slag. Kvinnorna är därmed underordnade männen även inom sjukvården trots att de har den professionella utbildning som krävs i yrket. Men detta tyder också på att de två yrkena genomgår förändringar beträffande deras ursprungliga könskoder.

---

<sup>33</sup>Följande avsnitt bygger på data hämtade från *Medicinsk faktadatabas –MARS*. <http://www.sos.se/mars> tabell 2.17: ”Landstingsanställd sjukukvårdspersonal efter befattningsgrupp och anställningsform per den 1 november 1995”. Nedladdat, 2001-05-21.

Tittar vi på de övriga vårdarbetena är det till exempel endast 4 procent män som arbetar som undersköterskor och då arbetar de dagtid. De män som arbetar som undersköterskor på natten är endast 3 procent. Inom sjukvårdsbiträdesyrket är den manliga andelen 9 procent dagtid och 4 procent nattetid. Det tyder på att männen finns inom vissa mindre kvalificerade omvårdnadsyrken men då arbetar de främst på dagen. Konstateras kan att vårdarbetets innehåll och status i vårdorganisationen har en mycket stor betydelse för männens representation. Här får slutligen barnsköterskeyrket visa detta inom vilket endas 0,8 procent män arbetar.

Här kan den tekniska utvecklingen till viss del förklara könsskillnaderna mellan olika typer av sjuksköterskeuppgifter. När den svenska sjukvården ”moderniserades” under 1980-talet blev avancerad medicinsk teknik en viktig del i processen. Detta ändrade vårdens organisation och innehåll men också arbetsuppgifterna i det traditionella sjuksköterskearbetet.<sup>34</sup> Arbetsuppgifternas förändring kom att påverka relationerna mellan olika yrkeskategorier. Detta har också påverkat relationerna mellan olika delar i vårdarbetet och därmed även interaktionen mellan olika yrkeskategorier.

Från personalens sida ser man det som att det är ”...högre status att arbeta som undersköterska på ortopedien jämfört med medicin och det är mer status att arbeta som sjuksköterska på thoraxkliniken än på kvinnokliniken. Den lägsta statusen får sjukvårdsbiträdet på åldringsvården. Genomgående så är det finare ju längre bort man befinner sig från patienten. Det finaste är att arbeta med patienten när denna är sövd.”<sup>35</sup>

Denna utveckling förstärker också statusskillnaderna mellan olika typer av sjuksköterskearbeten. De arbeten som kopplas till teknik får en högre status än de vårdarbeten som sker nära patienten.<sup>36</sup> Att sjuksköterskeyrket diversifierats påverkar också var i hierarkin män väljer att arbeta, till exempel som operationssjuksköterskor; nära tekniken och med sovande patienter.<sup>37</sup>

Men att vårdyrken ändrat könsskodning präglar även läkaryrket där de flesta kvinnliga läkare befinner sig inom omvårdnadsformer på en lägre statusnivå än vad

---

<sup>34</sup> SOU 1994:86. *Teknologi och vårdkonsumtion inom slutenvård 1981-2000.*

<sup>35</sup> Robertsson & Pingel (1996a), s 42.

<sup>36</sup> Robertsson & Pingel (1996c) s 10ff.

<sup>37</sup> Strömberg (2000).

de manliga gör.<sup>38</sup> Den verksamhetsmässiga förändring som sker i vården förstärker på detta sätt den redan rådande könsarbetsdelningen inom sjukvården. De pågående maskuliniserings- och feminiseringsprocesserna inom sjukvården leder också till en omvärdering av själva omvårdnadsarbetets innehåll. För att vi i framtiden ska förstå relationen mellan teknik, vård och könsarbetsdelning är det därför viktigt att undersöka vad den tekniska utvecklingen redan betytt för sjukvården och på vilket sätt detta förändrat olika vårdarbetens status i hierarkin.

Ytterligare en utvecklingstendens är att sjukvårdens förändring påminner mycket om den förändring som tidigare skett inom industrin. I industrin innebar teknisk utveckling ofta att tekniskt avancerade arbeten avsattes för männen och att kvinnors arbeten skedde vid sidan av tekniken eller med ”enklare” teknik som ej krävde specialistkunskaper.<sup>39</sup> För kvinnorna innebar detta att deras arbeten ofta var styrda av vad tekniken inte klarade av, och deras arbete blev därmed underordnade vad maskinen kunde göra. De manliga arbetena var friare men de var också högre i hierarkin än vad de kvinnliga arbetena var.<sup>40</sup> I sjukvården är det emellertid inom ett traditionellt kvinnligt arbete som denna utveckling sker – sjuksköterskornas. Det blir med den kunskapen extra angeläget att undersöka om tekniskt avancerade vårdarbeten i framtiden också kommer att bli manliga arbeten.

I sjukvården liksom i övriga samhället är det viktigt att uppmärksamma att teknisk utveckling inte alltid är en snabb process som förändrar arbeten och arbetsuppgifter över en natt. Teknikens effekter är ofta osynliga, och visar sig genom förändrade organisatoriska strukturer inom vilka människor verkar och arbetar.<sup>41</sup> Det är också viktigt att komma ihåg att teknisk utveckling påverkar oss människor på många sätt och sakta socialiserar tekniken in oss i ett tänkande där teknik finns med som viktiga men också osynliga inslag. Ett exempel på detta är hur vi människor anpassat våra liv efter användandet av telefonen och TV:n, vilka stegvis ändrat vanor och beteenden i vardagen.<sup>42</sup> Men teknik förändrar inte enbart människors sätt att

---

<sup>38</sup> *Kvinnor och män i landstingen 1998*. Landstingsförbundet 1998. Denna undersökning visar att drygt 80 procent av de anställda inom landstingen är kvinnor. Kvinnor och män befinner sig emellertid inom olika yrken i sjukvården. Män är oftare läkare och tekniker medan kvinnor dominerar sjuksköterskeyrket och andra liknande omvårdnadsarbeten. Kvinnor arbetar i större utsträckning också deltid.

<sup>39</sup> Sommestad (1992).

<sup>40</sup> Wikander (1988).

<sup>41</sup> Wajcman (1991).

<sup>42</sup> Martin (1998).

agera och handla. Det påverkar även våra värderingar och synsätt på hur samhället ska vara uppbyggt och fungera.<sup>43</sup> I sjukvården kan detta illustreras genom diagnostisering av hjärtverksamhet hos patienter som för många idag nästan skulle ses som omöjlig utan att använda moderna EKG-apparater. I detta exempel är apparaten den synliga och tydliga förändringen av ett arbete där man tidigare använde stetoskop. Men att de som använder tekniken fått nya arbetsuppgifter, nya positioner i organisationen och att de behöver nya kunskaper i sitt arbete är osynligare effekter.<sup>44</sup> En orsak till att teknikens osynliga effekter inte uppmärksammas i lika stor utsträckning som olika apparaters kan vara att de osynliga effekterna är ”inbäddade” i organisationens förändring. Det betyder också att det är svårt att dra en gräns mellan vad som är effekter av införandet av teknik och vad som är resultatet av förändrade arbetsrutiner. Men genom att studera hur arbeten i vården könskodats får arbetsuppgifterna i vården också olika status. För det första visar vårdarbetets förändring att det sker en process där manligt och kvinnligt förändras över tid. För det andra kan manligt och kvinnligt arbete i vården kopplas till graden av teknik i arbetsuppgifterna och avståndet till patienterna. Här underordnas kvinnor generellt sett fortfarande männen i arbetsorganisationen genom att de fortsätter arbeta i den patientnära vården.

Pågår det då en maskuliniseringsprocess inom sjuksköterskeyrket? Det är svårt att svara på idag, konstateras kan dock att ju högre upp i sjuksköterskornas yrkeshierarki arbetena finns, ju högre är också andelen män som arbetar. Inom sjuksköterskeyrket dominerar fortfarande kvinnorna men när män väljer att arbeta som sjuksköterskor gör de det som ”expeditionssköterskor”. Detta tyder på en dualisering av sjuksköterskeyrket. Detta har förstärkt den vertikala könsdelningen samtidigt som även den horisontella könsindelningen har blivit tydligare. Om detta är en påbörjad maskuliniseringsprocess inom delar av sjuksköterskearbetet återstår att se. Men en slutsats kan dock dras – att männen kommit in i ett tidigare kvinnodominerat arbete har inte inneburit att kvinnor och män arbetar med samma saker i vården. Dessa förändringar reser också frågor som vad händer nu när sjuksköterskornas individuella lönesättning genomförts. Kommer detta att ytterligare förstärka statuskillnaderna mellan sjuksköterskor inne på ”expeditionen” och

---

<sup>43</sup> MacKenzie & Wajcman (1985).

<sup>44</sup> För en liknande diskussion, se Berner (1996) s 16.

sjuusköterskor ”ute på avdelningen”? Kommer samma processer som redan skett inom industrin att påverka hur omvårdnadsarbetet organiseras och rutiniseras? Är det då sjuusköterskorna som yrkesgrupp som kommer att uppleva de största förändringarna i sitt/sina arbeten? Det kanske också är dags att diskutera vad *nursing* egentligen är och om det faktiskt är sjuusköterskornas främsta arbetsuppgift? Yrkets diversifiering tyder på att ledarrollen och chefskapet är lika viktiga kunskapsområden i sköterskeyrket som vad omvårdnad är. Det finns med andra ord många och obesvarade frågor om vad som sker i vården och hur detta påverkar olika vårddyrken. Dessa frågor är alla väl värda att diskutera och studera i framtiden.

## Telemedicin - ytterligare en maskin som säger pling?

*Henrik Linderoth*

### Inledning

"*The machine that goes bing*" är en bekant replik för alla som kommer ihåg Monty Python. Repliken kommer från en sketch som utspelas på en förlossningsavdelning, där den senast inköpta apparaten endast har till uppgift att säga "pling". Denna fascination för nya tekniska prylar torde inte vara obekant för de Monty Python fans som även är intresserade av att studera ny teknik inom hälso- och sjukvården. Frågan blir då om telemedicintekniken endast kommer att vara en symbol för teknisk utveckling, eller kommer den att användas som ett kraftfullt verktyg i den dagliga verksamheten i sjukvården?

Under 1990-talet har det knutits stora förhoppningar till att informationstekniken (IT) skall lösa diverse problem i samhället. Det påstås att vi står inför lika stora samhällsförändringar som när bondesamhället övergick i industrisamhället och att IT kan ses som en hävstång för framväxten av en ny samhällsformation.<sup>1</sup> Sjukvården var till en början inte lika snabb som andra organisationer att "hänga på IT-vågen". Trots påstådda fördelar har sjukvården till en början varit långsam med att ta till sig olika IT-lösningar, trots att sjukvården är mycket informationsintensiv på alla nivåer.<sup>2</sup> Däremot har ny teknik inom det medicinska området ofta snabbt blivit införd.<sup>3</sup> Under de senaste åren har emellertid intresset för IT och telemedicin ökat inom sjukvården, vilket bland annat kan avläsas i antalet telemedicinprojekt som är på gång inom olika landsting, ökande deltagarantal på konferenser om telemedicin, samt ett ökat intresse för telemedicin i olika media.<sup>4</sup> Det ökade intresset kan ur ett perspektiv vara ett resultat av den ökade fokuseringen på IT-frågor i samhällsdebatten under senare år. Ur ett annat perspektiv kan telemedicinen ses som ett potentiellt verktyg för att delvis komma till rätta med landstingens försämrade ekonomi.

---

<sup>1</sup> Beckman (1995).

<sup>2</sup> Gammon (1993), Utbult (1994).

<sup>3</sup> Utbult (1994), Gammon (1993), Nymo (1993), Brophy & Souder (1992), Lumsdon (1992), Young (1987).

<sup>4</sup> *Telemedicin i Sverige* (1996), Linderoth (1996b).



En berättigad frågeställning är dock om de förhoppningar som knyts till telemedicintekniken kommer att infrias? Att investeringar i IT-teknik inte automatiskt leder till positiva effekter för en organisation är ett välkänt faktum.<sup>5</sup> En förutsättning för att de förhoppningar som riktas mot telemedicintekniken skall realiseras, är att tekniken sprids och börjar användas. En än viktigare förutsättning är att teknikanvändarna inser vikten av att förändra rutiner för hur arbetsuppgifter organiseras, för att man skall kunna dra nytta av telemedicinens eventuella fördelar.<sup>6</sup> Exempelvis hävdar Danielsen och Nymo att telemedicinen inte främst skall ses som ett verktyg som skall användas för att utföra arbetsuppgifter på ett snabbare och mera effektivt sätt. Den verkliga utmaningen för sjukvården ligger i att tänka i nya banor och i att finna samarbetsformer bortom de administrativa begränsningarna, för att på så sätt hitta nya arbetsrutiner och därmed även kunna tillhandahålla nya tjänster.<sup>7</sup> Mot denna bakgrund är syftet med denna text att diskutera införandet av telemedicinteknik från ett innovationsspridningsperspektiv och ett aktörsnätverksperspektiv.

Detta ska diskuteras utifrån några fallstudier. Gemensamt för de studerade fallen är telemedicinprojekten har haft en relativt god förankring i verksamheten, eftersom läkarna har hört till de mera centrala aktörerna. I Norrbotten och Jämtland har teleradiologi studerats. Tekniken går här i korthet ut på att röntgenbilder kan direktöverföras via telenätet mellan vårdcentraler och sjukhus, eller mellan olika sjukhus. Röntgenbilden *scannas* in och digitaliseras i en *scanner* på till exempel en vårdcentral. På sjukhuset får sedan radiologen upp bilden på en monitor och kan sedan antingen ringa eller skriva tillbaka ett svar. I Norrbotten överförs samtliga röntgenbilder från två vårdcentraler till sjukhuset i Gällivare, medan man i Jämtland ännu så länge endast sänder sk akuta bilder från fem vårdcentraler till sjukhuset i Östersund. En akut frågeställning kan till exempel handla om hur en fraktur skall behandlas, kan patienten behandlas på vårdcentralen eller skall patienten sändas till sjukhuset? Från sjukhusen i Gällivare och Östersund finns det i sin tur en förbindelse med universitetssjukhuset i Umeå. När studien utfördes var man på gång att digitalisera röntgenavdelningen i Gällivare. Detta innebär att den traditionella utrustningen ersätts med digital utrustning, vilket medför att röntgenfilmen

---

<sup>5</sup> Olve & Vestin (1996), Quinn & Baily (1994).

<sup>6</sup> Schnitt (1993), Hays & Jaikumar (1988).

<sup>7</sup> Danielsen (1993) och Nymo (1993).

försvinner och bilderna kan istället granskas på en monitor. I takt med att röntgenavdelningar digitaliseras så kommer det i det längre perspektivet inte att vara nödvändigt att skaffa speciell utrustning för att överföra röntgenbilder, som nu har varit fallet. I Gällivare talar man om vårdcentralerna i Jokkmokk och Pajala som de femte och sjätte röntgen laboratoriet vid sjukhuset eftersom det tekniskt sett inte spelar någon roll att de ligger 10-15 mil bort.

Det tredje landstinget som studerats är Västerbotten där två olika tillämpningsområden har undersökts. Det första gäller distanskonsultationer via ett videokonferenssystem inom specialiteterna öron, näs och hals, hud och ortopedi. Kommunikationen sker mellan två vårdcentraler, ett länsdelssjukhus, samt universitetssjukhuset i Umeå. Specialisterna i Umeå skall bland annat kunna följa och styra undersökningar av patienter inom de utvalda specialiteterna, genom att rörliga- eller stillbilder överförs. Konsultationerna är tänka att genomföras akut, eller planerat. I akutfallet är det tänkt att distriktsläkaren skall kunna konsultera specialisten direkt när en patient dyker upp med en åkomma som distriktsläkaren vill ha mera information om. Vid den planerade konsultationen får patienten däremot komma tillbaka för ett återbesök.

De planerade konsultationerna genomförs i de fall när patientens åkomma inte är värre än att det går att återkomma inom en till två veckor. Vid konsultationer mot hudklinken kommer det till en början att endast vara aktuellt med planerade konsultationer, eftersom det inte finns någon utrustning på hudkliniken. Undersökningar inom öron, näs och hals genomförs av distriktsläkaren på vårdcentralen och via instrument (lämpliga för respektive undersökning) som är anslutna till videokonferenssystemet, kan specialisten i Umeå följa och styra undersökningen genom att instruera distriktsläkaren. Vid både akuta och planerade konsultationer förväntar man sig att kunna undvika att remittera patienterna vidare till sjukhuset, utan i stället avsluta behandlingen av patienten vid vårdcentralen. Ytterligare en effekt av konsultationerna som aktörerna hoppas på är att det skall ske en utveckling av distriktsläkarnas kompetens.

Det andra tillämpningsområdet är telepatologi/telectylogi. Tekniken innebär att bilder på patologiska- och cytologiska prover i olika former kan överföras från sjukhuset i Skellefteå till universitetssjukhuset i Umeå. Proverna kan sedan studeras av patologer och cytologer i Umeå via ett fjärrstyrt mikroskop. En tillämpning är om en kirurg, eller gynekolog, som opererar en patient vill ha besked under pågående

operation om till exempel en tumör är elakartad, eller hur radikalt ett ingrepp skall göras. Genom möjligheten att få ett snabb svar på ett fryssnitt slipper man att operera patienten två gånger på grund av att man måste vänta på ett patologsvar i en eller flera dagar. Ytterligare ett tillämpningsområde är så kallade patologkonferenser. Detta innebär att om kirurgen, eller gynekologen har fått provsvar som man vill diskutera ytterligare, kan man anmäla detta till en patologkonferens. Genom konferenserna förväntar man sig även att få ett bättre utbyte av information, varvid det blir möjligt att behandla patienten på ett effektivare sätt. Innan resultaten behandlas närmare, ska begreppen spridning och implementering diskuteras.

## Spridning och implementering – två sidor av samma mynt

Begreppen spridning och implementering<sup>8</sup> kan sägas vara två sidor av samma mynt när begreppen tillämpas på organisationer. För att en innovation skall spridas till organisationer måste den också implementeras i dessa organisationer. I teleradiologifallen kan implementeringen ses som framgångsrik i det avseendet att projekten från början kunde betraktas som en typ av försöksverksamhet som fallit väl ut och sedan integrerats i de dagliga rutinerna. I Västerbotten kan implementeringen ses som framgångsrik i vissa lokala miljöer, eftersom telemedicin användningen där ses som en del i rutinerna. Medan i andra lokala miljöer har användningen varit högst sporadisk.

Men varför har tekniken accepterats i de lokala miljöer där den har kommit att bli en del av verksamheten? Rogers har visat på fem egenskaper en innovation skall ha för att spridas.<sup>9</sup> Dessa egenskaper är relativ fördel, kompatibilitet, komplexitet, provbarhet och observerbarhet. Det har dock i empiriska studier varit svårt att skilja ut de fem egenskaperna.<sup>10</sup> De två egenskaperna relativ fördel och kompatibilitet är de som brukar falla ut som de mest betydelsefulla i studier av innovationsspridning. Men som kommer att framgå är de intimt sammankopplade, varför diskussionen om dessa två egenskapers betydelse för innovationsspridningen kommer att ske gemensamt.

---

<sup>8</sup> Implementering kan beskrivas som alla de aktiviteter och processer som vidtas för att institutionalisera tekniken som en stabil del av organisationen, se till exempel Ettlie (1984), Lucas (1991), Tornatzky & Johnson (1992).

<sup>9</sup> Rogers (1983).

<sup>10</sup> Junghagen (1998), More & Benbazat (1991).

Relativ fördel innebär att den presumtive användaren av en innovation just måste uppleva en relativ fördel av att använda innovationen. Graden av relativ fördel kan mätas i ekonomiska termer, men även faktorer som berör social prestige, lämplighet och tillfredsställelse är viktiga komponenter. Det spelar ingen roll om en innovation har en stor ”objektiv” fördel, det viktiga är den individuellt upplevda fördelen. Ju större en upplevd relativ fördel är, desto högre blir adoptionsgraden. Kompatibilitet, innebär i vilken grad en innovation upplevs vara konsistent med existerande system och värderingar som finns i organisationen. För en idé som inte är kompatibel med existerande värden och normer i en organisation kommer adoptionen att gå långsamt.<sup>11</sup> Indirekt framgår det i beskrivningen av de båda egenskaperna att dessa är intimt sammankopplade. Den relativa fördelen som upplevs av en innovation inom en grupp, påverkas sannolikt i hög grad om den är kompatibel med gällande normer inom gruppen.

Den grupp som har varit mest positiv till teleradiologin är röntgensköterskorna. Detta gäller speciellt i de fall när man sänder samtliga röntgenbilder. En av dessa fördelar är upplevelsen av en minskad isolering i och med kontakten med sjukhuset. Eller: *”...att man inte känner sig som en röntgenassistent ute i bushen någonstans”*, som en röntgensköterska uttryckte sig. Även läkaren vid vårdcentralen upplever en relativ fördel av teleradiologin, i och med att de får en snabbare återkoppling på sina förfrågningar. Däremot är de relativa fördelarna för röntgenläkarna som tar emot bilden på sjukhuset inte speciellt tydliga, när man får in bilder från en vårdcentral. Fördelarna synliggörs först när man till exempel vänder sig till universitetssjukhuset för konsultation. Att fördelarna med en innovation är situationsberoende framgår tydligt i Västerbottenfallet. Vid en vårdcentral har allmänläkarna sett fördelarna, men eftersom de upplever en tidsbrist på grund av underbemanning, har de inte upplevt någon förbättring av den egna situationen när de använder telemedicin. De har snarare upplevt att ytterligare ett moment har tillkommit som upptar deras tid, bland annat eftersom det i vissa fall har varit svårt att få tag på specialisten.

En aspekt av kompatibiliteten är att användningen av tekniken innebär att arbetsuppgifter kommer att kunna lösas på nya sätt, som är mer eller mindre förenliga med rådande normer och värderingar i organisationen. I situationer där ett nytt arbetssätt accepteras, kan en förklaring vara att alla känner igen sig, trots att

---

<sup>11</sup> Rogers (1983).

mediet för aktiviteten är nytt.<sup>12</sup> Om vi gör en koppling till fallen i Västerbotten, så har detta varit tydligt i fallet med telepatologiska konferenser. Kirurger, gynekologer och patologer känner igen situationen, eftersom de har tidigare erfarenhet av liknande konferenser. Men problemet i detta sammanhang är att det krävs förändringar i tanke- och arbetssätt för att organisationen skall kunna utnyttja IT på ett innovativt sätt, vilket kan stöta på motstånd från de inblandade parterna.<sup>13</sup> Detta har framgått tydligt i Västerbotten, där några läkare ser att arbetet skulle kunna effektiviseras om man med telemedicinens hjälp kunde lösa så mycket som möjligt vid vårdcentralerna. Detta är dock en kontroversiell idé, eftersom en del allmänläkare tycker att de redan idag har tillräckligt med arbete och en del specialister är skeptiska till att släppa ifrån sig vissa uppgifter. Just specialisterna har i tidigare studier identifierats som en nyckelgrupp som måste acceptera telemedicinanvändningen för att tekniken skall nå en vidare spridning.<sup>14</sup>

Vad är det då som påverkar om specialisterna har en positiv inställning eller ej? Under intervjuerna har det framgått att specialisterna måste se tekniken i ett vidare sammanhang, inte bara något som bryter de invanda rutinerna och skapar mera arbete. Om sjukvården betraktas som ett tjänsteproduktionssystem, så är till exempel en av radiologernas huvuduppgifter är att granska röntgenbilder, för att kunna ge allmänläkare och andra läkare råd som skall resultera i att patienten får en adekvat behandling.<sup>15</sup> Med hjälp av teleradiologin kan dessa råd förmedlas på ett snabbare sätt till allmänläkaren, vilket kan innebära att patienten får rätt behandling redan på vårdcentralen och därmed upplever en högre kvalitet på sjukvårdstjänsten. Detta innebär att de specialister som ser tekniken som ett verktyg för att höja patientens kvalitetsupplevelse och bidra till att öka distriktsläkarens kompetens, har lättare att acceptera tekniken och se de relativa fördelarna. Eftersom dessa då är kompatibla med den syn som specialisten har på sin roll i verksamheten.

När de egenskaper studeras, som en innovation skall ha för att spridas, är det viktigt att komma ihåg att de personer som beslutar om att införa en ny teknik i organisationen, sällan de som sedan skall använda tekniken.<sup>16</sup> Detta innebär att beslutsfattare, respektive användare kan ha vitt skilda åsikter om relativa fördelar och

---

<sup>12</sup> Linderoth (1996a).

<sup>13</sup> Hayes & Jaikumar (1988).

<sup>14</sup> Gammon (1993).

<sup>15</sup> Grönroos (1994).

kompatibilitet. Med anledning av detta förhållande är det viktigt att även se införandet av en ny teknik i en organisation som en process. Implementering av IT har beskrivits som en process bestående av olika steg: från första idén om att en IT-applikation kan lösa ett problem, till det att IT-applikationen är införlivad i organisationen och har förbättrat den organisatoriska effektiviteten.<sup>17</sup> Anledningen till att intresset också riktas mot vad sker före ett beslut tas om att genomföra ett projekt, är att problem som uppstår i ett sent skede av implementeringen kan ha sitt ursprung i ett tidigare stadium.<sup>18</sup> Dessutom kan de faktorer som påverkar processens förlopp förändras med tiden. De faser som beskrivs i modellen är initiering, adoption, adaptation, acceptans, rutinisering och infusion, där de tre sistnämnda faserna kan även uppträda parallellt, lika väl som sekventiellt.

De faser som är intressanta ur ett innovationsspridningsperspektiv är adoption och acceptans, eftersom det är i dessa faser som beslutsfattare, respektive användare tar till sig idén om innovationen. Adoptionsfasen beskrivs som att rationella och "politiska" förhandlingar sker för att få organisationens stöd för implementering av IT-applikationen, varefter ett beslut fattas om att avsätta resurser för implementeringen.<sup>19</sup> Acceptansfasen inträder när organisationens medlemmar förmås medverka i användningen av IT-applikationen så att denna kan användas i organisationens arbete. Huruvida en acceptans erhålls bland användarna är dock även beroende av hur adaptationen har skett. Adaptationen handlar om att utveckla och förändra processer i organisationen, samt att träna användarna i både de nya processerna och i att använda tekniken. Telepatologiprojektet i Västerbotten är ett bra exempel på hur användarna tränade in de rutiner som krävdes för att den nya processen skulle fungera. Konkret innebar detta att de laboratorieassistenter som skulle fungera som ett led mellan den opererande kirurgen och patologen, utbildades i att preparera det fryssnitt som patologen skall granska via det fjärrstyrda mikroskopet. Förutom utbildningen av laboratorieassistenter, har även ett arbetsschema utformats för processen, där det klart framgår vilka moment respektive person skall utföra.

---

<sup>16</sup> Ramiller (1994).

<sup>17</sup> Kwon & Zmud (1987), Cooper & Zmud (1990).

<sup>18</sup> Ginzberg (1978).

<sup>19</sup> Cooper & Zmud (1990).

Men en anpassning av rutiner utgör endast en av grunderna för en eventuell acceptans. Det finns andra faktorer som påverkar acceptansen till exempel om användaren anser att tekniken gör arbetet effektivare, samt vilken upplevelse av arbetet och känsla av professionalism den nya tekniken ger.<sup>20</sup> Som framgått tidigare så upplevde läkarna vid en vårdcentral i Västerbotten att telemedicinen inte gjorde deras arbete effektivare, varför användningsfrekvensen också var låg. Dock konstaterade de att varje genomförd konsultation har fungerat som ett tillfälle för kompetensutveckling. Röntgensköterskorna i Norrbotten har både upplevt en ökad professionalism, samt en ökad effektivitet i arbetet när man började sända alla bilder.

En röntgensköterska i Pajala, beskriver detta: *“Då vi bara skickade akuta bilder var det nästan som en sak jag bara gjorde ibland, det var inte så intressant heller kände jag. Jag fick ändå skicka bilderna per post. Men när man bestämt att vi enbart skulle sända via teleradiologi blev det bättre, mycket bättre!”*

Tidigare beskrevs specialistens syn på sin roll inom sjukvården som en faktor som kunde påverka om han/hon accepterade telemedicinen eller ej. Men det finns ett grundläggande kriterium som inte kan förbigås, nämligen vilket kvalitet specialisterna upplever på de överförda bilderna. Detta har i samtliga fall varit det grundläggande kriteriet för att tekniken överhuvudtaget skall ha en möjlighet att bli accepterad. En röntgenläkare i Östersund pekade på att bildkvaliteten under åren hade förbättrats avsevärt, allt eftersom teleradiologiutrustningen utvecklats: *“Kvaliteten har blivit bättre på bilderna och utrustningen. Den är snabbare och lättare att hantera. När vi hade den första utrustningen hade man en känsla att det fanns något mer i själva bilden, man ville ta ut den ur skärmen och vrida och vända på den. Man hade inte den rätta bildkänslan i början. Men nu, med det här systemet, har man känslan av att det som finns i bilden det ser man, det som finns i patienten det ser man. Man har aldrig den där känslan att bilden inte räcker till. Tvärtom kan vi bearbeta bilden och få fram mer än vi ser på en vanlig röntgenbild.”*

Om vi backar tillbaka i implementeringsprocessen och ser på varför ett beslut fattades om att starta projektet, så är inte skillnaderna så stora mellan argumenten för adoptionen respektive acceptansen. Huvudorsaken till detta är troligen att det har funnits representanter med från verksamheten från och med de allra tidigaste skedena. I alla de studerade fallen har läkare och i vissa fall även sköterskor funnits

---

<sup>20</sup> Ramiller (1994).

med i planeringsfasen, vilket innebär att det skett en viss anpassning av tekniken till verksamheten redan från början. Om vi ser på ett av de starkaste argumenten för att starta projekten, så har det varit patientservicen. Chefsöverläkaren på radiologiavdelningen i Gällivare sade bland annat detta på frågan varför ett beslut togs om att starta projektet: *“Naturligtvis skall man inte heller glömma att behovet upplevdes som synnerligen behjärtansvärt. Att så radikalt förbättra servicen för så många som bor långt bort, det tror jag gjorde att det kändes väldigt motiverande att göra det.”*

Argumentet att telemedicin kan förbättra patientservicen är ett av de mest förekommande för att ett beslut skall tas om att avsätta medel för telemedicinprojekten. Andra tunga argument är att teknikanvändningen kan möjliggöra en kompetenshöjning bland läkarna, samt att det även finns möjligheter att sänka landstingets kostnader, bland annat genom strukturella förändringar. Samtliga dessa argument kan sägas stämma väl överens med de värderingar som politiker och sjukhuschefer kan tänkas ha, vilket i sin tur påverkar de beslut som tas för att satsa på projekten.

Hittills har kompatibiliteten bara beskrivits ur ett socialt perspektiv. Men det kan vara så att det är den tekniska sidan av kompatibiliteten som både direkt och indirekt kommer att få en stor betydelse för spridningen av teleradiologin. Som situationen har sett ut fram till i dag så har användningen av teleradiologi medfört extra investeringar för sjukvården. Men i takt med att den digitala tekniken kommer in i radiologin och man lämnar filmhanteringen, så kan två saker inträffa som har att göra med den tekniska och sociala sidan av kompatibiliteten. För det första så kommer teleradiologi inte att kräva några stora extra investeringar, i och med att alla bilder blir digitala från början. För det andra så kommer läkare och övrig personal att vänja sig vid digitala bilder när filmerna försvinner. En bedömning är att steget till att använda teleradiologi inte kommer att uppfattas som lika stort som idag. Därför kan spridningen komma att gå snabbare, vilket även radiologerna i Östersund indirekt nämnde.

Nästa egenskap som påverkar en innovations spridning är komplexiteten, som innebär i vilken grad innovationen upplevs som svår att förstå och använda.<sup>21</sup> Komplexiteten hos en innovation har två sidor. Den första handlar om hur lätt det är

---

<sup>21</sup> Rogers (1983).



att använda en innovation. I de flesta fall säger de intervjuade att de inte haft några problem att lära sig använda den tekniska utrustningen. Men det finns dock ett undantag. Vid en av specialistavdelningarna vid universitetssjukhuset har ett relativt stort antal specialister varit involverade i att ta emot konsultationerna. Detta har medfört att det har gått relativt lång tid mellan användningstillfällena, varför specialisten har hunnit glömma bort det praktiska hanterandet. I början ledde detta till en motvillighet från specialisternas sida att ta en konsultation. Problemet är numera löst genom att en gipstekniker har utbildats i den praktiska hanteringen av utrustningen, vilket har reducerat specialisternas upplevda obehag av att inte behärska situationen.

Den andra sidan av komplexiteten handlar om syftet med en innovation är lätt att förstå. När det gäller teleradiologi så har det under intervjuerna framgått att syftet med att införa tekniken inte alltid har varit helt klart från början för de inblandade, utan det är först efter en tids användning som syftet har klarnat och man har sett fördelarna. När det gäller projekten i Västerbotten så har flertalet av de personer som ingått i projektgruppen sett och förstått fördelarna med telemedicinen. Däremot uppger några av de intervjuade att det krävs ett hårt arbete med att övertyga andra kollegor om telemedicinens fördelar.

Komplexiteten kan även i viss mån kopplas mot kompatibiliteten. Om en innovation inte är kompatibel med rådande normer och värderingar får detta till följd att de presumtiva användarna kanske överhuvudtaget inte uppmärksammar innovationen. Det måste således finnas en aktör som talar för innovationen i den miljö där den skall användas för att innovationen ska användas.

Provbarhet, innebär i vilken grad en innovation kan provas i begränsad skala. Om en innovation är provbar minskas osäkerheten hos individen som överväger adoption.<sup>22</sup> Provbarheten har också spelat en stor roll för inställningen till teleradiologin. I Norrbotten var flera radiologer kritiska i början, men svängde i sin uppfattning när de själva fick prova på att använda tekniken. Detsamma gäller även för gynekologerna vid ett av länsdelssjukhusen i Västerbotten. Från början hade de en avvaktande men öppen attityd till patologkonferenser via telemedicin, men efter att ha sett de första demonstrationerna av tekniken såg gynekologerna den potentiella nyttan med konferenserna.

---

<sup>22</sup> Ibid.

Observerbarhet, innebär att om resultatet av adoptionen av en innovation är synligt för andra potentiella användare påverkas spridningen positivt.<sup>23</sup> Om man i detta fall definierar andra potentiella användare som övriga sjukhus och vårdcentraler vilka inte använder telemedicintillämpningar, så är resultaten av telemedicinanvändningen inte speciellt synbara för dessa. Dock skulle det ökande intresset för telemedicin inom hälso- sjukvården delvis kunna förklaras av observerbarheten. Då handlar det inte om synliga effekter inom sjukvården, utan snarare om influenser från en vidare omgivning. Ett exempel på detta kan vara den uppmärksamhet som riktats mot IT i samhällsdebatten under 1990-talet, vilket diskuterades in inledningen av detta kapitel. Denna "IT-våg" kan vara en förklaring till det ökade intresset för telemedicin inom hälso- och sjukvården.

## Implementera inte IT-applikationen

Genomgången av de egenskaper en innovation skall ha för att spridas, samt exemplen från de studerade fallen, har gett vissa kunskaper om varför införandet av en ny teknik i en organisation utfaller mer eller mindre väl. Som tidigare nämnts kallas denna process för implementering, där sex faser kan identifierats. Dock kan de två sista, rutiniseringen och infusionen te sig något problematiska om vi ser till beskrivningen av implementering. Rutinisering kan beskrivas som att organisationens styrsystem är anpassat för att stödja användningen av IT-applikationen, samt att detta ses som en del av de normala aktiviteterna och inte är något som betraktas som extraordinärt.<sup>24</sup> Vidare definieras infusionen som: "*... the process of embedding IT deeply and comprehensively within managerial and organizational work systems, such that IT is used to its full potential to increase organizational effectiveness.*"<sup>25</sup>

I sin beskrivning av implementeringsprocessens faser hävdar dock Cooper & Zmud att de tre sista faserna, var av rutinisering och infusion är de två sista, kan äga rum parallellt, eller sekventiellt. Därmed antyds en lösning till hur den inbyggda motsättningen mellan rutinisering och infusion kan hanteras. Gutek ger ytterligare en utgångspunkt till att vi skall kunna inse att rutinisering och infusion inte behöver vara oförenliga när de hävdar att: "*...advanced IT consists of a set of loosely bundled*

---

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Cooper & Zmud (1990).

*capabilities that can be implemented in different ways.*<sup>26</sup> Men detta är inget som fortgår automatiskt. Det finns forskning som visat på att möjligheterna att anpassa teknik och organisation till varandra är som störst strax efter det att tekniken har införts och innan användningen har hunnit rutiniseras.<sup>27</sup> Vidare konstaterar Tyre & Orlikowski att praxis tenderar till att främja eller begränsa olika utvecklingsinriktningar av teknikanvändningen. Har ett beteendemönster i teknikanvändningen väl utvecklats, så kan detta vara både svårt och kostsamt att förändra.<sup>28</sup> Således kan vi av detta resonemang sluta oss till att rutinisering, eller rutiniserad användning av en IT-applikation bromsar upp eller avstannar infusionsprocessen. Det finns dock indicier på att rutinisering inte enbart är av ondo för infusionsprocessen. Dean hävdar att en rutiniserad användning av en teknik är nödvändig för en organisation, för att kunna inse möjligheten att sammankoppla arbetsflöden med teknikens hjälp.<sup>29</sup>

Ytterligare en motbild till rutiniseringens negativa inverkan på infusionsprocessen ges indirekt av Robey & Sahay som hävdar att: *“A gradual pace of technical change facilitates learning, which in turn dissolves potential resistance and encourages the development of useful applications.”*<sup>30</sup>

Mot bakgrund av denna diskussion kan det hävdas att implementeringsbegreppet kan vara användbart när komplexa IT-applikationer, så som telemedicin, studeras, om fokus ligger på rätt nivå. Istället för att fokusera på implementeringen av IT-applikationen i sig, skall intresset fokuseras på implementeringen av olika användningsområden för IT-applikationen. De begrepp som tidigare användes i detta kapitel för att beskriva olika faser i implementeringsprocessen kan nu appliceras på infusionsprocessen. Om vi betraktar implementeringen av olika användningsområden för IT-applikationen, i stället för att enbart se på implementeringen av IT-applikationen i sig, så kan implementeringsbegreppet och de termer som används för att beskriva implementeringsprocessen, bli användbara för en beskrivning av infusionsprocessen. Infusionsprocessen kan, om implementeringen av IT-applikationens

---

<sup>25</sup> Saga (1994).

<sup>26</sup> Gutek (1984).

<sup>27</sup> Tyre & Orlikowski (1994).

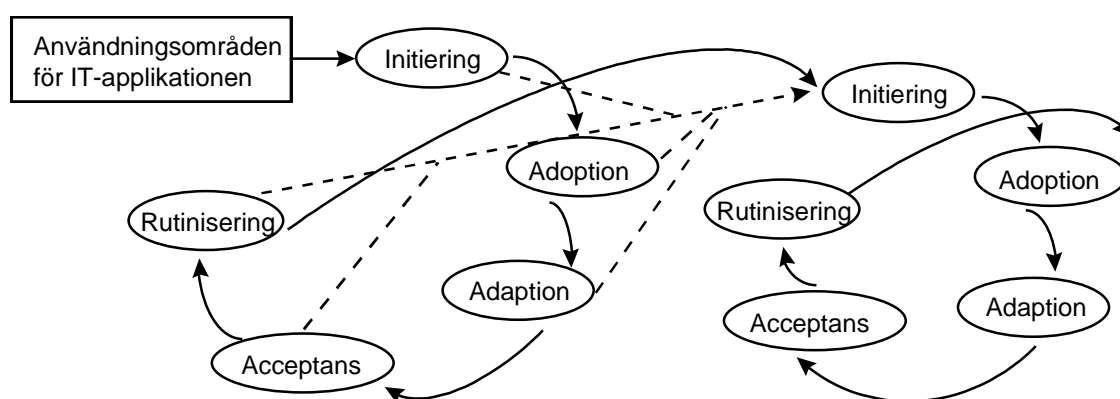
<sup>28</sup> Marcus (1983), Ettlie (1984).

<sup>29</sup> Dean et al (1992).

<sup>30</sup> Robey & Sahay (1996).

användningsområden sätts i fokus, beskrivas som flera implementeringsprocesser, se figur 1. Där beskrivs implementeringscyklerna som sekventiella, vilket inte behöver vara fallet. Antagligen uppträder dessa cykler både sekventiellt och parallellt. De streckade pilarna i figuren skall illustrera detta, att en implementeringscykel inte behöver vara avslutad innan nästa kan påbörjas.

Figur 1: Infusionsprocessen som implementeringscykler



Figur 1 visar på hur begreppen infusion, implementering och rutinisering inte behöver stå ett motsatsförhållande till varandra. Problemet är snarare att använda begreppen på rätt nivå när komplexa IT-applikationer studeras. Genom att använda begreppen rutinisering och implementering för olika användningsområden för IT-applikationen, i stället för IT-applikationen i sig, kan infusionsprocessen nu beskrivas i termer av implementeringscykler. Varje implementeringscykel representerar avsett och genomfört användningsområde, eller ett uppdykande användningsområde för IT-applikationen.

## Innovationsspridning som översättning och nätverksbyggande

Innovationsspridnings- och implementeringssynsättet kan kritiseras för att olika aktörer ses som mer eller mindre passiva, i den meningen att de endast reagerar på en IT-applikation. Att se aktörerna som reagenter kan till viss del sägas vara ett genomgående tema i implementeringssynsättet. Antingen finns det en överensstämmelse mellan aktörernas och IT-applikationens karakteristika och det

blir en acceptans, eller så krävs det en adaptation av aktörer och teknik för att få en acceptans. Finns det ingen överensstämmelse så får vi ingen acceptans. Vidare kan den modell som presenterats av implementeringsprocessen te sig något rätlinjig och rationell. Exempelvis kan hela diskussionen kring adaptationen ifrågasättas. Om en ny teknik införs där man på förhand inte känner till konsekvenserna för hur olika handlingsmönster kommer att påverkas, är det även svårt att skapa rutiner för hur tekniken skall användas.

Teorierna om innovationsspridning har kritiserats för att man enbart konstaterar om det finns en överensstämmelse mellan innovationen och den miljö där den skall implementeras.<sup>31</sup> Kritikerna menar att detta synsätt bygger på att en initial kraft sätter igång spridningsförloppet och sedan sker detta mer eller mindre automatiskt till och med utan människor. Latour menar i stället att en innovations öde ligger i de potentiella adoptörernas händer, där den initiala kraften i en kedja inte är mera viktig än den andra, eller hundra personer som är involverad: *"The spread in time and space of anything - claims, orders, artefacts, goods - is in the hands of people; each of these people may act in many different ways, letting the token drop, or modifying it, or deflecting it, or betraying it, or adding to it, or appropriating it."*<sup>32</sup> Den process som Latour beskriver ovan benämns som översättning, *"translation"*. Översättningen kan också beskrivas som en process där idéer färdas i tid och rum och där idéer materialiseras till objekt, vilka sedan kan övergå till idéer igen, osv. Om vi återvänder till telemedicintekniken och diskussionen kring implementeringscyklerna, så framstår översättningsbegreppet som mycket användbart. Telemedicintekniken kan ses som en öppen teknik, i så motto att de situationer där den skall användas inte är preciserade på förhand. I stället har tekniken en allmän egenskap, att kunna överföra ljud och bild i realtid, samt i förekommande fall möjliggöra en lagring av de överförda bilderna. Översättningen i detta fall handlar om att översätta den allmänna egenskapen till mer eller mindre preciserade handlingar, samt förväntade effekter av dessa handlingar. Denna process är mycket tydlig i projekten i Västerbotten där översättningarna från början var tämligen allmänt hållna, till exempel vilka specialiteter var lämpade, förväntade användningsområden, samt förväntade konsekvenser av teknikanvändningen. De förväntade konsekvenserna, eller frågor om dessa är tänkbara, framgår tydligt av

---

<sup>31</sup> Latour (1986), (1987).

projektmålen som utformades för telemedicinprojekten i Västerbotten. Dessa mål, som också kunde ses som frågor som skulle besvaras, var följande:

- Öka patientnyttan i form av närhet till högre vårdnivå utan resor
- Minska landstingets totala kostnader
- Stödja kompetensutvecklingen i organisationen
- Utröna vilken långsiktig effekt telemedicin har på länets hälso- och
- Sjukvårdsstruktur

Det är emellertid viktigt att komma ihåg att även om en person eller en grupp har en idé, så krävs det fortfarande att många andra personer deltar i processen om idén skall materialiseras och spridas.<sup>33</sup> En läkare i Västerbotten beskrev dessa förutsättningar på följande sätt: *"Först skall tekniken fungera. Sedan är det att få dom människor som hanterar detta att ta sig an och utnyttja detta. Det hänger ju på doktorerna lokalt här [vid vårdcentralerna]. Patienterna tror jag kommer att ställa upp. Sedan handlar det naturligtvis om dom på andra sidan [vid sjukhusen], att man har folk där som också vill ställa upp."* Citatet visar, liksom de studerade fallen visar vikten av att tekniken har "representanter" i de lokala miljöer där den skall användas. Personer som så att säga kan föra teknikens talan och se vilka möjligheter som finns. Men detta är dock endast en inledande förutsättning. Som framgick ovan så fordras det ett nätverk av aktörer för att översätta idéer. Skapandet och funktionen av dessa nätverk har beskrivs i den så kallade ANT-ansatsen, eller "actor network theory".<sup>34</sup> Mycket förenklat kan man säga att ANT handlar om hur man skapar allianser med mänskliga och icke mänskliga aktörer för att sprida och materialisera idéer. Latour behandlar detta alliansbyggande mycket ingående i boken "Science in action", där han beskriver hur vetenskaper, vetenskapliga rön och tekniska innovationer sprids, genom att dessa med tiden förvandlas till "hårda" fakta.<sup>35</sup> Dessa hårda fakta skapas genom allianser (nätverksbyggande) mellan mänskliga och icke mänskliga aktörer. Om nätverksbyggandet har varit framgångsrikt har man lyckas skapa en svart låda (black box), något som alla tar för givet och inte reflekterar över. Den svarta lådan

---

<sup>32</sup> Latour (1986).

<sup>33</sup> Czarniawska & Jorges (1996).

<sup>34</sup> Latour (1987), Callon (1986).

<sup>35</sup> Latour (1987).

kan även beskrivas som när en relation upphör att vara beroende av de aktörer som skapade den.<sup>36</sup> Kopplat till de studerade fallen innebär detta att en svart låda har skapats den dag telemedicin användningen inte är beroende av de läkare som initierade aktiviteterna. Detta innebär att personalen i de lokala miljöerna kan komma och gå, utan att telemedicinens existens är beroende av enskilda aktörer. I de studerade fallen råder detta förhållande dock enbart på ett område: nämligen när digital röntgenutrustning införs på röntgenavdelningarna, vilket innebär att man lämnar den traditionella filmhanteringen och i stället hanterar bilder elektroniskt. Detta medför att aktörerna i de lokala miljöerna inte har något val när en röntgenbild skall hanteras, eftersom den enbart finns i elektroniskt format. I de studerade projekten i Västerbotten är det emellertid fritt för aktörerna att välja om de vill använda telemedicin för att kommunicera eller ej.

Om vi går tillbaka till telemedicinprojekten och översättningsbegreppet, så finns det från början ett antal övergripande och abstrakta idéer om vad tekniken kan användas till. Genom att använda telemedicinen har de läkare som från början varit intresserade av tekniken sett möjligheter att bland annat förbättra servicen till patienter i glesbygd, höja kompetensen hos distriktsläkare och sänka landstingets kostnader. Dessa översättningar har sedan "sålts in" till de aktörer som skall besluta om att avsätta pengar till en investering i telemedicinutrustningen. Det är dock viktigt att påpeka att dessa översättningar i stort sett är de samma som har förekommit i andra telemedicinprojekt och som beskrivits i litteraturen eller som aktörerna kommit i kontakt med vid olika telemedicinkonferenser, samt i diskussioner med kollegor.<sup>37</sup> En annan orsak som troligen påverkar beslutet om att avsätta pengar till projektet, är att det inom landstingen runtom i landet pågår diskussioner om att starta olika telemedicinprojekt.

Parallellt med att övertyga finansierarna om att anslå pengar, måste också de aktörer, främst läkare, som arbetar med den praktiska introduktionen av telemedicintekniken, översätta de abstrakta idéerna till idéer om vilka aktiviteter som kan utföras med tekniken. Vad innebär till exempel idén om förbättrad patientservice i konkreta handlingar? Förutom att översätta de övergripande idéerna, måste också de aktörer identifieras som krävs för att en aktivitet skall kunna genomföras. Vilka roller och relationer kommer dessa aktörer att ha? I detta sammanhang är det viktigt

---

<sup>36</sup> Callon & Latour (1981).

att understryka att användningen av den nya tekniken medför att nya handlingsmönster kommer att etableras i de lokala miljöerna. Men dessa handlingsmönster kan stämma mer eller mindre väl överens med de handlingsmönster som redan finns i de lokala miljöerna. I extremfallet kan det tänkas att de etablerade handlingsmönstren har en sådan styrka att de är omöjligt att mobilisera den aktör som krävs för att en uppgift skall kunna lösas i aktörsnätverket.

I de studerade fallen har mobiliseringen av aktörsnätverken fungerat mer eller mindre väl. I teleradiologifallen har mobiliseringen från början styrts av den enskilde läkarens behov av ytterligare information om fynden i en röntgenbild. Eftersom utrustningen har funnits där radiologerna uppehåller sig, har dessa med ett relativt kort varsel kunnat granska en bild och sedan skicka svaret tillbaka till vårdcentralen. När alla bilder började sändas via teleradiologi i Norrbotten innebar detta heller inga problem, eftersom beslutet togs av chefsradiologen och röntgensköterskorna vid vårdcentralerna upplevde att deras arbetsrutiner blev effektivare. I de studerade fallen i Västerbotten har dock mobiliseringen av nätverken fungerat mer eller mindre väl. I de fall där mobiliseringen har fungerat väl, har det funnits så kallade eldsjälarna i de lokala miljöerna, som också har kunnat betecknas som signifikanta aktörer i de lokala miljöerna.<sup>38</sup> Den signifikanta aktören har i regel varit chefsöverläkaren på avdelningen. På de specialistavdelningar där mobiliseringen av nätverket har fungerat väl, har det dessutom funnits befintliga rutiner i den lokala miljön som har underlättat mottagandet av en konsultation. Ett exempel på detta är den så kallade pool-chefsfunktionen på ÖNH-avdelningen. Denna innebär att det finns en rutinerad specialist tillgänglig som skall svara på frågor som kommer från avdelningen eller utifrån. Pool-chefen har dessutom fått ansvaret för att ta hand om inkommande förfrågningar via telemedicin. Genom att dessutom placera telemedicinuutrustningen i det rum där pool-chefen befinner sig, har det nya handlingsmönstret "klistrats fast" vid den aktör som skall utföra handlingen. Om vi däremot ser på hud och ortopedi så har det varken funnits någon signifikant aktör som helhjärtat har tagit till sig idén om telemedicin, eller någon befintlig rutin som har underlättat hanteringen av en inkommande förfrågan via telemedicin.

Om situationen betraktas i de lokala miljöer där konsultationen skall initieras, så har även här initieringen varit starkt beroende av det har funnits en aktör som är

---

<sup>37</sup> Olsson (1993).



villig att använda telemedicintekniken. Vidare går det inte att precisera de situationer där en konsultation sker, utan detta har varit beroende av distriktsläkarens vilja att konsultera. Nästa steg som planeras blir att med hjälp av så kallade vårdprogram identifiera situationer där telemedicinkonsultationer kan vara ändamålsenliga. Vårdprogrammen kan ses som en slags rekommendation för hur olika diagnoser inom olika specialiteter skall hanteras, till exempel vad skall göras på vårdcentralen, respektive specialistavdelningen. Genom att i vårdprogrammen definiera situationer där telemedicintekniken kan användas, kan vårdprogrammet fungera som en katalysator för att sprida användningen av telemedicintekniken i de lokala miljöerna.

## Innovationsspridning och aktörsnätverk – några reflektioner

Om det två teoretiska perspektiven som har använts för att analysera fallen jämförs, kan vi se att båda kan på olika sätt bidra till en ökad förståelse av införandet av ny teknik i en organisation. Om innovations- och implementeringsperspektivet betraktas först, så lyfts ett antal faktorer fram, samt de stadier som implementeringsprocessen genomgår. Modellens styrka är att kunskap kan nås om hur processen ser ut, samt att det finns möjligheter att förutse en eventuell överensstämmelse mellan innovationen och den potentiella användaren. Men modellen kan dock ses som något statiskt i det avseendet att den mest beskriver förutsättningarna för att implementeringen skall lyckas. Däremot bidrar inte modellen med kunskap om vad som händer när en innovation kommer in i en lokal miljö. Dessutom finns det en risk, som nämndes tidigare, att man vid en analys med det renodlade implementeringsperspektivet bortser från möjligheterna med en allsidig användning av en öppen teknik.

Genom att använda aktörsnätverksperspektivet kan en del av de problem kringgås som nämndes i föregående stycke. Genom att använda översättningsbegreppet och se tekniken som öppen, eller med den generella egenskapen att överföra ljud och bild i realtid, kan rutiniseringsproblemet undvikas. Vidare ger perspektivet en möjlighet att förstå vad som händer, genom att studera de allianser av aktörer som måste skapas, för att en uppgift skall kunna lösas via telemedicin. Ytterligare en viktig del i aktörsnätverksperspektivet är att förstå aktörernas motivation för att ingå i nätverket. På denna punkt är man dock inte så tydlig i litteraturen angående aktörernas bakomliggande drivkrafter. Men genom att

---

<sup>38</sup> Norman (1975).

betrakta det egenskaper en innovation skall ha för att spridas, blir det möjligt att bättre förstå aktörernas bakomliggande motiv för att ansluta sig i nätverket.

Som tidigare diskuterats, så har de medicinska specialisterna identifierats som en nyckelgrupp som måste acceptera telemedicintekniken om användningen skall spridas. Denna observation är helt korrekt, men i de studerade fallen och genom att analysera dem från ett ANT-perspektiv, framgår det att även de som skall kommunicera med specialisterna är minst lika viktiga för att en kontaktetablering skall kunna ske. Med andra ord skall inte specialisternas betydelse överskattas, utan distriktsläkarna som skall söka informationen är minst lika viktiga för att det telemedicinska nätverket skall kunna etableras.

### *Telemedicin – mål eller medel?*

Som framgått av kapitlets rubrik och inledningen kan frågan ställas om telemedicinen enbart är en ny häftig teknisk “pryl” inom sjukvården, eller om den ses som medel för att realisera sjukvårdens mål? I kapitlets inledning understryks också att telemedicinen inte skall ses som ett verktyg för att utföra uppgifter på ett snabbare sätt. Utmaningarna ligger snarare i att hitta samarbetsformer bortom de administrativa begränsningarna.

Om målsättningarna med de studerade telemedicinprojekten granskas närmare, så är dessa relativt allmängiltiga, men tekniken ses som ett medel för att uppnå målsättningarna. I målsättningarna för projekten i Västerbotten, kan vissa förändringsambitioner spåras i frågan om hur telemedicinen kan påverka sjukvårdsstrukturen på sikt. Men hittills har majoriteten av de aktiviteter som utförts, handlat om att utföra uppgifter på ett snabbare och effektivare sätt. Tekniken har med andra ord fungerat som ett medel för att möjliggöra en förbättrad patientservice och en kompetenshöjning bland läkarna. Däremot är det ännu bara ett fåtal aktörer som sett möjligheten att använda telemedicinen som ett medel för att förändra strukturen på sjukvården. Ett av hindren för dessa strukturella förändringar är att telemedicinen ännu inte finns tillgänglig överallt inom sjukvården.

För att telemedicinen skall få en starkare förankring inom sjukvården krävs det att det finns aktörer som kan fungera som talesmän för tekniken i de lokala miljöerna. De aktörer som har fungerat som talesmän i de studerade fallen, har haft en kombination av ett teknikintresse och en nyfikenhet om vad telemedicinen kan

användas till inom sjukvården. Det finns också ytterligare aktörer som har uttryckt sig i termer av att ”det är kul med ny teknik”. Men, dessa aktörer har dock inte gått vidare och reflekterat över vad tekniken skulle kunna användas till inom sjukvården. För att telemedicinen inte skall bli ytterligare en teknisk pryl som inte spelar någon större roll, krävs det i ett inledningsskede att det finns intresserade aktörer i den lokala miljön. Dessa aktörer måste i ett inledningsskede förmå att utveckla idéer om vad tekniken kan användas till i den dagliga verksamheten. Genom att idémässigt koppla samman teknikens egenskaper med de uppgifter som utförs i verksamheten. Ett argument som framförs av entusiasterna och som möjligen kan användas för att sprida telemedicin användningen på en bredare front, är argumentet om den förbättrade patientservicen.

En av de viktigaste poängerna jag vill göra i det här kapitlet är att när vi har att göra med tekniska applikationer, så som videokonferensbaserade telemedicinsystemet, så fordras strikta strukturer när telemedicin användningen skall ut på bred front. Men samtidigt ett stort utrymme för nyfikenhet och upptäckarglädje när telemedicinens möjligheter och begränsningar skall upptäckas.



## **DEL II**

**Att sköta ekonomin eller att vårda de sjuka – den  
ekonomistiska sjukvårdens dilemma**

# Från patientvård till sjukvårdsproduktion. Den svenska sjukvårdens omvandling efter 1960

*Lena Andersson-Skog & Helén Strömberg*

## Inledning

När man pratar om huvuddragen i den svenska samhällsekonomin omvandling efter 1950, brukar två karaktäristiska drag lyftas fram. För det första betonas ofta exportindustrins remarkabla utveckling och avgörande betydelse för tillväxten. Här brukar tiden från ungefär 1950 till 1970-talets början ses som ett ”gyllene kvartssekel”, när tillväxten skapade grundförutsättningarna för den snabbt stigande levnadsstandarden för breda folklager. Tiden efter 1970-talets mitt har istället kännetecknats av strukturproblem för några branscher i den dittills tidigare så framgångsrika industrisektorn. Några av de radikala strukturförändringarna ledde till rationaliseringar och att exempelvis textilindustrin och en stor del av varvsindustrin lades ned. Detta skedde inom ramarna för en ökad internationell konkurrens. Trots dessa förändringar, är exportindustrin ännu idag en viktig motor i svensk ekonomi, även om de tidigare ledande branscherna inom råvaruindustrin delvis fått stå tillbaka för andra, mer expansiva och produktiva industrigrenar som telekommunikationer och verkstads- och konsumtionsvaruindustrin.

Det andra draget som brukar betonas efter 1950, är uppbyggnaden av den svenska välfärdsstaten. Välfärdspolitiken organiserades inom ramarna för vad man brukar kalla ”den svenska modellen”.<sup>1</sup> Politiska beslut inom en mängd områden, som skola, sjukvård och omsorg, men också inom regionalpolitik och jämställdhetspolitik, bidrog till att det från 1960 byggdes upp en omfattande offentlig tjänstesektor i den svenska statens regi. Målen för dessa politiskt bestämda satsningar var att genom de verksamheter som bedrevs utjämna sociala, ekonomiska och regionala olikheter och öka välfärden för medborgarna.

När det gällde hälsa och sjukvård, var en grundläggande förutsättning att alla medborgare skulle ha tillgång till en bra vård oavsett var i landet man bodde, och ansvaret för förverkligandet lades på den allmänna hälso- och sjukvården. Även om

---

<sup>1</sup> För en diskussion av den svenska modellen, se bland andra Magnusson (1993), (1996) och Hirdman (1998). Se även Blomqvist & Rothstein (2000), för en diskussion om sjukvårdspolitik och privatiseringar inom den offentliga sektorn.

alla är överens om att en bra nationell sjukvård är en grundsten i välfärdspolitiken, är villkoren för sjukvårdens verksamhet dock inte likadana idag som för några decennier sedan. Bland annat har de politiska beslut som formar riktlinjerna och de ekonomiska villkoren för sjukvården genomgått avgörande förändringar. Man kan säga att den svenska sjukvården liksom den svenska industrin har expanderat och omvandlats efter 1960.

Syftet med denna text är därför att ur ett ekonomisk-historiskt perspektiv presentera och diskutera huvuddragen i sjukvårdssektorns expansion och omstrukturering efter 1960. Utgångspunkten är hur politiska målsättningar och lagförändringar format den somatiska sjukvårdens villkor och inriktning. Vi diskuterar hur såväl politiska mål och ekonomiska styrmedel påverkat omvandlingen av sjukvården från en ganska homogen, arbetsintensiv verksamhet, till en verksamhet uppdelad i å ena sidan en högt specialiserad medicinsk behandlingsverksamhet i landstingens regi och å andra sidan i en omsorgsorienterad, arbetsintensiv verksamhet som kommunerna svarar för. Avslutningsvis diskuteras kort några av dessa drag i förhållande till industrisektorns samtidiga utveckling.

## Sjukvårdens förändrade förutsättningar efter 1960

Den allmänna hälso- och sjukvården utgjorde länge en resursmässigt sett växande del av den offentliga sektorn. Denna utveckling har emellertid brutits under 1990-talet. Att andra radikala förändringar har ägt rum i sjukvården efter 1960 kan illustreras på olika sätt. Dels har antalet patienter som sökt sjukhusvård ökat kraftigt. Mellan 1960 och 2000 har antalet patienter som årligen behandlats ökat med nära 50 procent, från drygt 1 miljon till 1,5 miljoner. Till denna siffra ska också läggas alla besök på andra vårdinrättningar, exempelvis vårdcentralerna.<sup>2</sup> Befolkningsökningen och förändringarna i den demografiska strukturen förklarar en del av detta. Befolkningen har ökat med 20 procent, från nära 7,5 miljoner invånare till ungefär 8,9 miljoner mellan 1960 och 2000. Emellertid har andelen äldre-äldre, de över 80 år, mer än fördubblats från 2 procent till 5 procent av befolkningen. Detta har givetvis bidragit till en ökad efterfrågan på olika vårdinsatser och även social service. Också den snabba utvecklingen av den medicinska vetenskapen, vilken lett till att nya

---

<sup>2</sup> *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1998.*

behandlingsmetoder tagits fram, har ökat efterfrågan på vård av sådana sjukdomar som tidigare inte kunnat behandlas.

En annan faktor bakom vårdens expansion är att sjukdomspanoramata ändrats. Vissa sjukdomar, framförallt epidemiologiska sjukdomar som polio, röda hund etc., har framgångsrikt eliminerats genom olika vaccinationsprogram. Andra sjukdomar, som på olika sätt är kopplade till välfärdssamhällets utveckling, har istället tillkommit och ökat i omfattning, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och förslitningsskador.

Antalet anställda på sjukhus har också ökat kraftigt. Samtidigt har yrkesstrukturen och arbetsförhållandena emellertid ändrats. Det kanske tydligaste exemplet är att från 1980-talets mitt fram till 1995 har antalet sjukvårdsbiträden och undersköterskor inom landstinget minskat med drygt 100 000.<sup>3</sup> På sjukhusen har detta lett till att färre antal anställda vårdar ett större antal patienter. Vårdinrättningarnas antal och storlek har också förändrats. 1960 bedrevs sjukvård på nära 2 500 sjukhem, lasarett och sjukhus i offentlig regi. År (2000) hade verksamheten koncentrerats till 84 offentliga vårdinrättningar bestående av universitetssjukhus och sjukhus. Parallellt med denna koncentrationsprocess har den genomsnittliga vårdtiden per patient i sjukhusvård minskat från 38 dagar till 7 dagar mellan 1960 och 2000.<sup>4</sup> Vi kan alltså se att sjukvården förändrats både organisatoriskt och till innehållet. Närmast ska de ekonomisk-politiska ramar inom vilka dessa förändringar skett presenteras.

## Den goda vårdens år - en vård för alla 1963-1982

Uppbyggnaden av en modern sjukvård var ett led i välfärdsstatens formering. Grundtanken, som lades fram i Alva och Gunnar Myrdals skrifter under 1930-talet, var att en frisk befolkning utgjorde en nödvändig resurs för samhällsutvecklingen - människorna var en "naturresurs" och det råmaterial på vilket framtiden skulle byggas. Samhällets uppgift var därför att göra sjuka medborgare friska genom en bra omvårdnad.<sup>5</sup> Detta synsätt kan sägas vara både humant och holistiskt och kom att ligga till grund för moderniseringen av sjukvården under dess expansionsfas.

---

<sup>3</sup> Strömberg (2000).

<sup>4</sup> *SOS Allmän hälso- och sjukvårdsstatistik 1962, Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1990, 1996*, <http://www.sos.se/mars>. Nedladdat 2001-05.

<sup>5</sup> Myrdal, Alva & Gunnar Myrdal (1934).



## Hela folkets sjukvård

I Sverige har det rått en politisk enighet om hur sjukvården ska utformas och de mål som den ska leva upp till.<sup>6</sup> Med sjukvårdslagen (SL) 1963 lades grunden för den ansvarsfördelning och den organisatoriska struktur inom vilken expansionen och moderniseringen av den offentliga sjukvården skedde.

Huvudmålen för sjukvården under 1960-talet var att skapa en organisation som gav befolkningen i alla delar av landet tillgång till en kvalitativ god vård. Detta låg i linje med andra samtida beslut som handlade om att bygga ett rättvist samhälle, där staten skulle ge olika regioner likartade förutsättningar genom att jämna ut skillnader i resurser, oavsett om det gällde järnvägar, sjukvård eller högre utbildning.

I SL slogs fast att ansvaret för sjukvården skulle delas mellan olika huvudmän. Förutom att stifta lagar på en nationell nivå, ålåg det staten att ta hand om utbildningen av läkare och sköterskor. Landstingen fick ansvaret att utföra all somatisk sjukvård, vilket också innefattade delar av åldringsvården, samt för att utbilda undersköterskor och sjukvårdsbiträden.<sup>7</sup> Kommunerna fick svara för olika slags social service på lokal nivå, riktad till behövande grupper, exempelvis hemhjälp, konvalescensvård, ålderdomshem etc.<sup>8</sup> Som en följd av denna verksamhetsuppdelning förändrades sjukhusstrukturen.

Under 1960-talet minskade antalet sjukhus snabbt, och vården koncentrerades till färre enheter. Tidigare hade specialiseringsgraden på de små sjukhusen varit låg. Där behandlades det egna landstingets patienter med alla slags sjukdomar och åkommor. När sjukhusen blev färre och större ökade möjligheter för stordrift, specialisering och arbetsdelning inom och mellan regionens olika sjukhus. Landstingens ansvarsområden överensstämde sedan länge med länsgränserna, och varje landsting ansvarade för sjukvården för befolkningen bosatt i det egna länet. Under denna tid etablerades också en organisatorisk struktur som byggde på en större befolkningsbas än tidigare. Sverige delades in i sju sjukvårdsregioner, och regionsjukhus inrättades i större städer i varje geografiskt område för att ta hand om

---

<sup>6</sup> Detta finns samlat i *SOU 1981:4. Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet. (HS 80), SOU 1984:39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90), SOU 1996:163 HS-2000. Hälso- och sjukvårdsutredningen.*

<sup>7</sup> Ansvaret för den psykiatriska vården var delat. Staten ansvarade för rättspsykiatri och rättspatologi, medan landstingen ansvarade för den psykiatriska vården.

<sup>8</sup> Ansvaret för det psykiatriska fältet delades på mellan staten och landstingen. Staten ansvarade för rättspsykiatri och rättspatologi medan landstingen utförde övrig psykiatrisk verksamhet. Axelsson (1998).

mer komplicerade medicinska behandlingar än vad som kunde genomföras på övriga sjukhus.<sup>9</sup> Denna dubbla struktur, mellan å ena sidan en koncentration av specialistverksamhet till vissa sjukhus och å andra sidan ”vård som vanligt”, formade också verksamhetens organisation. Detta påverkade också det sätt på vilket den traditionella omvårdnaden förändrades.

## Patientvård på löpande band

Man kan säga att vården fram till 1960-talets början till stor del varit en personalberoende verksamhet, där den dagliga omvårdnaden av patienten var kärnan i arbetet. Från och med 1960-talet började denna inriktning förändras, och delar av arbetet blev uppdelat i olika moment, där de som arbetade i högre grad specialiserades på mindre delar antingen inom omvårdande eller den medicinska behandlingen. En liknande förändring hade redan tidigare ägt rum i varuproduktionen, när arbetsprocessen i fabriker under industrialiseringen hade delats upp i olika standardiserade moment. Där var avsikten att med arbetsdelningen öka produktionens omfattning och effektiviteten i produktionsprocessen. Tankegångarna bakom arbetsdelningens effektivitet formades av nationalekonomen Adam Smith redan vid 1700-talets slut. Han visade att en nålmakare som utförde allt arbete själv under en arbetsdag skulle kunna producera 20 nålar. Men om arbetet koncentrerades till större arbetsenheter, och delades upp i specialiserade och standardiserade moment som fördelades mellan 10 arbetare, skulle de tillsammans kunna producera 48 000 nålar per dag; med andra ord 4 800 nålar per arbetare.<sup>10</sup>

En liknande uppsplätning av arbetsprocesserna genomfördes nu succesivt i vården. Patienter som hade liknande sjukdomar behandlades på samma avdelning. Det ledde till att behandlingarna av olika sjukdomar kom att standardiseras för olika grupper av sjukdomar. Standardisering kan exemplifieras genom att alla patienter med buksmärter undersöks av läkare, diagnostiseras och läggs därefter in på den klinik där patientens respektive sjukdom behandlas och vårdas: patienter med magsår läggs in på medicinkliniken och patienter med cancerogena sjukdomar läggs in och vårdas på onkologen etc. En följd av detta blev att arbetsuppgifterna på de olika vårdavdelningarna också rutiniserades. Att vårdarbetet blivit rutiniserat innebär

---

<sup>9</sup> Strömberg (2000).

<sup>10</sup> Smith (1909), s 3f.

exempelvis att alla patienter genomgår samma slags typ av provtagningar. Det kan för patienterna innebära att oavsett sjukdom görs likvärdiga blodprovstagningar exempelvis sänka, HB, vätskestatus etc.

Man kan säga att en arbetsdelning som byggde på en storskalig vårdverksamhet inom olika medicinska grenar utvecklades. Arbetet styckades upp i olika moment och behandlingar, som utfördes av olika yrkeskategorier och på olika avdelningar. Vården började organiseras i klinker, vars verksamhetsområde var direkt kopplat till olika medicinska specialinriktningar. Samtidigt som det gjorde behandlingen effektivare, ställde detta nya krav på personalens kompetens, och behovet av specialistutbildad personal ökade. En följd av detta var att både sjuksköterske- och läkarutbildningarna gjordes om för att bättre motsvara det kunskapsbehov som den nya vårdorganisationen medförde.

På många sätt ledde detta till en bra sjukvård. Patienterna fick vård som var anpassad till de medicinska behov man hade. De erfarenheter sjukvårdspersonalen fick genom att behandla många patienter med samma sjukdomar ledde också till att nya och bättre behandlingsmetoder utvecklades. Det fanns dock några moln vid horisonten även under denna expansiva period för sjukvården. Att stordriftstänkandet hade slagit igenom var visserligen en av avsikterna med sjukvårdsreformerna, men politiker och sjukvårdsansvariga hade inte förutsett vilka effekter detta fick för de människor som vårdades. I den medicinska effektiviteten fanns inhumana inslag i det sätt på vilket vårdens organisation ändrade synen på patienterna. Ett exempel kan tas från den geriatriska vården. Där kunde stordriften innebära att upp till 30 dementa patienter fick ligga sida vid sida, på samma sal, ofta omedvetna om var de befann sig och oroligt ropande på hjälp.<sup>11</sup> Denna verklighet påminde om förhållandena på 1800-talets hospital, och var långt ifrån den vård som skulle finnas i ett välfärdssamhälle med en human människosyn.

Trots denna oro för patienternas välbefinnande, innebar det inte att rationaliseringen kom att bromsas upp. Istället kom den ekonomiska dimensionen i vården att bli allt mer framträdande. I en utredning från 1970-talets slut, påpekades att det fanns ett stort antal patienter som inte var inlagda på sjukhusens vårdavdelningar, trots att de inte ansågs bli hjälpta av en fortsatt medicinsk

---

<sup>11</sup> Qvarsell (1997).

behandling – patienterna ”övervårdades”.<sup>12</sup> Utvecklingen oroade politikerna, vilka såg en fara med att vissa patientgrupper skulle överkonsumera vård. Här var det särskilt ökningen av antalet äldre man tänkte på. När de äldre blev fler, skulle antalet patienter som sökte sig till sjukvården också öka snabbt. Om detta inträffade, skulle allt för mycket av sjukhusens resurser tas i anspråk för att ta hand om åldringar utan andra medicinska symptom än åldrandet i sig. Detta var en första kollision mellan målet att ge alla vård och det faktum att en fortsatt expansion av vården krävde ökade resurser.

Osäkerheten om hur stort det faktiska behovet av sjukvård var, ledde till att staten beslutade att kartlägga befolkningens hälsostillstånd.<sup>13</sup> Omfattande hälsokontroller började genomföras under 1970-talet, där behovet av vård för olika befolkningsgrupper beräknades. Hälsouppgifterna sammanställdes i nationella register, exempelvis cancerregistret, arbetsskaderegistret, smittskyddsregistret och det medicinska födelseregistret.<sup>14</sup> Sedan dess uppdateras registren med jämna mellanrum och utgör planeringsunderlaget för det vårduppdrag som staten ger till landstingen. Dessa försök att öka planeringen och centralisera bedömningen av vårdbehovet kom att prägla vårdens utveckling under 1980-talet.

## Slutet på sjukvårdens rekordår? Planering och ekonomisering från 1983

Redan under 1970-talet hade skillnaderna mellan olika sjukvård blivit tydligare; mellan specialistvård och allmänmedicinska insatser, mellan sjukhusvård och vård på sjukhem, mellan teknikintensiva vårdinsatser och arbetsintensiva uppgifter. Dessa drag förstärktes under 1980-talet med till detta lades en mer ”ekonomistisk” syn fram på vad vård skulle vara och hur den skulle ske. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1983 och de politiska reformer som följde i dess spår utgör en vattendelare i den svenska sjukvårdens utveckling.

Efter 1983 blev vårdens nya mål tydligt kopplat till specifika insatser för att åtgärda medicinska åkommor och sjukdomstillstånd till så låga kostnader som

---

<sup>12</sup> *SOU 1978:50. Ny sjukvårdsutbildning (Vård-77 utredningen).*

<sup>13</sup> *SOU 1984:40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering.*

<sup>14</sup> *Socialstyrelsen, Registerdata.*

möjligt.<sup>15</sup> Att bota blev mer centralt än att vårda, samtidigt som mer resurser lades ner på att motverka att människor blev sjuka.

### *Från kronikervård till akutvård*

Hur sjukvårdens riktlinjer skulle verkställas slogs fast i Dagmaröverenskommelserna 1984, 1988 och 1989. Detta var ett sätt att styra sjukvården utifrån en ny ekonomisk incitamentsstruktur. Staten gjorde nu utifrån hälsoregistren bedömningar av vilka sjukdomar som viktigare att prioritera än andra. Detta innebar att de beslut och bedömningar som nu avgjorde prioriteringsordningen när det gällde behandlingen av vissa sjukdomar inte längre gjordes på sjukhusnivå. Man försökte införa ett slags ”planeekonomiskt” system i sjukvården, där politiker och experter istället för sjukvårdspersonal styrde verksamhetens inriktning och omfattning utifrån ett nationellt perspektiv. Dessa ekonomiska styrmedel kom att förstärka specialistvården ytterligare

Att bygga upp specialistkompetens inom alla områden vid alla sjukhus skulle kosta alldeles för mycket. Istället var avsikten att specialistsjukhusen, utöver den ordinarie verksamheten skulle lämna in ”anbud” på ytterligare vårdprestationer de kunde tänka sig utföra inom de samhälleligt prioriterade områdena. Sjukhusen fick ersättning i relation till hur stor andel av de prioriterade vårdbehoven man kunde uppfylla. Denna ordning ledde snabbt till att regionsjukhusen inriktade sig på olika specialistområden för att maximera nyttan av arbetsdelningen och samtidigt minimera konkurrensen mellan sjukhusen om patienter och resurser. Dagmarreformen kan med andra ord ses som ett led i en långsam utvecklingsprocess där sjukhusen istället för att vårda människor med kroniska sjukdomstillstånd övergår till att behandla mer akut uppkomna medicinska åkommor där varje behandling tydligt kopplas till intäkter för sjukhusen.

### *Från patientvård till prioriterade vårdprestationer*

En följd av dessa förändringar, blev att vårdansvaret från 1980-talets mitt delades upp på ett nytt sätt mellan landsting och kommuner. Den nya arbetsdelningen byggde på en strikt medicinsk bedömning. För att avgöra hur länge patienter skulle vårdas på

---

<sup>15</sup> *SOU 1984:44. Hälsopolitik i samhällsplaneringen.*

sjukhusen, infördes begreppet ”klinikfärdig”.<sup>16</sup> Det innebar, att när patienterna inte kunde bli bättre av specialistbehandlingen, flyttades han eller hon till en annan vårdavdelning. Den stora grupp som främst berördes av detta var geriatrikpatienterna - den grupp som under 1970-talet ansetts överkonsumera sjukvård. Det paradoxala resultatet av den medicinska specialiseringen blev att den drev fram ett ökat behov av vårdplatser för konvalescens och eftervård på vissa avdelningar.

Följden av detta blev att landstingen tillsammans med kommunerna under 1980-talet byggde sjukhem för dessa patientgrupper. Man kan säga att det under denna tid drogs en tydlig gräns mellan olika vårdgivare, där den traditionella omvårdnaden prioriterades ned inom sjukhusen. En viktig konsekvens av detta blev att sjukhusen i snabb takt övergick till kunskapsintensiva verksamheter, medan stora delar av den arbetsintensiva vården överfördes till sjukhemmen. Medan landstingens vård byggde på medicinsk kompetens och specialiserad omvårdnad i direkt anknytning till akut- och specialistvård, kom kommunernas vård att i mycket lägre grad baseras på medicinskt expertkunnande. Istället innehöll den kommunala vården andra kvaliteter, som service, omsorg och eftervård, framförallt för gamla människor.

Detta innebar att ett klart tudelat system växte fram, med en teknikintensiv storskalig specialistsjukvård koncentrerad till några få enheter i riket, och en arbetsintensiv vårdande verksamhet som bedrevs i mindre skala på en mängd vårdställen. Samtidigt genomfördes ytterligare en förskjutning mellan olika medicinska inriktningar.

Tidigare hade diagnostisering, behandling och vård utförts på samma avdelning. Nu kom arbetsuppgifterna i vårdkedjan, från diagnostisering till behandling och eftervård, att fördelas mellan olika enheter i vårdsektorn. Ansvaret för prevention, diagnostisering och behandling av ett stort antal ”icke-specialiserade” sjukdomar flyttades nu från sjukhusen till vårdcentralerna. En direkt följd av detta blev att vårdcentralerna ökade i antal. De medicinska utfördes praktiskt taget endast vid specialistsjukhusen, medan omvårdnaden nästan försvunnit från dessa sjukhus och istället utfördes på sjukhem och servicehus.

Universitetssjukhusen fick nu en allt viktigare roll för den medicinska specialiseringen, och många behandlingar och ny medicinsk teknik byggde rön inom den medicinska forskningen. Ett exempel är övergången från galloperationer där

---

<sup>16</sup> Westlund & Clow (1994), s 11.

buken skars upp till operationer med tithålskirurgi, som gjorde att vårdtiderna krympte och att fler operationer kunde utföras. Ytterligare ett medicinskt område där nya behandlingsmetoder har börjat praktiseras gällde njursjukdomar. En ny metod i njurstensbehandlingen, extrakorporal stötvågsbehandling, vilket innebar att stötvågorna ”slår” sönder njurstenarna, infördes 1985. Om behandlingen lyckades, behövde patienterna inte opereras alls. Parallellt med denna behandling började även uretäoskopimetoder, där urinledaren undersöks optiskt, användas. Njurstenar avlägsnades då utan att vare sig stötvågsbehandling eller öppna operationer behövde användas.

Dessa förändringar ställde nya och högre krav på medicinsk kompetens hos personalen än tidigare, vilket bland annat ledde till ett ökat utbud av specialistutbildningar för sjuksköterskor. För läkarna var det i första hand inte den medicinska kompetensen som behövde bli högre. Istället handlade det för deras del om att lära sig använda och att arbeta med den nya tekniken. Denna färdighetsträning gavs ofta genom ”*on the job training*”, när experter från andra kliniker och sjukhus undervisade sina kollegor.<sup>17</sup>

Man kan säga att sjukvården under 1980-talet började fungera som en närmast industriell produktionsprocess, som likt vilken annan verksamhet som helst, kunde effektiviseras, rationaliseras och där olika led kunde kostnadsberäknas och prissättas. För att detta ”köp- och säljssystem” skulle kunna fungera, krävdes att människor med annan kunskap än medicinsk kompetens var delaktiga i planeringen och en ny expertgrupp tillkom - ekonomerna.

Den förändrade synen på sjukhusvårdens innehåll och verksamhet som kommit till uttryck under 1980-talet skapade en accelererande förändring av vårdens riktlinjer. Efter 1992 ledde det till att den allmänna hälso- och sjukvårdssektorns ansvarsområde definierades på ett helt nytt sätt. Nu lyftes de omsorgsverksamheter som tidigare bedrevs i landstingens regi över på kommunerna. Man kan säga att vi fick två organisatoriskt åtskilda vårdsektorer, den ena i landstingens regi med inriktning på akuta medicinska behandlingar och sjukhusvård, medan och den andra organiseras av kommunerna och är inriktad på omsorg och social service.

---

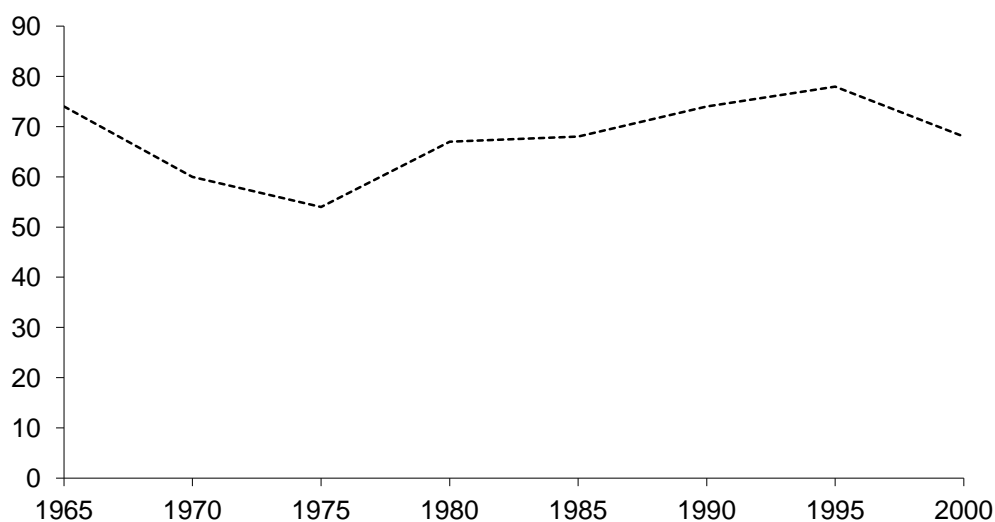
<sup>17</sup> Norberg et.al (1992) *Omvårdnadens Mosaik*. Uppsala: Almqvist & Wiksell. kap. 6.

## Det duala vårdssystemet: medicinsk specialisering och kommunal omsorg 1992-2000

Under 1980-talet framstod inte längre vården och omsorgen om sängliggande patienter som den centrala verksamheten för sjukhusen. Detta innebar att sjukhusens omvårdnad sakta ändrade karaktär, och efterhand slussades de sängliggande patienterna bort från sjukhusen och ut till andra vårdformer. Samhällets ändrade uppfattning om sjukhusvården kom att handla om kostnadsmedvetenhet, och prissättningen av olika behandlingar och åtgärder.

Den mest radikala förändringen var dock att sjukvårdens ekonomiska ramar ändrade karaktär. Efter 1983 minskade staten på bidragen till den offentliga sjukvården. Tanken var nu att 80 procent av vårdkostnaderna skulle täckas av landstings- och kommunalskatter och 20 procent av patientavgifter och andra ersättningar. Skatteandelen hade börjat stiga redan i slutet av 1970-talet som en följd av att de då kommunala ålderdomshemmen omvandlades till sjukhem under landstingen, se diagram 1.<sup>18</sup>

*Diagram 1: Landstings- och kommunalskatternas andel av hälso- och sjukvårdens intäkter 1965-2000 i procent*



**Källa:** SOS Kommunernas finanser

<sup>18</sup> SOU 1984:48. Länssjukvården i samhällsplaneringen.



Därefter ökade skatterna fram till mitten av 1990-talet då de låg på nära 80%. Nedgången i skatteandelen därefter kan kopplas till de sjukvårdsreformer som då genomfördes, och ändrade landstingens ansvarsområden. En slutsats av detta är att skatteökningen från 1970-talet fram till mitten av 1990-talet kan kopplas till landstingens ökade ansvar för äldrevården i samhället. Det var således med nya ekonomiska förutsättningar, nya politiska riktlinjer och en förändrad vårdorganisation som sjukhusvården mötte 1990-talet.

## Vilka ska vårdas på sjukhus?

Under 1990-talet första del genomfördes några avgörande förändringar i den allmänna hälso- och sjukvården. Dels infördes en ny lag, där kostnaderna för patienternas vård tydligt delades upp i medicinsk behandling och eftervård, och med landstingen och kommunerna som ekonomiskt ansvariga för respektive del. Dels infördes ett antal reformer mellan 1992 och 1995, som förstärkte gränsdragningen mellan medicinsk behandling och annan vård i linje med betalningsansvarslagens intentioner. Reformerna lade över vårdansvaret för de patientgrupper som inte ansågs behöva akut medicinsk behandling på kommunerna. Med dessa förändringar hoppades staten att man hade hittat en lösning på sjukvårdens resursproblem samtidigt som en tydligare skiljelinje mellan olika typer av vårdansvar fastställdes. Man kan säga att dessa reformer försökte svara på frågan vilka ska vårdas på sjukhus?

Under 1980-talet hade efterfrågan på vård ökat, vilket bland annat visades i växande köer och långa väntetider. Frågor om hur prioriteringar mellan olika patienters behov skulle göras kom att bli viktigare när de ekonomiska resurserna tydligt kopplades till kostnaderna för olika behandlingar. Synen på sjukvårdens uppgifter kan under 1990-talet sammanfattas med införandet av begreppet ”medicinskt färdigbehandlad”. Till skillnad från det tidigare begreppet klinikfärdig, innebar den nya termen att när patienten inte bedöms bli friskare av ytterligare sjukhusvård övergår betalningsansvaret för patienten inte till andra avdelningar inom sjukhuset, utan till den kommun patienten är skriven i.<sup>19</sup> Staten förstärkte 1992 betalningsansvarslagen genom att förtydliga kommunernas ekonomiska ansvar för patienterna. Detta innebär att kommunernas betalningsansvar börjar gälla när

---

<sup>19</sup> SFS 1990:1404.

patienten bedöms vara medicinskt färdigbehandlad. Kommunen betalade därefter för all fortsatt vård, oavsett om patienten låg kvar på sjukhus eller vårdades i kommunal regi.<sup>20</sup>

Under 1990-talets första år tillsattes också en statlig prioriteringsutredning för sjukvården. I dess betänkanden som kom 1993 och 1995, diskuterades hur medicinska, etiska och ekonomiska bedömningar skulle kunna förenas i en god sjukvård. Utredningen föreslog ett antal principer, vilka noggrant specificerade de kriterier som skulle användas för att garantera en medicinskt riktig, rättvis och människovärdig behandling. Här skilde man mellan politiska/administrativa prioriteringar och prioriteringar i den kliniska verksamheten, men utan att klart ta ställning till de inbördes relationerna mellan olika slags prioriteringar.<sup>21</sup> Utredningen pekade också på behovet av att sjukvårdens ansvarsområde avgränsades på ett tydligt sätt. Skulle allt behov av vård räknas in i sjukvårdens uppdrag? Eller skulle exempelvis vissa typer av kroniska sjukdomstillstånd läggas utanför detta ansvar?

Denna medicinska avgränsning vad gäller vem som har ansvaret för patienterna var kärnan i ett antal reformer som genomfördes under 1990-talets första hälft. Med Ädelreformen 1992 lades ansvaret för åldringsvård och rehabilitering över på kommunerna. Två år senare, 1994, genomfördes Handikappreformen. Den innebar att omvårdnad av fysiskt och psykiskt funktionshindrade inte längre skulle ges inom landstingen, utan resurserna liksom ansvaret lades över på kommunerna. För att garantera att berörda patientgrupper fick adekvat omvårdnad i kommunal regi, infördes lagen om stöd och service 1994.<sup>22</sup> 1995 genomfördes så Psykiatireformen, vilken innebar att de verksamheter som bedrivits på de tidigare mentalsjukhusen nu var kommunernas ansvar.<sup>23</sup> Till skillnad från övriga patientgrupper som kommunerna också fått ansvar för, förväntades dessa patienter emellertid dessa patienter att rehabiliteras till eget boende. Om 1980-talets ideologiska förändringar hade inneburit att den traditionella patientomvårdnaden definierats om inom ramen för sjukvården, kom 1990-talet att leda till att denna slags omvårdnad definierades bort från landstingens somatiska vård.

---

<sup>20</sup> Se Westlund & Clow (1994) och Sczchelby (2000).

<sup>21</sup> *SOU 1993:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande från Prioriteringsutredningen*, ss 28-31.

<sup>22</sup> *SOU 1993:38. Hälso- och sjukvård i framtiden*.

<sup>23</sup> Denna lag innebar också att kommunerna hade rätt att söka bidrag för verksamheten.

## Sjukhusvård och patientomsorg på kollisionskurs?

Samtidigt som dessa reformer kraftigt ökade kommunernas ekonomiska åtaganden för sina innevånare, infördes paradoxalt nog från statens sida ett kommunalt skattestopp 1992. Följden blev att kommunernas nya vårdområden skulle finansieras inom befintliga resurser.<sup>24</sup> Merkostnaden för kommunernas äldre- och handikappomsorg ökade detta år med 32 procent, eller 27 miljarder.<sup>25</sup> Reformerna var startskottet för 1990-talets omfattande utbyggnad av och efterfrågan på privata vårdalternativ.

Kontentan av 1990-talets reformer var med andra ord att behovet av sjukvård var lika stort som tidigare, eller till och med kanske större än förut, som en följd av den åldrande befolkningen och förbättrade möjligheter att behandla nya åkommor, men att det totala utbudet av vårdplatser vid sjukhusen hade minskat. Detta förhållande kompliceras ytterligare av att antalet platser för gruppen äldre-äldre i behov av boende på kommunala sjukhem och servicehus inte hade ökat. Fastän gruppen äldre-äldre ökade snabbt efter 1980, var antalet platser per 1000 invånare inte fler 2000 än de var 1980 trots kommunernas ökade ansvar för dessa verksamheter.<sup>26</sup>

I och med detta har den statliga sjukvårdspolitikens fokus förskjutits. Förändringarna speglar att en ny syn på offentlig sjukvård vuxit fram där den traditionella omvårdnaden av sjuka ersatts med medicinska behandlingar av olika slag. Detta kan kanske illustreras genom att vi i tanken gör ett experiment och byter ut begreppet ”offentlig sjukvård” mot ”offentlig sjukbot”. Sjukvård innebär ju för de flesta en verksamhet där sjuka människor vårdas så att de blir friska. Detta är också vad vi allmänt förväntar oss att den offentliga sjukvården ska erbjuda. Om vi istället ersätter ”sjukvård” med ”sjukbot” hamnar vi närmare vad som faktiskt sker inom den offentliga sjukvården i dag. För det första leder det till tanken att det är sjukdomar som ska botas – inte nödvändigtvis människor som ska bli friska. För det andra kan ordet sjukbot symbolisera att såväl individ som samhälle får en ”bot” - att om människor blir sjuka får de böta med dyra avgifter. Begreppet ”sjukbot” kan därför ses ur två perspektiv: ett samhälle behöver friska människor men blir det för dyrt att

<sup>24</sup> Ett engångsbelopp om 200 miljoner kronor betalades ut till kommunerna. *Ds 1994:22. Kvalitets- och produktionsutvecklingen i sjukvården 1960-1992. (ESO).*

<sup>25</sup> *SOS Kommunernas finanser 1995.*

<sup>26</sup> *Socialtjänststatistik 1982-1989, 2000.*

vårda sjuka så att de blir friska får också alla vara med och betala ”böterna” för dessa sjukdomar. Det kan ske på två sätt antingen genom höjda avgifter som tas ur patienternas egna fickor eller genom höjda skatter, alltså genom en kollektiv betalning. Här kan vi idag bara anta att finansieringen av sjukvården är en fråga som kommer att bli mer central under kommande år. Det är också i skärningspunkten mellan samhällets önskan om en effektiv sjukvårdsproduktion och individernas önskemål om patientvård som den privata vården idag växer fram.

## Sjukhusvården som tjänsteindustri

I vilken utsträckning kan man jämföra sjukvårdens omvandling med industrin ur ett generellt ekonomisk historiskt perspektiv? Huvuddragen i sjukvårdens omvandling sedan 1960 tycks i många avseenden likna utvecklingen inom industrisektorn när det gäller förloppet med expansion, strukturomvandling och rationaliseringar.

Klart är att det i storskaligheten och massproduktionen av sjukvård som koncentrerades till ett fåtal sjukhus efter 1963 finns en grundläggande likhet med de rationaliseringstendenser som ägt rum i varuproduktionen. Liksom industrins förändringar kan kopplas till förbättrad produktionsteknik och växande marknader, har också de medicinska, diagnostiserande och farmaceutiska teknikernas utveckling varit centrala för olika specialiseringstendenser inom sjukvården. Jämfört med effekterna av produktionstekniken inom industrin, är sjukvårdens tekniska utveckling relativt outforskad. Dock kan vi se att den haft betydelse för hur olika arbetsuppgifter och vårdkedjan förändrats. Med en växande arbetsdelning och standardiserade behandlingsmetoder kunde man lättare sätta ett pris på vad varje moment kostar. Det blev nu möjligt att köpa och sälja tjänster mellan kliniker och mellan sjukhus. Behovet av att köpa eller sälja olika medicinska behandlingar kan här kopplas till patientunderlaget vid respektive klink eller sjukhus. Detta kan också ses som ett led i att en embryonal marknad börjar skapas, där olika sjukhus i landet konkurrerar om ”råvaran”; med andra ord patienterna. Idag är vissa av dessa ”patientmarknader” till och med internationella. Sjukhusen kan dock inte konkurrera genom fri prissättning av tjänster. Man kan säga att de konkurrerar med kvalitet istället för med pris, när produktivitet, effektivitet och kunskapsinnehållet i tjänsterna blir konkurrensmedel. Ett nästan motsatt förhållande råder dock inom de arbetsintensiva delarna av vården där lönerna är den stora kostnaden.

Inom exempelvis åldringsvården är kostnadseffektiviteten, det vill säga att personalen används på det mest ”effektiva” sättet ur ekonomisk synpunkt, den stora konkurrens fördelen.<sup>27</sup> Dessa likheter till trots finns det givetvis också skillnader mellan sjukvården och industrin. Som redan nämnts är exempelvis vården, till skillnad från varuindustrin, skattefinansierad och styrd av politiska och administrativa beslut. Även om dessa beslut är marknadsorienterade, är det mycket kvar innan marknadsmekanismerna är fullt införda. Något som sällan lyfts fram men som är en viktig faktor är att sjukvården i mycket hög utsträckning bygger på vetenskaplig forskning och utveckling inom medicin, omvårdnad, biologi, genetik etc. Utan dessa framsteg hade sjukvården knappast utvecklats på det sätt som hittills skett. Forskningsanknytningen gör också att humankapitalet, med andra ord kompetensen hos olika personalgrupper, alltid har spelat en viktig roll för sjukvårdens utveckling. I detta avseende har delar av industrisektorn traditionellt sett brottats med problem där den ringa andelen forskning och humankapitalbildning varit en strukturell svaghet. Här kan man dock säga att det inom de moderna, högteknologiska sektorerna som telekommunikationer och IT-branschen, är forskningsanknytningen och beroendet av teknisk utveckling likvärdig den i sjukvården.

Den avgörande skillnaden mellan sjukvården och industrisektorn har dock traditionellt sett varit att sjukvårdens verksamhet bygger på att hjälpa människor att bli friska och förbättra deras välbefinnande, medan industrins mål främst varit att i hård konkurrens på internationella marknader skapa vinster. Sjukvårdens utveckling under de sista 20 åren har dock bidragit till denna skiljelinje måste diskuteras och kanske definieras om. I dag talar mycket för att sjukhusvården kan betraktas som en modern, tjänsteindustriell verksamhet. Däremot har patienternas uppfattning om vården inte ändrats i motsvarande grad. Som patient värderar man en god omvårdnad lika högt som en medicinskt kompetent sjukvårdsproduktion. Detta kan också sägas gälla personalens syn på sina insatser. Sammantaget leder detta till motsättningarna mellan olika uppfattningar och synsätt om vad sjukvård är och vad den bör vara antagligen kommer att öka både inom vårdsektorn och i samhället. Något hårddraget

---

<sup>27</sup> I detta läge har också en privat vårdsektor börjat växa fram och även denna vård är beroende av politiska regleringar. Men inom den privata vården kommer intäkterna från marknaden där patienten köper vård precis som vilka andra tjänster som helst. Se referens i not 1.

kan konflikten mellan synen på vård som en verksamhet för allas livskvalitet eller synen på vård som en prissatt insatsvara i en produktionsprocess, tvinga fram ett tydligt ställningstagande när det gäller den värdegrund som ska finnas för samhällets sjukvård.

# Den ädla reformens dilemma - äldrevård för landstingens, kommunernas eller de äldres bästa?

*Helene Brodin*

## Inledning

Den offentliga äldrevården i Sverige förknippades fram till mitten av 1950-talet med den kommunala fattigvården.<sup>1</sup> Vård och omsorg om de äldre i samhället betraktades i första hand som en fråga för anhöriga medan den offentliga äldrevården fungerade som en sista utväg för de som stod utan andra alternativ. De personer som skrevs in på offentliga institutioner utgjorde därför ett mycket varierat klientel, där äldre omhändertogs tillsammans med fattiga, psykiskt sjuka eller långtidssjuka.

Under efterkrigstiden kom emellertid äldrevården att separeras från fattigvården. Ett flertal olika faktorer bidrog till denna utveckling. Kritiska röster hade sedan lång tid tillbaka höjts mot den undermåliga äldrevården och den bristande respekten för de äldres integritet.<sup>2</sup> Missförhållandena inom äldrevården underströks också av Gustav Möller i en proposition från 1949.<sup>3</sup> Möller betonade behovet av en offentlig äldreomsorg och ansåg att medel skulle avsättas för detta ändamål. Målet skulle vara en offentlig äldrevård med en nationellt likvärdig standard som garanterade en jämlik behandling av de äldre i samhället.<sup>4</sup>

Äldrevårdens heterogena karaktär bidrog till att ett flertal huvudmän samverkade i uppbyggnaden av den offentliga äldrevården; staten genom att ekonomiskt stödja byggandet av olika institutioner för äldre, landstinget genom att svara för de sjukvårdande insatserna och långtidsvården och kommunen som svarade för den sociala servicen genom hemtjänsten. Den svenska äldrevården kom genom denna ansvarsfördelning att karaktäriseras av ett delat huvudmanskap mellan landstingen och kommunerna.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Se Edebalk & Lindgren (1996).

<sup>2</sup> Gaunt (1996), s 41ff.

<sup>3</sup> Ibid s 49.

<sup>4</sup> Folkpensionsreformen 1948 och de tilläggsbeslut som fattades i början av 1950-talet är milstolpar för äldrevårdens separering från fattigvården, se Olofsson (1994). I denna studie kommer emellertid reformeringen av pensionssystemet att lämnas utanför diskussionen eftersom studien syftar till att diskutera förändringar i äldrevården och äldreomsorgen.

<sup>5</sup> Se exempelvis Kommunförbundet & Landstingsförbundet, *Samordnad åldringsvård- långtidsvård* (1969).

De besvär som det delade huvudmanskapat ibland innebar i form av otydliga ansvarsgränser mellan huvudmännen framstod inte som ett uppenbart problem förrän den svenska ekonomin hamnade i kris. Äldrevårdens delade huvudmanskapat kom därmed i fokus.<sup>6</sup> Lösningen på dilemmat blev Ädelreformen som trädde i kraft 1992, vilken överförde ansvaret för långtidsvård och äldrevård till kommunerna.<sup>7</sup> I praktiken innebar detta att sjukhemmen överfördes från landstingen till kommunerna samt att kommunerna blev betalningsansvariga för patienter som bedömts som medicinskt färdigbehandlade men ändå var kvar inom landstingets sjukvård.<sup>8</sup> Reformen skulle främja effektiviteten i äldrevården och karaktäriserades också som ett led i förnyelsen av den offentliga sektorn.<sup>9</sup> I vilken mening kan då reformen karaktäriseras som en förnyelse och på vilka sätt präglas reformen av kontinuitet?

## Genus och organisering

Den svenska välfärdsstaten har karaktäriserats som kvinnovänlig.<sup>10</sup> Den offentliga sektorns ansvar för reproduktiva arbetsområden som barnomsorg och äldrevård har ökat möjligheterna för kvinnor att förvärvsarbeta, vilket också stärkt kvinnornas position i det svenska samhället. Sedan 1980-talet har det emellertid skett en omvärdering av den offentliga sektorns roll i det svenska samhället. Denna omvärdering har bland annat fått till följd att familjens och den enskildes ansvar för den egna välfärden ökat, och att delar av den offentliga sektorns verksamhet lagts ut på entreprenad. Äldrevården är ett område som har präglats av denna utveckling. Dels har de privata vårdgivarna blivit fler och dels har anhängivården vuxit.<sup>11</sup> Samtidigt som detta innebär att anhörigas ansvar för äldrevården växer, är det i huvudsak kvinnor som utför anhängivården.<sup>12</sup> Av den anledningen blir förnyelsen av den svenska äldrevården nödvändig att närmare granska ur ett genusperspektiv.

<sup>6</sup> Prop. 1987/88:176, *Äldreomsorgen inför 90-talet*.

<sup>7</sup> Prop. 1990/91:14, *Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m m.*

<sup>8</sup> Begreppet medicinskt färdigbehandlad är nytt inom sjukvården. Begreppet innebär att patienter endast vårdas en begränsad tid vid sjukhusen och att den största delen av eftervården sker inom kommunen eller i primärvården. För en diskussion se Andersson-Skog & Strömberg i denna volym. Se även Westlund & Clow (1994), s 11 ff.

<sup>9</sup> *Socialstyrelsen, 1992:1, Socialstyrelsen utvärderar Ädelreformen; Årsrapport 1992*, s 3.

<sup>10</sup> Se diskussionen i Leira (1993).

<sup>11</sup> Prop. 1997/98, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, ss 36-46.

<sup>12</sup> Mossberg (1994).



För att förstå varför organisationer omvandlas måste vi enligt Kerstin Sahlin-Andersson se hur identifiering och kategorisering av olika grupper och aktörer påverkar varandra. Kön och profession är två grundläggande kategoriseringar för konstruktionen av aktörer och identiteter i offentliga organisationer. Båda dessa kategorier knyter i sin tur an till tre grundläggande legitimeringsgrunder i den västerländska kulturen; naturen, staten och vetenskapen.<sup>13</sup> Samspelet mellan aktör och identitet kan gälla både hur aktörer agerar inom organisationen och hur organisationen i sin helhet agerar som aktör. Identiteten och förväntningar på hur andra skall agera vid ett bemötande formas i stor utsträckning av den egna bilden av hur andra uppfattar en. Identiteten blir därmed en abstraherad och utifrån påverkad syn på aktören. Därmed inte sagt att identitetsbegreppet ska betraktas som något externt i förhållande till individen eller organisationen, utan som något som internaliseras i den enskildes medvetande eller i uppfattningen om vad som är organisationens målsättning.<sup>14</sup>

Genusbegreppet är centralt för förståelsen av hur identiteter konstrueras. Enligt Gerd Lindgren finns det tre ”rättigheter” som förknippas med den maskulina identiteten. Av dessa rättigheter är den ena privilegiet att kunna ägna sig åt arbetet som det primära utan ansvar över omsorg och kontinuitet i tillvaron. Den andra rättigheten är att få avhängighet och lydnad från personer som befinner sig i underordnade positioner. Den tredje rätten är att få skilja tillvaron i en privat och en offentlig sfär.<sup>15</sup> Om förnyelsen av äldreården analyseras utifrån ett genusperspektiv kan drivkrafterna bakom denna förändring kopplas till en framväxande maskulinisering av sjukvården.<sup>16</sup> Maskuliniseringen handlar bland annat om hur sjukvården som organisation betraktad definierar målet med verksamheten.<sup>17</sup> Betecknande för denna process är den förändrade synen på ansvaret för vård och omsorg i sjukvården.

För det första har ansvaret för kontinuitet och omsorg i vården genom Ädelreformen förskjutits till kommunerna eller till anhöriga. Begreppet medicinskt färdigbehandlad är ett uttryck för denna utveckling. Begreppet markerar att sjukvårdens ansvar enbart är att bota och behandla, medan ansvaret för omsorg och

---

<sup>13</sup> Sahlin-Andersson (1994), s 196 ff.

<sup>14</sup> Ibid s 186 ff.

<sup>15</sup> Lindgren (1996), s 10.

<sup>16</sup> Jfr Strömberg (1997).

kontinuitet i vården inte betraktas som en uppgift för sjukvårdorganisationen. För det andra innebär detta att vård- och omsorgsarbetets underordade position i vårdkedjan förstärks. Eftersom både kommunen och anhöriga är slutstationer i vårdkedjan kan de inte delegera arbetet till någon annan.<sup>18</sup> Genom att omsorg och omvårdnad är professionella domäner som förknippas med sköterskekåren, har de också fått en stark könskodning som kvinnliga arbetsområden.<sup>19</sup> För det tredje får denna utveckling till följd att vård- och omsorgsarbetet delas, mellan å ena sidan professionella yrkesarbeten som utförs av avlönad arbetskraft och å andra sidan oavlönade hemarbeten som utförs av anhöriga. Detta betyder att ansvaret för vård och omsorg idag håller på att klyvas i en privat och en offentlig sfär, där den offentliga delen maskuliniseras samtidigt som den privata feminiseras. Vilka är förklaringarna till denna utveckling?

## Nya grepp och traditionella modeller

Den offentliga sektorns verksamheter har varit utsatta för ett kraftigt förändringstryck under de senaste två decennierna.<sup>20</sup> Under olika samlingsnamn, som exempelvis *Nya grepp*, har styrmodeller och reformer lanserats som banbrytande inslag i den offentliga sektorns förnyelse.<sup>21</sup> Gemensamt för den mångfald av reformer som genomdrivits i den offentliga sektorns olika verksamhetsområden är att de sätter ekonomi och effektivitet i centrum. Ett annat gemensamt inslag i reformerna är betoningen av valfrihet och brukarinflytande i verksamheterna.<sup>22</sup>

Generellt sett har synen på den offentliga sektorns verksamheter både politiskt och ekonomiskt sedan 1970- talet glidit över från ett makroorienterat till ett mikroorienterat perspektiv.<sup>23</sup> Den makroorienterade inriktningen betonade sektorns storlek och dess betydelse för den ekonomiska tillväxten medan den mikroekonomiska inriktningen satte organisationsformernas effektivitet, produktivitet och kvalitet i centrum. Denna nya syn på hur den offentliga sektorn skall styras och organiseras har vuxit fram tämligen oberoende av politisk majoritet.

---

<sup>17</sup> Jfr Wahl (1996).

<sup>18</sup> Borell & Johansson (1998), s 67f.

<sup>19</sup> Jfr Orban (1995), s 186f.

<sup>20</sup> Antman (1994).

<sup>21</sup> Jacobsson (1994), s 45 ff.

<sup>22</sup> Blomquist & Packendorff (1998), s 105 ff.

<sup>23</sup> Hugemark (1995), s 86 ff.

En konsekvens av detta är att det sedan 1980- talet pågått en process som kan karaktäriseras som en ”företagisering” av de kommunala och landstingskommunala verksamheterna.<sup>24</sup>

Företagiseringen bottnar i den kritik som började växa fram mot den offentliga sektorn under slutet av 1970- talet. Kritiken fokuserade framför allt på den offentliga sektorns centralstyrda och byråkratiska organisation.<sup>25</sup> Centralstyrning och byråkrati ansågs påverka kvaliteten och effektiviteten i verksamheterna negativt. Svaret på kritiken blev en decentraliseringsvåg inom den offentliga sektorn där ansvar och planering försköts nedåt i organisationen.<sup>26</sup> Trots detta ökade emellertid kritiken av den offentliga sektorn under 1980- talet, men istället för byråkrati problemet kom kritiken att fokusera på effektivitetsproblemet. Denna kritik förstärktes i samband med den lågkonjunktur som inträffade under 1990-talet.<sup>27</sup> Ekonomistyrning och kostnadsminskningar kom att bli centrala begrepp i den offentliga sektorns organisationsmodeller.

I sjukvårdens fall ansågs den byråkratiska organisationen haft ett negativt inflytande på sjukvårdens innehåll. Den slutna kroppssjukvården hade fått expandera på bekostnad av andra och mer öppna vårdformer.<sup>28</sup> Behovet av omstruktureringar mot mer öppna vårdformer samt ett aktivt stödjande av den informella vården lyftes fram som särskilt viktigt inom äldrevården. Sjukvårdens kritiker menade också att den byråkratiska sjukvårdsapparaten förhindrade en helhetssyn i vården, något som var speciellt märkbart inom äldrevården.<sup>29</sup> Äldre människor övervårdades inom den slutna sjukvården, och många äldre patienter slussades mellan olika inrättningar utan att varken kommuner och landsting kunde betraktas som primärt ansvariga för vården. Syftet med Ädelreformen var att komma tillrätta med dessa både strukturella och funktionella problem som drabbat äldrevården.<sup>30</sup>

Helhetsperspektivet på äldres vårdbehov skulle befrämjas genom att kommunerna fick det samlade ansvaret för äldrevården. Kommunerna skulle stimuleras till att utveckla alternativa och öppnare vårdformer i äldrevården medan landstingets

---

<sup>24</sup> Forsell (1994), s 22f.

<sup>25</sup> Antman (1994), s 27 ff.

<sup>26</sup> Lindquist & Cederholm (1994), s 141 ff.

<sup>27</sup> Hugemark (1995), s 156 ff.

<sup>28</sup> *SOU 1979:26. Sjukvårdens inre organisation- en idépromemoria*, s 98 ff.

<sup>29</sup> Se diskussionen i *SOU 1978:50. Ny vårdutbildning (Vård- 77 utredningen)*, kap. 3.

<sup>30</sup> Se *DS 1989:27. Ansvaret för äldreomsorgen*, s 53 ff.

sjukvård kunde renodlas till att endast gälla den högspecialiserade sjukvården. Reformen präglades också av en stark tilltro på förmågan att öka effektiviteten inom sjukvården.<sup>31</sup> Genom att ansvarsgränserna i äldrevården förtydligades och genom att kommunerna blev betalningsskyldiga för medicinskt färdigbehandlade patienter kunde effektiviteten i äldrevården öka. Ädelreformen var därför att betrakta som ett led i den offentliga sektorns förnyelse.

Frågan är vilka inslag i Ädelreformen som gör det möjligt att karaktärisera den som ett led i den offentliga sektorn förnyelse. Ur ett historiskt perspektiv kan Ädelreformen istället betraktas som en traditionell vårdmodell, dock med nya ideologiska förtecken.<sup>32</sup> De nya inslagen utgår från idén om det civila samhället. Enligt detta synsätt måste problemen i välfärdssamhället lösas genom de civila strukturer som finns på det lokala planet, exempelvis familjen, grannskapet och frivilligorganisationerna. Detta innebär att den offentliga sektorn har en passiv roll. En stark offentlig sektor kan enligt denna uppfattning till och med förtrycka de civila strukturer som bygger upp och organiserar lokalsamhället.<sup>33</sup> Erfarenheter från länder där äldrevården har organiserats utifrån dessa principer visar dock att detta i praktiken innebär ett ökat kvinnligt ansvar för äldrevården.<sup>34</sup>

Detta synsätt på hur äldrevården bör organiseras innebär inte heller något nytt i Sverige, utan liknar den vårdmodell som fanns fram till 1960-talet. Detta gäller inte enbart ur ett organisatoriskt perspektiv, där kommunen åter blivit ensam huvudman för äldrevården, utan även ur ett vårdideologiskt perspektiv.<sup>35</sup> Orsaken till att kommunen betraktades som mest lämplig för att bära huvudansvaret för den nya äldrevården var att hemmet skulle bli utgångspunkten i framtidens äldrevård.<sup>36</sup> De storskaliga offentliga vårdinrättningarna skulle bytas ut och ersättas med småskaliga och hemlika boendeformer. Betoningen av hemmets roll och möjligheterna till att få vårdas i hemmet liknar den debatt som fördes under 1950-talet, där personer som exempelvis Ivar Lo Johansson hävdade att ”hemvård istället för vårdhem” borde

---

<sup>31</sup> *Socialstyrelsen 1994:13, Ädelreformen Årsrapport 1994*, s 26 ff.

<sup>32</sup> Jfr Jacobsson (1994), s 46.

<sup>33</sup> Socialstyrelsen, *Äldreomsorg utan service- an framgångsrik strategi?*, Äldreuppdraget 98:13, s 47f.

<sup>34</sup> Pascall (1997), ss 73-108.

<sup>35</sup> År 1951 fick visserligen landstingen lagstadgat ansvar för långtidsvården men på grund av en sträng statlig kontroll undre hela 1950-talet över hur många nya vårdplatser som fick tillskapas inom långtidsvården kom kommunerna i praktiken att få fortsatt organisatoriskt ansvar för den samlade äldrevården fram till 1960-talet. Se diskussion i Gaunt & Lantz (1996), s 56 ff.

vara en vägledande princip för hur äldrevården skulle organiseras i det svenska samhället.<sup>37</sup> Det nya inslaget i Ädelreformen kan sägas vara den ökade möjligheten för privata entreprenörer att etablera sig inom äldrevården.<sup>38</sup> Men även detta har likheter med den äldrevård som fanns fram till 1960-talet, där stora delar av hemsjukvården och hemtjänsten baserades på frivilliga insatser och ideella organisationernas arbete.<sup>39</sup> För att få svaret på varför dessa egentligen traditionella inslag i den offentliga äldrevården trots allt kom att karaktäriseras som en nyhet måste de förändringar som skett inom sjukvården granskas närmare.

## Sjukvårdens företagisering

Företagiseringsprocessen inom sjukvården har dominerats av två företeelser; dels har sjukvårdens förvaltning decentraliserats och dels har ekonomistyrning av de medicinska verksamhetsområdena införts.<sup>40</sup> Syftet med de reformer som har genomdrivits är att sjukvården ska organiseras som ett modernt storföretag. Tanken är att de resultatenheter som bygger upp sjukvårdens organisation genom olika tekniker för ekonomistyrning, resultatmätning och ledarskap ska stimuleras till att utveckla sjukvårdsproduktionen.<sup>41</sup>

Problemen med att styra en decentraliserad organisation har emellertid orsakat nya omorganiseringar inom sjukvården vilka, paradoxalt nog, har resulterat i att den ekonomiska och politiska styrningen av sjukvården återigen har centraliserats.<sup>42</sup> Sjukvårdens företagisering har dock lämnat bestående resultat i den meningen att sjukvården idag kan sägas utgå från två olika normsystem, ett som baseras på marknadsidealet och ett som baseras på den medicinska professionen. Denna "kulturkrock" mellan ett ekonomiskt synsätt och medicinsk vårdetik underlättar inte samordningen inom sjukvårdens organisation.

---

<sup>36</sup> Lundh (1996), s 8 f.

<sup>37</sup> Jfr Gaunt (1996), s 50 ff.

<sup>38</sup> Prop. 1997/98, *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*, s 46.

<sup>39</sup> Gaunt (1996), s 41 ff.

<sup>40</sup> Blomquist & Packendorff (1998), s 5 ff.

<sup>41</sup> Jacobsson (1994), s 49 ff.

<sup>42</sup> Axelsson (1998), s 63 f.

Ekonomistyrning av sjukvårdens verksamheter har orsakat en förskjutning från funktion till produktion när det gäller sjukvårdens bedömning.<sup>43</sup> Det ökade intresset för sjukvårdens produktion har utvecklat olika modeller för att mäta och värdera sjukvårdens prestationer.<sup>44</sup> I prestationsmätningar av sjukvården uppstår dock en konflikt mellan ett medicinskt och ett ekonomiskt synsätt. Konflikten handlar bland annat om problemet att kunna översätta ekonomiska begrepp till medicinska mål inom de olika och varierande vårdområdena.<sup>45</sup>

Medan detta kan vara relativt enkelt inom vissa av sjukvårdens områden som exempelvis inom kirurgin, där antalet operationer kan vara en bra indikator på verksamhetens effektivitet, är problemet betydligt större inom de områden där omvårdnad utgör det huvudsakliga innehållet. Detta gäller bland annat för den geriatriska vården där antalet vård dagar utgör indikatorn.<sup>46</sup>

Prestationsmätningar används emellertid inte enbart för att värdera verksamheter utan fungerar också som ett instrument för att utöva kontroll och inflytande över verksamheten.<sup>47</sup> Strävan efter kontroll och inflytande över verksamheten har i sjukvårdens fall tagit sig uttryck i ställningstaganden om hur sjukvårdssektorn ska kunna begränsa sitt utbud.<sup>48</sup> Diskussionen har berört frågor som vilka av sjukvårdssektorns tjänster som kan sägas vara sjukvårdens ansvar och vilka som kan överföras på andra sektorer i samhället.<sup>49</sup> Begränsningarna av sjukvårdssektorns ansvarsområde handlar därför egentligen om vilken funktion som sjukvården har att fylla i samhället.

Sjukvårdens företagisering har bidragit till att synen på sjukvårdens funktion i samhället har förändrats. Ädelreformen och begreppet medicinskt färdigbehandlad som introducerades i samband med reformen kan betraktas som ett led i denna utveckling. Ett av reformens syften var att sjukvårdens uppgifter skulle renodlas till

---

<sup>43</sup> I exempelvis Västerbottens läns landsting (VLL), diskuterades sjukhuset under 1970-talet utifrån lasarettsväsendets funktion, medan sjukhuset under 1980-talet diskuterades utifrån dess produktion, se *Höstlandstinget 1970*, s 45 samt *Landstingsmötet 8-10 november 1989*, s 18.

<sup>44</sup> För en diskussion om problemen med att mäta sjukvård, se exempelvis Granquist (1991), ss 89-145.

<sup>45</sup> Eckelund, Håkansson & Svensson (1994), s 11 ff.

<sup>46</sup> Roos (1997), s 11.

<sup>47</sup> Flynn (1990), s 104.

<sup>48</sup> Se exempelvis *SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande från prioriteringsutredningen*.

<sup>49</sup> Detta förhållande beror delvis på att sjukvården påverkas av externa faktorer som inte kan kopplas till effektiviteten och produktiviteten i verksamheten. Ett förändrat sjukdomspanorama bland patienterna vid en klinik kan exempelvis ge upphov till stora merkostnader trots att effektiviteten och produktiviteten i verksamheten ökar.

att endast gälla den högspecialiserade sjukvården. Av den anledningen övergick ansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter från landstinget till kommunen. Begreppet medicinskt färdigbehandlad ger en tydlig signal om att sjukvårdens funktion är att bota och medicinskt behandla, medan ansvaret för allmän omvårdnad och omsorg faller utanför sjukvårdens ansvarsområde.<sup>50</sup> Denna uppdelning mellan högspecialiserad sjukvård och allmän omvårdnad och omsorg motiverades som ekonomiskt nödvändig.<sup>51</sup> Utvärderingar av Ädelreformen har dock visat att de ekonomiska effekterna av reformen är mycket svåra att skilja från andra samhällsförändringar.<sup>52</sup> Ansvarsförskjutningen av omvårdnads och omsorgsfrågor från landstingets sjukvårdsektor till kommunens omsorgssektor har också följts av en ökad betydelse av anhörigvården.<sup>53</sup> Vilka konsekvenser har då denna förändrade syn på sjukvården gett upphov till inom äldrevården. Tidigare undersökningar har visat hur detta påverkat äldrevården i Västerbottens läns landsting och Umeå kommun.<sup>54</sup>

## Äldrevård och omsorg i Västerbottens län

Den kritik som under 1970-talet växte fram mot sjukvårdens byråkratiska organisation påverkade också äldrevården i Västerbotten. Landstinget ändrade bland annat riktlinjerna för äldrevården, vilket innebar att den skulle utgå från att de flesta äldre patienter föredrog ett eget boende under förutsättning att de fick den hjälp de behövde.<sup>55</sup> I praktiken kom äldrevården genom detta att omstruktureras mot öppnare vårdformer. Dagsjukvård samt hemsjukvård prioriterades medan klinikvårdens funktion som specialistvård förtydligades. Den geriatriska klinikvårdens specialisering krävde också att den befriades från sin karaktär av primärvård. För att detta skulle fungera var det dock nödvändigt att kommunen och primärvården snabbt skulle kunna omhänderta klinikfärdiga patienter.

Parallellt med denna omstrukturering av äldrevården växte också diskussionen i landstinget om sjukvårdens effektivitetsproblem.<sup>56</sup> Äldrevårdens effektivitetsproblem

---

<sup>50</sup> Jfr diskussion i Silfverberg (1996), s 102.

<sup>51</sup> Prop. 1990/91:14, s 34.

<sup>52</sup> Prop. 1997/98: 113, s 50.

<sup>53</sup> *Socialstyrelsen 1994:13*, s 36.

<sup>54</sup> Brodin (1998).

<sup>55</sup> VLL, Umeå sjukvårdsdistrikt, Direktionens handlingar, Vol. F 8:52, *Hälso- och sjukvården; Underlag till principplan*, 1984-01-30, ss 27-41.

<sup>56</sup> VLL, *Principplan, 1984-12-10*, s 11 ff.

bestod enligt landstinget i att alltför många äldre tvingades vänta på plats vid sjukhemmen eller hjälp av hemsjukvården. För att lösa detta skulle verksamheten vid kliniken inriktas på intensiv rehabilitering med den målsättningen att de flesta patienter, oavsett demensbesvär eller fysiska handikapp, skulle kunna vårdas hemma eller i en så hemliknande miljö som möjligt. Detta eftersom sjukhemsvård numera var att betrakta som otidsenlig, som landstinget formulerade det.<sup>57</sup>

Sjukvårdens förvaltning decentraliserades under 1980-talet samtidigt som ekonomistyrning av de medicinska verksamhetsområdena infördes. Profileringen av sjukvårdsorganisationen som ett företag förstärktes i takt med denna utveckling.<sup>58</sup> Med decentraliseringen ökade emellertid också styrproblemen av sjukvården. När beställar- och utförarmodellen slutligen infördes i Västerbottens läns landsting motiverades också detta utifrån styrproblem och behovet av ett centraliserat ledningsansvar över sjukvårdens produktion.<sup>59</sup>

I samband med den nya styrmodellen utarbetades också ett nytt ekonomiskt styrsystem. Styrsystemet inarbetades i budgeten där kravet på produktivitetsförbättringar var det mest framträdande.<sup>60</sup> Hur har då patienterna vid den geriatriska kliniken påverkats av den nya ekonomistyrningen och Ädelreformen? I tabell 1 visas hur fördelningen av andelen utskrivna patienter från geriatriska kliniken har förändrats sedan 1980-talet.

---

<sup>57</sup> VLL, *Landstingsplan 1987-1991*, s 99f, 120 ff.

<sup>58</sup> Jfr VLL, *Höstlandstinget 1970*, s 45 samt *Landstingsmötet den 8-10 november 1989*, s 18.

<sup>59</sup> VLL, *Landstingsplan 1992-1994*, ss 3 – 16.

<sup>60</sup> *Ibid* s 31 ff.



Tabell 1: Antalet utskrivna patienter från Geriatriska kliniken samt deras fördelning på nya vård- och boendeformer 1981-1995

Årtal	Antal intagna	Utskrivna till hemmet %	Utskrivna till sjukhem %	Utskrivna till servicehus %	Övrigt %
1981	552	29,5	25	3	42,5
1989	863	59	9	14	18
1991	1003	53	12	22	13
1993	1064	76	..	..	..
1995	1279	82	11	..	..

*Källa: Umeå sjukvårdsdistrikt, Direktionens handlingar, Vol. F 8:52, Rapport 1983-05-30; Umeå sjukvård, Årsrapport för geriatriska kliniken 1989; 1991; 1993, Verksamhetsplan för geriatriska kliniken 1996.*

*Anm: Redovisade uppgifter om antal intagna för 1981 skiljer sig i rapporten från 1983-05-30 från redovisade uppgifter i landstingstrycket från 1981. Här redovisas rapportens uppgifter. Utskrivna till hemmet 1993 = mars 1993. Antal inskrivna 1995 = antal vårdtillfällen.*

Som tabellen visar har andelen utskrivna till hemmet ökat kraftigt under tidsperioden. Det finns flera orsaker till denna förändring, men problemet är att det inte går att skilja Ädelreformens effekter från den geriatriska vårdens medicinska utveckling eller från ekonomistyrningens konsekvenser.<sup>61</sup> En ökad andel utskrivningar till hemmet kan tyda på att kvaliteten i den geriatriska vården har förbättrats.<sup>62</sup> Denna kvalitetsförbättring kan ha förstärks genom att dagsjukvården och hemsjukvården har utökat verksamheten.<sup>63</sup> Den politiska målsättningen att den geriatriska vården skulle arbeta med intensiv rehabilitering så att så många patienter som möjligt kunde rehabiliteras till eget boende kan också vara förklaringen till den ökade andelen utskrivningar till hemmet.

Att fler patienter blivit utskrivna till hemmet skulle även kunna tyda på att den samlade geriatriska vården effektiviserats efter Ädelreformen så att medicinskt

<sup>61</sup> Detta är också en slutsats som Socialstyrelsen kommer fram till i utvärderingen av Ädelreformen, se *Socialstyrelsen 1994:13*, s 9 ff.

<sup>62</sup> Kvalitet i den geriatriska vården skulle enligt landstingets anvisningar förknippas med förebyggande och uppsökande sjukvård samt dagsjukvård, se VLL, *Landstingsplan 1989-93*, s 20.

<sup>63</sup> VLL, Umeå sjukvård, *Årsrapport 1995*.

färdigbehandlade kan omhändertas relativt snabbt på andra vårdnivåer.<sup>64</sup> En annan möjlig tolkning av utvecklingen är att den geriatriska vården har effektiviserats genom att andra vårdnivåer fått ökade resurser att kunna omhänderta medicinskt färdigbehandlade. Om sjukhemmens utveckling inkluderas i analysen framstår dock denna tolkning som mindre trovärdig.

Sjukhemmen utgjorde redan under landstingets huvudmanskap en lågprioriterad vårdform. Detta berodde på 1980- talets ändrade målsättningar för äldrevården, där hemsjukvård, dagsjukvård och rehabilitering prioriterades framför den slutna äldrevården. I Västerbottens läns landsting skulle utbyggnaden av hemsjukvården svara för ett ökat vårdbehov inom äldrevården. Antalet sjukhemsplatser kunde därför förbli konstant.<sup>65</sup> Innehållet i sjukhemsvården diskuterades inte, trots det faktum att de patienterna som kom till sjukhemmet blivit vårdnivåbedömda. Detta innebar att patienterna betraktades som färdigbehandlade inom den högspecialiserade sjukvården men kunde inte, av olika skäl, placeras inom någon annan vårdform. Då en större andel patienter skrevs ut till hemmet eller vårdades inom hemsjukvården betydde detta att de mest vårdkrävande patienterna hamnade på sjukhemmet. Denna utveckling fick till följd att vårdtyngden i sjukhemsvården ökade, något som i sin tur även ökade personalbehovet. Personalbehovet i sjukhemsvården förblev dock ett problemområde som inte kom att åtgärdas under landstingets huvudmanskap.<sup>66</sup>

När kommunen övertog sjukhemsvården fortsatte kommunen att bygga vidare på den tradition som landstinget etablerat i äldrevården. Detta innebar att kommunen prioriterade den öppna vården och understödandet av anhörigvården. Kommunens fasta vårdplatser vid geriatriska kliniken upphörde eftersom kommunen i likhet med landstinget ansåg att den största andelen äldrevård skulle finnas utanför den slutna vården.<sup>67</sup> Att andelen utskrivningar till hemmet ökade fick till följd att platserna för växelvård ökade vid sjukhemmen. Växelvårdens ökning var ett direkt resultat av att anhörigvården vuxit i betydelse eftersom den uteslutande fungerade som avlastning för anhörigvårdare.<sup>68</sup> Landstingets och kommunens målsättning att så många

---

<sup>64</sup> Effektiviteten inom äldrevårdens organisation skulle enligt landstinget förknippas med samarbete mellan organisationerna samt ett klargörande av ansvarsgränser, se VLL, *Landstingsplan 1989-93*, s 20.

<sup>65</sup> VLL, *Landstingsplan 1987-1990*, s 93.

<sup>66</sup> Ibid.

<sup>67</sup> VLL, *Landstingsfullmäktige den 16-18 november 1994*, s 25.

<sup>68</sup> Umeå kommun, Socialtjänsten, Umebygdens sjukhem, Bokslut 1992 samt 1996.

patienter som möjligt ska rehabiliteras till eget boende kan därför sägas ha lyckats, men denna målsättning har genomförts på anhängvårdarnas bekostnad.

Denna ansvarsförskjutning av äldrevården från landstingen till anhöriga kan också kopplas till den framväxande maskuliniseringen av sjukvårdsorganisationen. Den geriatrika vårdens omstrukturering har kombinerats med en uttalad politisk ambition att stärka det egna vårdansvaret och anhängvården i samhället. I denna diskussion har landstinget emellertid inte relaterat frågan om anhängvården till att gälla både män och kvinnor, utan anhängvården har endast diskuterats i samband med kvinnornas ökade arbete utanför hemmet.<sup>69</sup> Genom att relatera diskussionen om individuellt ansvar och anhängrollen till kvinnornas förvärvsarbete betraktas kvinnornas förvärvsarbete som ett ”problem” och anhängvården kopplas specifikt till det feminina könet. Detta ser jag som ett uttryck för den maskulina organisationsidentiteten inom vilken arbetet med omsorg och kontinuitet i tillvaron inte längre betraktas som organisationens ansvar.<sup>70</sup> Den maskulina identiteten har även visat sig genom att sjukvårdsarbetet idag delats upp i ett offentligt och ett privat område, där det privata identifieras med det feminina och det offentliga med det maskulina. Vad får denna utveckling för konsekvenser för det sedan Gustav Möllers dagar fastställda målet om en nationellt likvärdig äldrevård?

## Tillbaka till framtiden?

Har den svenska äldrevården genom Ädelreformen gått ”varvet runt” och vi är tillbaka där vi en gång började; med en vårdmodell där anhöriga har huvudansvaret för äldrevården och kommunens insatser begränsas till akuta åtgärder? Johans Sandvin har utifrån kommunaliseringsvågen inom välfärdspolitiken och det ökade privata ansvaret för vård och omsorg rest denna fråga.<sup>71</sup> Men, som Klas Borell, Roine Johansson och Rafael Lindquist påpekar, leder ett cykliskt perspektiv på den välfärdspolitiska utvecklingen till delvis felaktiga slutsatser eftersom välfärdspolitiken sammanhang faller bort ur analysen.<sup>72</sup> Dagens uppbrott från den centralt utformade välfärdsmodellen innebär inte att politiken återgått till det gamla, även om det går att dra flera paralleller.

---

<sup>69</sup> Ibid s 6.

<sup>70</sup> Jfr Eliasson (1991), s 8 ff.

<sup>71</sup> Borell, Johansson & Lindquist, Rafael (1998), s 181.

<sup>72</sup> Ibid.

En sådan parallell i äldrevårdens utveckling är den vårdideologiska debatten, där hemmet återigen har hamnat i fokus. Till följd av denna debatt har också äldrevården omstrukturerats mot öppnare vårdformer och hemsjukvård. Men denna omstrukturering har i tillsammans med nya vårdideologiska preferenser resulterat i en växande anhörigvård.<sup>73</sup> Den nya vårdideologin knyter an till tankarna om det civila samhället, där äldrevårdens problem i mesta möjliga mån ska lösas av familjen, grannar eller frivilligorganisationer utan inblandning från den offentliga sektorn. Denna ideologiska uppfattning har också följts av andra förhållningssätt till de kommunala insatserna i äldrevården, där ”hjälp till självhjälp” betonas framför ett aktivt och kontinuerligt stöd.<sup>74</sup> En annan förklaring till den växande anhörigvården är att kommunerna genom Ädelreformen själva får bestämma vilka former av tjänster som ska ingå i äldrevården och hur dessa tjänster ska finansieras. De flesta kommuner har valt en strategi där utbudet av service i äldrevården begränsas till förmån för ökat vårdinnehåll. Vårdtjänsterna koncentreras dock till allt färre personer, vilket innebär att anhörigas oavlönade vårdarbete i hemmet blir en viktig del av äldrevården. Det är dock främst kvinnor som står för denna vård.<sup>75</sup>

Här finns det ytterligare en parallell att dra till en tidigare syn på äldrevården, nämligen att det oavlönade vård- och omsorgsarbetet i hemmet betraktas som ett kvinnligt ansvar.<sup>76</sup> Detta är emellertid en aspekt av äldrevårdens ”förnyelse” som sällan uppmärksammas, trots att den ojämlika fördelningen av avlönat och oavlönat hemarbete mellan män och kvinnor är en grundläggande orsak till att könsarbetsdelningen reproduceras i samhället.<sup>77</sup> En av orsakerna till att könsaspekterna av äldrevårdens omorganisering inte har uppmärksamats kan vara den starka könskodningen av vård och omsorg om de äldre som ett kvinnligt arbetsområde. Maskuliniseringen av sjukvården, där synen på sjukvården som ett företag varit en pådrivande faktor, är en process som snarare har förstärkt än försvagat detta förhållande. Könskodningen av olika arbetsområden har också visat sig vara en central förklaring till att den ekonomiska och den sociala betydelsen av kvinnliga arbetsområden osynliggjorts genom historien.<sup>78</sup> Detta kan vara

---

<sup>73</sup> Prop. 1997/98:113, ss 34-47.

<sup>74</sup> Socialstyrelsen, *Äldreomsorg utan service-en framgångsrik strategi*, Äldreuppdraget 98:13, s 46 ff.

<sup>75</sup> Se diskussion i Ohlsson, Broomé & Nilsson (1993), s 72 ff.

<sup>76</sup> Jfr Sommestad (1998), s 128f.

<sup>77</sup> Se Lewis (1993), s 6 ff.

<sup>78</sup> Sommestad (1998), s 124.

förklaringen till att äldrevårdens förflyttning tillbaka till hemmet inte betraktas som ett problem. Könskodningen av äldrevård och äldreomsorg förutsätter att det är kvinnor som kommer att utföra detta arbete även i framtiden, med eller utan lön.

En tredje parallell som är möjlig att göra mellan dagens äldrevård och den som fanns fram till 1960-talet är den organisatoriska aspekten, där kommunerna återigen har blivit huvudman för äldrevården. Här finns det emellertid en stor skillnad. Dagens kommuner är betydligt färre och omfattar mycket större geografiska områden än tidigare. Detta beror på att ett flertal kommunreformer har genomdrivits under perioden. Ett problem som emellertid aktualiseras genom Ädelreformen är att efter den sista reformen har kommunernas utveckling differentierats. Detta gäller såväl i handlingsnormer som i organisationsformer. I statsvetenskaplig forskning används begreppet fragmentering för att sammanfatta denna utveckling. Fragmenteringen innebär att praxis i de kommunala verksamheterna utvecklas i andra riktningar än politiska normer och värderingar, vilket minskar den politiska styrbarheten över verksamheterna.<sup>79</sup> Ädelreformen, som lägger både det politiska och ekonomiska ansvaret över äldrevården på kommunerna, kan betraktas som en reform vilken underlättar snarare än motverkar fragmenteringen av äldrevården.<sup>80</sup> Effekterna av denna process kan problematiseras på flera olika nivåer. Ett problem är de politiska relationerna mellan den lokala och den nationella nivån. De politiska beslut som fattas på nationell nivå om äldrevårdens utveckling kommer att ta sig mycket skilda uttryck beroende på hur de tillämpas kommunalt. Ett annat problem är att fragmenteringen försvårar en nationell definition av vad som är äldrevård. Eftersom äldrevården består av en mycket heterogen samling tjänster, från medicinsk behandlingsteknologi till städhjälp, kommer också äldrevården att innehålla olika saker i olika kommuner.

Men äldrevårdens fragmentering kan också betraktas som en följd av den medicintekniska utvecklingen i sjukvården. Genom ny medicinsk behandlingsteknik har den slutna sjukvårdens uppgifter kunnat föras ut till primärvården eller till kommunerna. Denna utveckling, i kombination med att äldrevården kontinuerligt omstrukturerats mot öppnare vårdformer och hemsjukvård, har fått till följd att gränsdragningarna mellan omsorg och vård blivit svårare att upprätthålla.<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup> *SOU 1996:169. Kommunala förnyelseproblem*. Bil. 1, s 11.

<sup>80</sup> Jfr *Socialstyrelsen 1993:8*, s 10.

<sup>81</sup> Prop. 1997/98:113, s 48.

Intentionerna med att ge kommunerna det samlade ansvaret för äldrevården var dels att helhetsperspektivet på äldrevården skulle styra verksamheten, dels att det sociala och mer omsorgsinriktade perspektivet skulle dominera äldrevårdens inriktning.<sup>82</sup> Men effekterna av äldrevårdens kommunalisering har blivit det motsatta.<sup>83</sup> Det sociala perspektivet har fått stå tillbaka till förmån för det medicinska perspektivet. Innehållet i begreppen äldreomsorg och äldrevård håller därmed också på att förändras. Den stora frågan är i vilken riktning denna förändring kommer att ske.

---

<sup>82</sup> *Ds 1989:27. Ansvaret för äldreomsorgen*, s 53.

<sup>83</sup> *Socialstyrelsen 1994:13*, s 37 ff.

## Att skapa god omvårdnad. Tre yrkeskategoriers syn på god respektive dålig omvårdnad

*Susann Backteman-Erlanson*

### Inledning

Alla personalkategorier i vården strävar efter att ge patienterna god omvårdnad. I hälso- och sjukvårdslagen kan man läsa att sjukvården skall vara av god kvalitet, vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.<sup>1</sup> Ibland känner ändå vårdpersonalen att patienterna vissa gånger inte fick bra vård och det kan finnas många olika orsaker till det. Det är därför viktigt att diskutera vad god omvårdnad är utifrån olika personalkategoriernas perspektiv.

Man kan förutsätta att det finns olika uppfattningar om vad ”god omvårdnad” är eftersom god är ett relativt begrepp. Astrid Norberg m fl, skriver att om man skall kunna ge god omvårdnad krävs det att flera saker samverkar och då även att det finns ett etiskt förhållningssätt. Man måste bland annat *känna* med patienten, *se* patienten och *vilja* hjälpa patienten.<sup>2</sup> Förhållningssättet ingår på olika sätt i omvårdnadsarbetet för olika personalkategorier. Men god omvårdnad bygger inte enbart på hur personalen förhåller sig till arbetet. Det bygger också på olika yrkeskategoriers arbetsuppgifter och handlingar i arbetet. Här krävs att han/hon har erforderlig kompetens och kan utföra de uppgifter som ingår i arbetet. För detta krävs vissa specialkunskaper som skiljer sig åt mellan olika yrkesgrupper i vården. Man kan alltså se på omvårdnadsbegreppet utifrån två aspekter, utifrån en relationsaspekt (vårdare/patient) och utifrån en uppgiftsaspekt (vårdare/arbetsuppgift).<sup>3</sup> Båda två är varandras förutsättningar. Relationen mellan dem måste också förstås utifrån den uppgift som skall utföras. Fokus mellan relation och uppgift varierar beroende på patientens behov, vårdarens kompetens och hur den omgivande situationen ser ut.<sup>4</sup> På en olycksplats är det ”vårdaren” som ska avgöra vilka av de skadade som behöver få hjälp först. Men på en långvårdsavdelning är det dessutom viktigt att ”vårdaren” skapar en god relation för att kunna hjälpa patienten under en längre tid.

---

<sup>1</sup> Willov (1994).

<sup>2</sup> Norberg, Engström & Nilsson (1994).

<sup>3</sup> Griffin (1980), s 261ff.

Jecker och Self analyserar omvårdnaden på ett liknande sätt. De menar att omvårdnaden består av *caring about*, eller en relationsaspekt och *caring for*, eller en uppgiftsaspekt.<sup>5</sup> Omvårdnaden kan ses utifrån enbart den ena eller den andra aspekten men omvårdnaden blir bäst genom en kombination av de båda.

Att *caring for* och *caring about* ingår i den dagliga omvårdnaden visas i ett antal studier där sjuksköterskors uppfattningar om god respektive dålig omvårdnad undersökts.<sup>6</sup> Erfarna sjuksköterskor från långvård, medicinsk och kirurgisk klinik intervjuades om vad som var viktigt i relationen mellan sjuksköterska och patient. I akuta situationer och när det gällde att lösa praktiska problem behövdes inte en djupare relation med patienten men det var ändå viktigt med någon slags relation mellan sjuksköterska och patient.

Gemensamt för de olika sjuksköterskekategorierna var förmågan av att förstå en specifik omvårdnadssituation och att kunna etablera en relation med patienten, så att sjuksköterskan kunde agera för patientens bästa, speciellt när det gällde smärtlindring och att mildra ångest.<sup>7</sup> Skillnaden bestod i att sjuksköterskor med erfarenhet från långtidssjukvård tryckte mer på att stödja patienten med sina psykosociala behov. De med erfarenheter från annan typ av vård betonade mer vikten av att stödja patientens sviktande vitala funktioner. Detta kan vara en indikation på att man inom akutsjukvården ibland inte i första hand ser skapandet av en relation mellan personal och patient. I akuta situationer inriktas istället arbetet på att så professionellt och snabbt som möjligt vidta medicinska åtgärder. I sådana situationer ställer sig personalen i efterhand frågor som ”gjorde jag rätt så här?”, ”blev det här bra för patienten?” Ibland upplevs det faktum att relationen till patienten under vissa förhållanden mer präglas av medicinska åtgärder än mänskliga kontakter som ett dilemma.<sup>8</sup>

Undersökningar har också visat att både läkare och undersköterskor känt sig mycket involverade i sina patienters situationer medan sjuksköterskorna hade ett mer distanserat förhållningssätt till patienterna.<sup>9</sup> Läkarna förde både ett handlingsetiskt

---

<sup>4</sup> Norberg et al (1992).

<sup>5</sup> Jecker & Self (1991), s 285ff.

<sup>6</sup> Åström, Norberg, Hallberg, & Jansson (1993), s 183ff.

<sup>7</sup> Åström, Norberg & Hallberg (1995), s 110ff.

<sup>8</sup> Jansson & Norberg (1989), s 352ff.

<sup>9</sup> Udén, Norberg & Norberg (1995), s 245ff.



och ett relationsetiskt resonemang.<sup>10</sup> För dem var det mycket viktigt att agera utifrån patientens bästa. För att befrämja patientens livskvalitet ansåg läkarna att en tillitsfull relation var nödvändig.<sup>11</sup> Undersköterskorna resonerade huvudsakligen om den basala omvårdnaden, exempelvis att hjälpa patienterna att tvätta sig. De upplevde sig vara mycket nära sina patienter. Samtidigt uttryckte de svårigheter med att balansera mellan patientens önskemål och att utföra de uppgifter överordnade dikterade. Undersköterskorna kände sig otillräckliga när de upplevde att de inte kunde ge patienterna den omvårdnad som de ville. Ett stort problem var bristen på tid. Sjuksköterskorna förde också handlingsetiska och relationsetiska resonemang. Sjuksköterskorna ansåg att patienterna utsattes för meningslösa undersökningar och behandlingar och utpekade läkarna som syndabockar för detta. Sjuksköterskorna beskrev sin arbetsbörda som mycket tung och de uttryckte att de måste skydda sig för att inte bli allt för involverade i patientens situation.

Liknande resultat har kommit fram i andra studier.<sup>12</sup> Där visas att definitionen på vad god omvårdnad är varierar utifrån olika personalkategorier men också beroende på vilken typ av sjukvård man sysslar med. Sjuksköterskor betonar ofta vikten av att ha en bra relation med patienten och läkare betonar att vad man gör för patienten är det viktigaste.<sup>13</sup> Samtidigt finns det en oro hos personalen att det i etiskt känsliga situationer kan vara svårt att ge den vård man vill.<sup>14</sup>

Det är dock få studier som har undersökt läkares, sjuksköterskors och undersköterskors uppfattningar om vad de anser vara god respektive dålig omvårdnad och ännu färre studier har valt att jämföra deras uppfattningar om detta problem. Denna text ska därför jämföra hur läkare, sjuksköterskor samt undersköterskor verksamma inom anestesijukvård upplever vad som är god respektive dålig omvårdnad. Texten bygger på en undersökning gjord vid en operationsklinik vid ett av Sveriges specialsjukhus efter 1995. Utifrån en systematiskt och strukturell analys av personalens argumentation har jag därefter valt

---

<sup>10</sup> Lindseth (1992), s 51ff.

<sup>11</sup> Udén, Norberg & Norberg (1995), s 245ff.

<sup>12</sup> Corley & Selig (1992), s 380ff.

<sup>13</sup> Udén, Norberg, Lindseth, & Marhaug (1992), s 1028ff.

<sup>14</sup> Lindseth, Marhaug, Norberg & Udén (1994), s 245ff, Norberg et al (1992), Söderberg & Norberg (1993), s 2008ff.

att studera de olika yrkeskategoriernas omvårdnads uppfattningar.<sup>15</sup> Texten avslutas med en diskussion om den goda omvårdnadens dilemma.

## Kontinuitet och kontroll viktigt för läkarna

För läkarna i undersökningen handlar god omvårdnad i stor utsträckning om mötet med patienten, vilket de anser vara viktigt för att skapa en god och tillitsfull relation. Läkarna uttrycker ett behov av kontinuitet för att kunna ge patienten god omvårdnad. De betonar vikten av att tillsammans med övrig personal få möjlighet att träffa patienten före operationsdagen för att senare kunna ta hand om patienten när han/hon kommer till operationsavdelningen. Vid denna preoperativa kontakt får läkarna tillfälle att få reda på just den patientens specifika behov inför den kommande operationen. Läkaren får också möjlighet att informera patienten om vad som kommer att hända vid operationen samt att berätta för patienten om hur omhändertagandet kommer att ske. Detta möte görs också för att patienten ska känna igen läkaren på operationsavdelningen. Det leder till ett snabbare omhändertagande vid ankomsten till operationsavdelningen. Läkarna betonar att om man kan skapa en kontinuitet i omhändertagandet bidrar det till att patienterna får god omvårdnad. Att de kan träffa patienten preoperativt, ansvara för och om möjligt vara delaktiga i anestesi utförande samt följa patienten postoperativt för att kunna tillgodose optimal smärtlindring för patienten. Läkarna betonar också vikten av ett förhållningssätt till patienterna där man värnar om patientens integritet i alla förekommande situationer och sätter patientens behov i centrum. Läkarna menar att förutsättningarna för att kunna ha ett förhållningssätt som ovanstående är att man som personal besitter både en god medicinsk-teknisk kompetens och en allmänmänsklig kompetens. Nedan i tabell 1, följer läkarnas uppfattningar om vad som är god respektive dålig omvårdnad, hur detta uppstår och hur det kan förhindras.

---

<sup>15</sup> Se sammanställning av personalens uppfattningar om god respektive dålig omvårdnad i Appendix.

*Tabell 1: Läkares uppfattning om god och dålig omvårdnad*

<b>God omvårdnad är att:</b>	<b>När sker detta:</b>	<b>Hur uppnås det :</b>
<b>Att värna om patientens integritet</b>	att inte klä av patienterna i onödan	att respektera patienten
<b>Att sätta patientens behov i centrum</b>	att få patienten att känna sig i centrum	att se den unika patienten och dess behov
<b>Att skapa en tillitsfull relation</b>	att känna sig trygg och lita på sig själv gör att man kan förmedla trygghet till patienten	att skapa trygghet för patienten
<b>Att vara kunnig</b>	viktigt med kunniga och professionella vårdare i akuta situationer	vikten av medicinskteknisk kompetens
<b>Att få patienten delaktig</b>	att patienten görs delaktig och kan vara med och påverka sin egen vård	att skapa möjligheter för delaktighet
<b>Att skapa kontinuitet</b>	att få möjlighet att följa patienten hela vägen	upprepade möten med patienten leder till ett kontinuerligt omhändertagande
<b>Att förmedla kunskap</b>	preoperativ kontakt med patienten för att informera och förklara för patienten	att informera och förklara för patienten
<b>Att ge patienten smärtlindring</b>	att kunna smärtstilla patienten efter en stor operation	postoperativ smärtlindring
<b>Dålig omvårdnad är att:</b>	<b>När sker detta:</b>	<b>Hur uppstår det:</b>
<b>Att vara oengagerad</b>	det blir inte som man tänkt sig, vårdarna orkar inte engagera sig tillräckligt	brist i engagemang
<b>Att vara okunnig</b>	patienten blir offer för att det bedrivs utbildning på sjukhuset	patienten blir behandlad av en som inte kan
<b>Respektlöshet</b>	att inte tänka på patientens integritet	genom att inte respektera patienten

För läkarna handlar dålig omvårdnad om situationer då man inte uppnått kontinuitet. Det kan vara situationer då patienter som kommit in akut fått vänta alldeles för länge på att bli opererade. Läkarna menar också att dålig omvårdnad kan uppnås i situationer när administrativa och organisatoriska beslut går före patientens behov. Exempelvis att det planerade dagsprogrammet på operation blir viktigare än patienterna. Läkarna betonar också att om man som vårdare inte orkar engagera sig tillräckligt för patienterna blir resultatet dålig omvårdnad. Att respektera patienternas

integritet är därför viktig. Att blotta patienten i onödan vid olika undersökningar är ett exempel på dålig omvårdnad.

## Professionalism och personlig relation viktigt för sjuksköterskorna

För sjuksköterskorna är mötet med patienten också viktigt och avgörande för att patienten skall få god omvårdnad, se tabell 2. I mötet skapas en tillitsfull relation men utifrån andra förutsättningar än läkarna. Sjuksköterskorna betonar att om de verkligen anstränger sig när patienten anländer till operationsavdelningen, kan de hinna skapa en relation med patienten även om det är ont om tid. Sjuksköterskorna betonar att det därför är önskvärt att få tid för mötet. Sjuksköterskorna efterlyser också ett arbetssätt som medför att de får träffa patienten dagen innan operationsdagen men det är inte lika nödvändigt som för läkarna. Det viktigaste för sjuksköterskorna är att de har *tid* för patienten när han/hon kommer till operationsavdelningen. Sjuksköterskorna menar att om de får ta hand om patienten innan operationen börjar får de också större möjlighet att anpassa och individualisera vården för just den patienten. Sjuksköterskorna betonar, liksom läkarna, att man som vårdare måste ha ett förhållningssätt där man värnar om patientens integritet och respekterar patienten i alla situationer. Sjuksköterskorna tycker också att det är viktigt att ha en god medicinsk-teknisk kompetens för det är först då som de verkligen kan anpassa vården till varje patient.

*Tabell 2: Sjuksköterskornas uppfattning om god och dålig omvårdnad*

<b>God omvårdnad är att:</b>	<b>När sker detta:</b>	<b>Hur uppnås det :</b>
<b>Att sätta patientens behov i centrum</b>	genom att se den andra människans behov	se den unika människans behov
<b>Att skapa kontinuitet</b>	vårdare och patient har träffats förut och känner igen varandra	kontinuitet i omhändertagandet
<b>Att skapa en tillitsfull relation</b>	skapa kontakt före nedsövning	etablera relation
<b>Att vara kunnig</b>	god yrkeskompetens en förutsättning för att kunna ge god omvårdnad och förmedla trygghet	medicinskteknisk kompetens nödvändig
<b>Att ha empatisk förmåga att se patienten som subjekt</b>	vårdaren tänker sig in i patientens situation och hur patienten eventuellt skulle uppleva det hela vårdaren ser patienten som ett subjekt	vårdaren har en empatisk förmåga och vårdaren ser hela patienten
<b>Att värna om patientens integritet</b>	att respektera patienten i all förekommande situationer	
<b>Dålig omvårdnad är att:</b>	<b>När sker detta:</b>	<b>Hur uppstår det:</b>
<b>Att se patienten som ett objekt att vara respektlös</b>	vårdaren mår dåligt på grund av övriga medarbetares bristande respekt för patientens integritet och för att patienten behandlas som ett objekt	patientens integritet värnas inte – objektifiering
<b>Att förmedla otrygghet</b>	patienten är inte lika mycket värd	patienten upplever sig nedvärderad och otrygg på grund av vårdarens förhållningssätt
<b>Att vara okunnig</b>	brister i sina åligganden	medicinsk-teknisk inkompetens

Intressant nog talar sjuksköterskorna mycket mer om dålig omvårdnad än vad läkarna gör. Dålig omvårdnad handlar för sjuksköterskorna om situationer där man inte har kunnat möta patienten på ett bästa sätt. Detta gäller framförallt vid akuta situationer, då det är svårt att tillgodose den enskilda patientens behov, eftersom man som vårdare först måste tillgodose alla vitala funktioner. Sjuksköterskornas berättelser om dålig omvårdnad handlar också om situationer då övrig personal inte har respekterat patientens integritet, exempelvis när patienten ligger avklädd på operationsbordet. Sjuksköterskorna talar också om situationer där man ser

patienterna som objekt. Man fokuserar då omvårdnaden enbart på den kroppsdel som skall opereras och glömmer bort att se hela människan. När sjuksköterskorna känner sig stressade över att de ska hinna söva så många patienter som möjligt under dagen, upplever de också att patienterna får dålig omvårdnad. Det upplevs som en löpandebandsituation och sjuksköterskorna menar då att förutsättningar för god omvårdnad är dåliga. En skillnad i synen på dålig omvårdnad mellan läkare och sjuksköterskor är att för läkarna handlar det om kompetensbrist medan det för sjuksköterskor handlar om tidsbrist. Det tyder på att problemen på olika sätt är relaterade till arbetssituationen.

### Det personliga mötet viktigt för undersköterskorna

För undersköterskorna handlar god omvårdnad om att vara nära och skapa en tillitsfull relation till patienten. Undersköterskorna har andra förutsättningar än läkare och sjuksköterskor för att skapa relationer med patienterna. I de situationer när undersköterskan är nära patienterna skapas också möjligheter att kommunicera, informera om ingreppet och stötta patienten inför den kommande operationen. I undersköterskornas berättelser betonas också vikten av att ha en empatisk förmåga och att kunna sätta sig in i patienternas situation, se tabell 3.

*Tabell 3: Undersköterskornas uppfattning om god och dålig omvårdnad*

<b>God omvårdnad är att:</b>	<b>När sker detta:</b>	<b>Hur uppnås det:</b>
<b>Att vara empatisk</b>	vårdaren känner av om patienten är orolig och vill prata	empatisk förmåga
<b>Att sätta patientens behov i centrum</b>	vårdarna sätter patientens behov i centrum	vårdarna ser den unika patienten
<b>1.1.1.1 Att värna om patientens integritet</b>	vårdaren respekterar patienten	vårdaren värnar patientens integritet
<b>Att skapa en tillitsfull relation</b>	vårdaren vill skapa en trygg atmosfär för patienten och inge förtroende	att förmedla trygghet
<b>Att vara nära</b>	att se patientens behov	patienten i centrum
<b>Att sörja för patientens fysiska behov</b>	vårdarna försöker göra det så bekvämt och behagligt som möjligt för patienten.	att undvika sänglägeskomplikationer
<b>Dålig omvårdnad är att:</b>	<b>Hur uppstår det:</b>	<b>Hur uppstår det:</b>
<b>Att se på patienten som ett objekt</b>	vårdarna ser endast den sjuka kroppsdel och glömmer bort människan bakom	objekttänkande
<b>Att tvingas lämna patienten</b>	vårdaren upplever att vid akuta situationer är det svårt att hinna med patienten	man hinner inte se den unika patienten
<b>Att vara respektlös</b>	vårdarna tänker inte på patientens integritet	patienten respekteras inte
<b>Att vara oengagerad</b>	vårdarna känner sig utbrända	bristande engagemang

Undersköterskorna uttrycker att god omvårdnad handlar om att se till att patienten ligger bekvämt på operationsbordet. Med hjälp av olika hjälpmedel som decubitusmadrasser, geldynor och värmedynor kan personalen se till att god omvårdnad skapas. För undersköterskorna är det också viktigt att värna om patientens integritet i alla förekommande situationer på operationsavdelningen. Undersköterskorna upplever att dålig omvårdnad är när de inte har kunnat vara nära patienten av olika anledningar. Exempelvis vid akuta situationer då de deras arbete handlar om att ta fram all medicinsk apparatur så att patienten kan bli sövd så snabbt

som möjligt. Undersköterskorna tycker, liksom sjuksköterskorna, att det finns situationer där patienten blir ett offer för objektstänkande.

### Den goda omvårdnaden ur tre perspektiv

Alla tre personalkategorierna tyckte att en tillitsfull relation till patienterna var viktig inom specialiteten anestesijukvård. De flesta av de intervjuade ansåg faktiskt att relationen var en grundförutsättning för god omvårdnad. Hur relationen etablerades var däremot olika för de tre personalkategorierna. Läkare och sjuksköterskor betonade också vikten av att vara ärliga mot patienten, vilket kräver ett engagemang från vårdarna. Här betonade läkarna det preoperativa mötets roll för relationen med patienten. De fick då möjlighet att sätta patientens behov i centrum samtidigt som det skapade kontinuitet i omhändertagandet. Det preoperativa mötet resulterade också i att läkarna kunde få patienten att känna sig delaktig i vården. Läkarna betonade att det som de tyckte var kvalitet i omvårdnaden var mötet med patienten och att detta sker på ett värdigt sätt. De tycker också att såväl relationen som uppgiften var viktiga för att de skulle kunna ge god omvårdnad.

För sjuksköterskorna var också mötet med patienten viktigt, men innebar inte nödvändigtvis att de måste träffa patienten innan han/hon kommer till operationsavdelningen. Det viktigaste för sjuksköterskorna var istället att få tid att ta emot patienten i lugn och ro. Sjuksköterskorna menade att tiden var viktig för att kunna sätta patientens behov i centrum och utföra en individuell vård. För sjuksköterskorna var medicinsk-teknisk skicklighet en absolut förutsättning för att kunna förmedla trygghet till patienten.

För undersköterskorna var närheten till patienterna och empatisk förmåga viktiga för god omvårdnad. De tyckte att om man lyckades skapa närhet till patienten ledde det till en tillitsfull relation och det ger möjlighet att se patientens specifika behov. För undersköterskorna var också patientens fysiska behov viktiga.

Alla tre personalkategorierna talar om dålig omvårdnad som ett resultat av förändrade förutsättningar, exempelvis vid akuta situationer. För undersköterskorna är detta speciellt viktigt eftersom deras arbete då handlar om att förbereda för akut operation och de förhindras då att vara nära patienten. Alla personalkategorier talar om situationer då man inte värnat om patientens integritet som uttryck för dålig omvårdnad. Läkarna menar också att om man som personal inte är tillräckligt



kompetent och oengagerad blir resultatet dålig omvårdnad. Sjuksköterskor och undersköterskor upplever fler situationer än läkarna i det dagliga arbetet som handlar om dålig omvårdnad.

## Patientvård som uppgift eller relation?

God och dålig omvårdnad inom anestesisjukvård kan ses utifrån begreppen *caring for* och *caring about*.<sup>16</sup> *Caring for* beskriver omvårdnaden utifrån handlingen och för det krävs att vårdaren kan tyda enskilda patienters tillstånd och behov. Det kräver en nära kontakt med patienten men inte nödvändigtvis en nära relation. *Caring for* handlar också om att vårdaren måste ha den verbala förmågan att kunna fråga och lyssna på patienten men också om att tyda icke verbala signaler. Detta är särskilt viktigt vid vård av medvetslösa patienter. *Caring for* handlar också om att vårdaren måste ha kapacitet att förstå andra människors subjektiva erfarenheter.

I situationer av *caring about* utförs omvårdnaden utifrån omtanken eller relationen till patienten. Den kan ske på olika nivåer alltifrån nära till en distanserad relation. Det handlar om vilka attityder och förhållningssätt vi närmar oss en medmänniska. Attityden och förhållningssättet kräver inte att vårdaren har en direktkontakt med patienten. En avdelningsföreståndare kan ha en djupare omtanke om sina patienter och vara inblandad i den dagliga omvårdnaden utan att ha direkt patientkontakt. Det kan också vara så att en vårdare som är mycket noggrann och skicklig på att tolka patientens specifika behov kanske inte alls bryr sig om patienten utan gör detta bara för sakens skull eller för att imponera på sina kolleger.<sup>17</sup> Det är enklare att beskriva *caring for*, eller hur handlingen utförs, och svårare att beskriva *caring about*, eller omtanken och förhållningssättet. För att visa vilka typer av vårdare det finns har Jecker & Self valt att kombinera *caring for* och *caring about* på fyra olika sätt.<sup>18</sup>

För det första används definitionen ”*health professionals who care for and about their patients*”. Med detta menas att vårdare från denna kategori utför omvårdnaden på ett professionellt sätt både i handling och graden av omtanke för patienten. Vårdaren upplever då att patienten får god omvårdnad. Denna typ av

---

<sup>16</sup> Jecker & Self (1991), s 285ff.

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Ibid.

vårdare finns representerad bland alla tre personalkategorierna. De upplever att de kan etablera en relation till patienten samt utföra omvårdnadshandlingar på ett skickligt sätt, vilket leder till att patienten får god omvårdnad. Alla tre personalkategorierna beskriver detta, men det är främst läkare och undersköterskor som betonar betydelsen av att ha en nära relation med patienten. Läkare och sjuksköterskor beskriver också vikten av att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett professionellt sätt. Både sjuksköterskor och läkare menar att om man inte är kunnig i sitt arbete kan man inte förmedla någon trygghet till patienten.

För det andra används definitionen *"health professionals who care for but not about their patients"*. Med detta menas att vårdare från denna kategori utför omvårdnaden på ett professionellt sätt gällande hur handlingen utförs men att det inte finns någon omtanke för patienten. Även denna typ av vårdare finns representerad i denna studie. Det visar sig att vårdarna ibland kan utföra handlingar på ett oantastligt. Det kan vara att snabbt och effektivt plocka fram och förbereda patienten för en akut operation men det sker på bekostnad av att de inte hinner etablera någon relation till patienten. För undersköterskorna blir denna situation mycket tydlig eftersom de i akuta situationer har till uppgift att snabbt få fram material och de tvingas då att lämna patienten. I läkarnas berättelser finns dessa situationer som att patienterna ibland får en tekniskt oantastlig vård men ett mänskligt undermåligt bemötande. Sjuksköterskorna menar att liknande situationer uppstår vid stora operationsprogram och tidspress, vilket leder till upplevelsen att patienterna behandlas utifrån "löpande band-principen".

För det tredje används definitionen *"health care professionals who care about but not for their patients"*. Med detta menas att vårdaren utför omvårdnaden med omtanke om patienten de men utför inte själv handlingen med eller för patienten. Detta exemplifieras i ett fall där läkaren tagit emot en svårt brännskadad patient och snabbt ordinerar att allting skall göras för att rädda denna patient. Men det visar sig sedan att patienten inte ville genomgå den livräddande behandlingen. Läkaren hade alltså inte patientens samtycke.

För det fjärde används definitionen *"health care professionals who care neither for nor about their patients"*. Med detta menas att vårdaren varken har omtanke om patienterna eller utför några omvårdnadshandlingar för patienten. Vårdaren orkar inte längre befatta sig med patienten utan flyr till administrativa uppgifter. Denna kategori är en oacceptabel roll för professionell vårdpersonal men förklarar det med

att det kanske är ett sätt att överleva, med andra ord en "överlevnadsstrategi" för utbränd och utsliten personal.

Personalens upplevelser i denna studie av vad som är god respektive dålig omvårdnad går att koppla till två av dessa fyra olika kategorier. De olika yrkena kan också sorteras in i olika kategorier. När läkarna i studien beskriver upplevelsen av god omvårdnad handlar det lika mycket om *caring for* som om *caring about*. De menar att en nära relation är av yttersta vikt för god omvårdnad men det fordras också att man som vårdare är professionell. För läkarna är båda dimensionerna lika viktiga.

Sjuksköterskornas beskrivningar handlar mer om *caring for* och i mindre utsträckning om *caring about*. Sjuksköterskorna betonar inte i lika stor utsträckning som läkarna betydelsen av en nära relation. De anser att en absolut förutsättning för att kunna vara professionell är att man är kunnig annars kan man inte förmedla någon trygghet till patienten och inte heller skapa en relation.

Undersköterskornas beskrivningar handlar mer om *caring about*, *caring for* får därför en underordnad betydelse. Undersköterskorna beskriver visserligen att omvården syftar till att se till patientens fysiska behov men för att kunna göra detta krävs det närhet till patienterna. De betonar mer än sjuksköterskorna vikten av att få vara nära och stötta patienten inför operationen.

Det ser ut som att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor talar om situationer där de kunnat etablera någon slags relation med patienten som det viktigaste för god omvårdnad. Men de gör detta utifrån olika situationer och även utifrån olika funktioner i arbetet. Läkarna vill träffa patienten preoperativt och där inhämta så mycket kunskap som möjligt om patienten för att därefter kunna erbjuda ett så bra omhändertagande som möjligt. Sjuksköterskorna betonade istället vikten av att få tid för att etablera en relation innan de söver patienten samt det medicinska tekniska kunnandet som basen för omvårdnaden. Undersköterskorna betonade närheten till patienten som det viktigaste för etablerandet av goda relationer.

I andra studier där fokus legat på etik i vården har samma mönster som ovan framträtt. Samma yrkeskategorier som ovan har betonat att engagemang för patienterna samt vikten av att agera utifrån patientens önskemål ligger till grund för god omvårdnad.<sup>19</sup> Även i dessa studier var det läkare och undersköterskor som stod

---

<sup>19</sup> Udén, Norberg & Norberg (1995), s 245ff.

närmast patienten och sjuksköterskan hade ett mer distanserat förhållningssätt. Undersköterskorna ville vara nära sina patienter och upplevde en konflikt mellan att följa patienternas önskemål och de direktiv som de fick av sina överordnade. Förklaringen till detta ses som en logisk följd av att de olika personalkategorierna har olika positioner och roller inom vården.

Att de olika yrkena har olika relation återkommer även i andra studier. Även i dessa undersökningar visas att sjuksköterskorna är den yrkesgrupp som är minst omvårdnadsinriktad.<sup>20</sup> Detta resultat strider mot den traditionella synen på sjuksköterskor som den yrkesgrupp som står närmast patienten och där läkaren finns i periferi.<sup>21</sup> Att resultatet ändå ser ut som det gör kan bero på hur vården är organiserad på avdelningarna där sjuksköterskan fungerar som arbetsledare och undersköterskorna är de som befinner sig närmast patienten i den dagliga omvårdnaden.<sup>22</sup> Men sjuksköterskornas relation till patienter och omvårdnad kan också förklaras genom att det anses vara viktigast att stödja patientens sviktande vitala funktioner och de psykosociala behoven har därför fått komma i andra hand.<sup>23</sup>

Ytterligare ett sätt att förklara varför sjuksköterskorna inte verkar se omvårdnaden som företrädarna för de övriga yrkena gör, är att de sjuksköterskor som ingår i denna studie befinner sig på olika kunskapsnivåer. Den kunskapsprocess sjuksköterskorna går igenom kan ses utifrån fem olika nivåer.<sup>24</sup> I början av kunskapsutvecklingen är sjuksköterskan en novis och efter mångårig erfarenhet ses sjuksköterskan vid en expert som har en djup förståelse av patientens totala situation. När sjuksköterskan befinner sig på nivå med cirka två-tre års erfarenhet av likartade arbetsuppgifter är kunskapen kompetent. Den kompetenta sjuksköterskan har då klivit upp från steget att göra allting efter regelboken och börjar se sitt arbete mer långsiktigt och planerande. Sjuksköterskan kan då ha en större handlingsberedskap för sitt omvårdnadsarbete. På nivå fyra ses sjuksköterskan som skicklig i sitt yrke och kan se helheter istället för delarna.<sup>25</sup> Den skickliga sjuksköterskan lär sig av sina tidigare erfarenheter, vilket också leder till förmåga att anpassa omvårdnadsåtgärderna för att kunna bemöta händelserna. Detta skulle betyda att de

---

<sup>20</sup> Norberg & Udèn (1995), s 233ff.

<sup>21</sup> Jecker & Self (1991).

<sup>22</sup> Norberg & Udèn (1995), s 238ff.

<sup>23</sup> Åström, Norberg, Hallberg & Jansson (1993), s 183ff.

<sup>24</sup> Benner (1984).

<sup>25</sup> Ibid.

sjuksköterskor som ingår i denna studie befinner sig på den kompetenta sjuksköterskans nivå där alla betonar vikten av den medicinsktekniska kompetensen.<sup>26</sup>

Att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor resonerar olika är egentligen inte ett stort problem eftersom hälso- och sjukvårdsarbete är så komplext att alla yrkeskategorier behövs för att ta hand om alla patienter. När vårdare från olika yrkeskategorier tar hand om patienter föreligger det därför mindre risk att någon omvårdnadsaspekt glöms bort.<sup>27</sup> Ett problem som uppstår är emellertid att god omvårdnad står för olika saker hos olika yrken, vilket kan leda till att begreppet omvårdnad blir diffust och svårt för utomstående att förstå och kanske också svårt för personalen att uppnå.

---

<sup>26</sup> I Appendix, där de intervjuades yrken, kön, ålder samt tid i yrket redovisas, framgår att sjuksköterskorna i denna studie har färre tjänsteår i yrket än vad de övriga yrkeskategorierna har.

<sup>27</sup> Udén, Norberg & Norberg (1995), s 245ff.

## APPENDIX

De intervjuades yrken, kön och åldersfördelning, samt tid inom anestesivården

Yrken	Ålder	Kvinna	Man	År inom anestesisjukvård
Undersköterska	37-46	3	0	10-22
Sjuksköterska	28-40	3	0	2-7
Läkare	39-43	1	2	10-15

De olika yrkeskategoriernas upplevelser av god omvårdnad

Personalens upplevelser av god omvårdnad	Läkare	Undersköterskor	Sjuksköterskor
att värna om patientens integritet	x	x	x
att sätta patientens behov i centrum	x	x	x
att förmedla kunskap	x	x	x
att skapa kontinuitet	x		x
att få patienten delaktig	x		
att se patienten som ett subjekt	x	x	x
att skapa en tillitsfull relation	x	x	x
att ha empatisk förmåga		x	x
att smärtlindra patienten	x		x
att vara nära		x	
att vara kunnig	x		x
att sörja för patientens fysiska behov	x	x	x

De olika yrkeskategoriernas upplevelser av dålig omvårdnad

Personalens upplevelser av dålig omvårdnad	Läkare	1.1.1.2 Undersköterskor	Sjuksköterskor
att vara respektlös	x	x	x
att se patienten som ett objekt		x	x
att tvingas lämna patienten.		x	
att vara oengagerad	x	x	x
att förmedla otrygghet		x	x
att vara okunnig	x		x

## Slutord: Mot en industrialisering av vårdarbetet?

*Lena Andersson-Skog & Helén Strömberg*

Vårdarbetet och samhällets syn på sjukvården håller på att förändras. Förändringen består av flera samverkande och ibland motstridiga processer, som inte alla sker i samma takt. Här har en aspekt, frågan om sjuksköterskans arbetsuppgifter och ställning i vårdens organisation, lyfts fram och tjänat som utgångspunkt för olika analyser av vårdens omvandling. Dessa förändringsprocesser har setts i relation till det omgivande samhällets omvandling.

Välfärdsstatens omvandling och eventuella nedmontering innebär dock inte att studier om hälso- och sjukvårdssektorns samhällseliga betydelse blir mindre viktiga – det tyder snarare på att en ofantlig och ytterst viktig forskningsuppgift ligger framför oss. Antologin har visat på nyttan av en disciplinöverskridande forskning. Vi har idag i vissa avseenden ännu fragmentariska kunskaper om olika strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården under efterkrigstiden. Här har vi antytt några teman som kan utgöra grunden för framtida funderingar kring sjukvårdens omvandlingsprocesser.

Sammantaget kan teknikutveckling, sjukvårdens expansion och professionaliseringen av sjukvården, kanske något provokativt, tolkas som om att sjukvården har genomgått en slags industrialisering efter 1960. Det finns också uppenbara likheter mellan det sena 1900-talets industriella varuproduktion och verksamheten i sjukvården. Varuproduktionen i karaktäriseras i dag av hög produktivitet och kapitalintensitet, där produktionens omfattning styrs av kundens behov – så kallad ”*just in time*”-produktion. Arbetsuppgifterna är specialiserade och rutiniserade men kräver samtidigt hög formell och praktisk kompetens. Verksamheter som inte kan strömlinjeformas och som har lägre produktivitet läggs ut på andra, ”*outsourcing*”. Detta har lett till att sjukvården idag är ett dualt system, där en mer teknik- och vetenskapsintensiv verksamhet bedrivs på sjukhusen i landstingens regi och en mer arbetskraftsintensiv verksamhet bedrivs av kommunerna.

Idag kan sjukhusvården på många sätt sägas vara ”industrialiserad” till både form och utförande. För det första bedrivs vården i storskalig form, med en industrilik organisation och en högt uppdriven arbetsdelning mellan olika

yrkesgrupper, där specialisering mellan olika medicinska grenar är ett kännetecken. För det andra har olika behandlingsmetoder standardiserats och den professionella kompetensen med formell och vetenskaplig utbildning dominerar verksamheten. För det tredje har det också växt fram en marknad för ”insatsvaror” i produktionen där patienter köps och säljs mellan olika sjukhus. Dessutom växer det fram en marknad för mänskliga ”reservdelar” i och med att transplantationsverksamheten ökar i omfattning. En fjärde likhet är att vissa verksamhetsområden har lagts ut på andra huvudmän – främst gäller det åldringsvården med sitt personalintensiva innehåll. Vi ser dessutom en snabb utslagning av lågutbildad personal och höga krav på formell specialistkompetens för kvarvarande yrkesgrupper.

Beskrivningen är givetvis både schablonartad och hårt generaliserad. Det finns ju också betydande skillnader mellan industriproduktionen och vårdarbetet. En är att vården är skattefinansierad och har ett betydande inslag av direkt politisk- och administrativ styrning. En annan och viktigare, är att vård handlar om att ta hand om människor; att lindra, vårda och bota sjuka. Man kan säga att vårdarbetet i sin essens handlar om att skapa individuell livskvalitet, och inte om att producera ett bestämt antal vårdprestationer. Här uppstår paradoxen att samtidigt som patienterna är individer med olika levnadsförhållanden och livsvillkor, så behandlas de på samma sätt i den standardiserade och rutiniserade behandlingskedjan i den moderna sjukvården. Trots att dessa, och liknande invändningar, kan resas mot det förda resonemanget, kan man likväl hävda att tendensen är att sjukhusvården utvecklas i en riktning som överensstämmer med de industribranscher där en kunskapsintensiv ”flexibel specialisering” är huvudinriktningen.

Denna tudelning går också igen i en samtidig parallell internationell och lokal utveckling. Samtidigt som vi gärna pratar om behovet av en egen husläkare och kontinuitet i bemötande på den egna vårdcentralen, i den lokala miljön, utvecklas idag sjukhusvården i motsatt riktning. Regionerna utökas, patientunderlaget blir större per sjukhus, många specialist läkare reser Norden runt på tillfälliga anställningar, vissa operativa ingrepp utförs bara på några få platser i världen etc. Detta talar för behovet av att också resa samhällsvetenskapliga och ekonomisk-historiska frågor när man studerar vårdarbetet.

En underliggande förändring är här synen på vad som är friskt och sjukt. I dag kan medicinen användas för annat än vad som förut definierades som sjukdomstillstånd; för kosmetisk kirurgi som läppförstoring, fettsugning och



bröstförstoring eller för fertilitetsbehandling. Här håller också medborgarnas krav på sjukvården att ändras. Frågan är hur beslutsfattarna inom vården, politikerna, kommer att agera. De kriterier som kommer att gälla för medborgarnas tillgång till olika slags medicinska åtgärder och vård fastställs idag genom politiska beslut på olika nivåer. Vilka värderingar och bedömning görs då? En centrala fråga är här vad den skattefinansierade vården kommer att bestå av i framtiden. Vilka principer ska gälla här, och vad säger de om synen på hälsa, människor och samhället?

Frågor om vården utvecklats i riktning mot en avhumanisering har lyfts fram under de senaste decennierna. När verksamheten förändras kan det krocka med personalens uppfattning om vad deras arbete ska innehålla. Effekten kan bli att personalen inte känner tillfredsställelse i sitt arbete och för att hantera denna känsla avhumaniserar man patienterna: fru Andersson på sal 5 blir ”5:an”, tant Elsas trasiga höftled blir höften. Avhumanisering kan alltså vara avidentifiering. Dessutom har rent faktiskt vårdarbetet avhumaniserats i en annan mening: teknik har ersatt mänskligt arbete. Detta speglar den faktiska förändringen av vårdens inriktning sedan 1960-talet. Frågan är också hur detta inverkar på vårdarbetet och dess arbetsuppgifter. Redan idag pågår en förändring av den horisontella arbetsdelningen inom vården, där olika typer av medicinsk behandling och vård utförs på olika kliniker. Samtidigt sker en vertikal omfördelning mellan olika specialiteter, där status är kopplad till medicinsk forskning och vetenskaplig framgång.

Detta inverkar också på yrkesgruppernas inbördes hierarki. Sedan länge är läkarvetenskapens expertsystem väl etablerad inom vården. Idag börjar det utmanas av en annan expertgrupp inom vården, nämligen ekonomerna som genom det ekonomistiska styrsystemets inflytande fått ökad makt. En annan yrkesgrupp, sjuksköterskorna, har fått sitt tidigare homogena yrke diversifieras och specialiseras. Det har lett till en reell förändring av de arbetsuppgifter som olika sköterskor gör. Vårdarbetet med patienter utgör här en allt mindre del av sysslorna. Med det ökande administrativa inslaget i sköterskornas uppgifter har också personalledande uppgifter nu börjat utföras av sköterskor. Dessa kan utgöra ett ”hot” mot läkarkårens tidigare homogena hierarki på klinikerna. Samtidigt har stora yrkesgrupper försvunnit från sjukhusen till kommunernas åldringsvård. Det gäller främst undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Deras försvinnande har att göra med det faktum att ”traditionell” vård minskat i omfattning inom sjukhusen.

Det kanske är så att patienterna i dag är det största ”hotet” mot det industrialiserade vårdarbetet. Patienterna förväntar sig och frågar efter något annat än vad den moderna vården tillhandahåller. Här, i skärningspunkten mellan vårdsystemets professionalisering och önskemålen och behoven hos de människor sjukvården är till för, ligger de avgörande vägvalen för framtidens sjukvård. Den ömma handen har visserligen ersatts med kall elektronik – men är en återgång till det gamla möjlig eller ens önskvärd?

## Litteratur

- Andersson, Inger** (1988), *Vårdtyngd, vårdkvalitet och vårdorganisation – vårdens villkor vid minskade resurser*. Studentlitteratur: Lund.
- Anderson, J.G. & Jay, S.J.** (1987), (red.), *Use and impact of computers in clinical medicine*. New-York: Springer-Verlag, 8-14.
- Andersson, Åsa** (1997), Livsideal och yrkesetik: Om kalltankens betydelse i det kvinnliga vårdarbetets idéhistoria. *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift*, nr 1.
- Antman, Peter** (1994), Vägen till systemskifte: den offentliga sektorn i politiken 1970-1993. Gustavsson, Rolf Å. (red.), *Köp och sälj – var god svälj?; Vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsmiljöperspektiv*. Stockholm.
- Asplund, Brita & Gunnar Rydström** (1968), (red.), *Vi sjuksköterskor anser. Hälso- och sjukvården som sjuksköterskorna upplever den*. Svensk sjuksköterskeförening. Stockholm.
- Arvidsson, Göran & Bengt Jönsson** (1991), *Sjukvård i andra länder – vad kan Sverige lära?* Kristianstad.
- Atlestam, Barbro** (1995), (red.), *Infrastuktur för informationssamhället - Teknik och politik*. B 1995:1. NUTEK. Stockholm.
- Aydin, Carolyn E. & Rice, Ronald E.** (1991), Social worlds, individual differences, and implementation. Predicting attitudes towards a medical information system. *Information and Management*, 20(2), 119-136.
- Axelsson, Runo** (1998), *Hälso- och sjukvårdsadministration i organisationsteoretisk belysning*. Studentlitteratur: Lund.
- Beckman, Svante** (1995), IT och världsbilderna. Atlestam, Barbro (red.), *Infrastuktur för informationssamhället - Teknik och politik*. B 1995:1. NUTEK. Stockholm.
- Benner, Patricia** (1984), *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley.
- (1993), *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Studentlitteratur: Lund.
- Berner, Boel** (1999), *Gendered Practices. Feminist Studies of Technology and Society*. Nova Print: Linköping.
- & Elisabeth Sundin (1996), *Från symaskin till cyborg. Genus, teknik och social förändring*. Nerenius & Santérus: Falun.
- Blomqvist, Paula & Bo Rothstein** (2000), *Välfärdsstatens nya ansikte: demokrati och marknadsanpassning inom den offentliga sektorn*. Agora: Stockholm.
- Blomquist, Tomas & Johan Packendorff** (1998), Ekonomisk styrning för förändring: En studie av ekonomiska styrinitiativ i hälso- och sjukvården. *Företagsekonomi, Serie B:40*. Umeå universitet. Umeå.
- Bohm, Eva** (1972), *Okänd, godkänd, legitimerad. Svensk sjuksköterskeförenings första 50 år*. Stockholm.
- Bonderup, Gerda** (1997), De kloke folk og det danske samfund – kvaksalverforordningen af 5.9.1794 og det første 30 år derefter. *Dansk Historisk tidskrift* 1997:2. Copenhagen.
- von Bonsdorff, Bertel** (1975), *The History of Medicine in Finland 1828-1918*. Societas Scientiarum Fennica: Helsinki.
- Borell, Klas, Johansson, Roine, Lindquist, Rafael** (1998), Avslutning: Välfärdspolitikens nya organisatoriska sammanhang. Lindquist, Rafael, (red.), *Organisation och välfärdsstat*. Umeå.
- Braverman, Harry** (1977), *Arbete och monopolkapitalism. Arbetets degradering i det tjugonde århundradet*. Rabén & Sjögren: Stockholm.

- Brodin, Helene** (1998), Från holistisk till fragmenterad sjukvård; En fallstudie av organisatoriska förändringar i långtidsvården 1970-1995, D- uppsats, Mimeo, *Institutionen för ekonomisk historia, Umeå Universitet*.
- Brophy, J.T. & Souder, B.A.** (1992), Preparing for the 21st Century: New Technologies, Reduced Costs. *Compensation & Benefits Management*, 9(1), 25-28.
- Burrage, Michael & Rolf Torstendahl** (1990), (red.), *Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions*. London.
- Bynum W. F. & Roy Porter** (1988), (red.), *Medical Fringe & Medical Orthodoxy 1750-1850*, Beckenham, Kent: Croom Helm.
- Callon, Michel** (1986), Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fisherman of St Briec Bay. Law, J (red.), *Power, action and belief. A new sociology of knowledge?* Routledge: London.
- **& Bruno Latour** (1981), Unscrewing the big Leviathan, or how actors macro-structure reality and how sociologists help them to do so. Knorr-Cetina, K. & Cicourel, A. (red.), *Advances in social theory and methodology: toward an integration of micro and macro sociologies*. Routledge & Kegan Paul: London.
- Collins, Randall** (1990), Market closure and conflict theory of the professions. Burrage, Michael & Rolf Torstendahl (red.), *Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions*. London.
- Cooper, R.B. & Zmud, R.W.** (1990), Information technology implementation research: A technological diffusion approach. *Management science*, 36(2), 123-139.
- Cooter, Roger** (1988), (red.), *Studies in the History of Alternative Medicine*. Macmillan Press: Houndmills & Basingstoke & Hampshire & London.
- Corley, M. & Selig, P.** (1992), Nurse moral reasoning using the nursing dilemma test. *Western Journal of Nursing Research*, 14, 3, 380-388.
- Culyer, A.J., Evans, Robert G., von der Graf Schuldenburg, Matthias J., van den Ven Wynand, P.M.M. & Weisbrod, Burton A.** (red.), *Svensk sjukvård bäst i världen?* Kristianstad.
- Czarniawska, B. & Jorges, B.** (1996), Travels of ideas. Czarniawska, B. & Sevón, G. (red.), *Translating organizational change*. Walter de Gruyter: Berlin.
- **& Sevón, G.** (1996), (red.), *Translating organizational change*. Walter de Gruyter: Berlin.
- Dahlberg, K.** (1993), *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur: Lund.
- Danielsen, T.** (1993), The challenge of computer-mediated communication in health care. *Teletronikk*, 1, 72-77.
- Danielsson, Ella** (1992), Omvårdnad och dess psykosociala inslag. Sjuksköterskestuderandes uppfattningar av centrala termer och reaktioner inför en omvårdnadssituation. *Göteborgs Studies in Educational Sciences* 88. Göteborg.
- Davies, Celia** (1980), A Constant Casualty: Nurse Education in Britain and USA to 1939. Davies, Celia, (red.), *Rewriting Nursing History*. London.
- (1980), (red.), *Rewriting Nursing History*. London
- (1995), *Gender and the Professional Predicaments in Nursing*. Buckingham: Philadelphia.
- Dean, J.W., Yoon, S.J. & Susman, G.I.** (1992), Advanced manufacturing technology and organization structure: Empowerment or subordination? *Organization Science*, 3(2), 203-229.
- Diers, Donna** (1979), *Research Nursing Practice*. J.B. Lippincott Company USA.

- Dillner, Elisabet** (1968), *Åtta decennier och en del år därtill. Några data och fakta kring sjuksköterskeutbildningen i Sverige*. Stockholm.
- Eckelund, Ingemar, Håkansson, Stefan & Helene Svensson** (1994), *Mått och steg för ett bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården*. Stockholm.
- Edebalk, Per Gunnar & Björn Lindgren** (1996), Från bortauktionering till köp- sälj- system. Svensk äldreomsorg under 1900-talet. Eliasson, Rosemari (red.), *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund.
- Eliasson, Rosemari** (1991), Äldreomsorgen, kvinnors arbete och välfärdstatens kris. *Häftet för kritiska studier*, nr 1, 1991.
- (1996), *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund.
- Eklöf, Motzi** (1997), Den ideale läkaren. En minnesteckning. *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift*, nr 1, 1997.
- Ellis, Jack** (1990), *The Physician-Legislators of France: Medicine and Politics in the Early Third Republic, 1870-1914*. New York, Cambridge University Press.
- Emanuelsson, Agneta** (1990), *Pionjärer i vitt. Professionella och fackliga strategier bland sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, 1851 – 1939*. Diss. Stockholms universitet. Stockholm.
- Eriksson, Helén & Elly Gunnarsson** (1997), På tröskeln till omvårdnadsvärlden. Diss. *Department of Sociology. Umeå University no 4*. Umeå.
- Eriksson, Henrik** (1998), Omvårdnadsforskningens utgångspunkt – en personlig betraktelse. *Omvårdaren*, nr 3.
- Ettlie, J.E., Bridges, W.P. & O'Keefe, R.D.** (1984), Organization strategy and structural differences for radical versus incremental innovation. *Management science*, 30(6), 682-695.
- Eduards, Maud** (1997), *Towards a new democratic order?* Stockholm.
- Evans, Robert G.** (1995), Reflexioner om revolutionen i Sverige. Culyer, A.J., Evans, Robert G., von der Graf Schuldenburg, Matthias J., van den Ven Wynand, P.M.M. & Weisbrod, Burton A. (red.), *Svensk sjukvård bäst i världen?* Kristianstad.
- Fawsett, Jaqueline** (1989), *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. Library of Congress. USA.
- Florin, Christina** (1987), *Kampen om katedern: feminiserings- och professionaliseringsprocessen inom den svenska folkskolans lärarkår 1860-1906*. Diss. Umeå universitet. Almqvist & Wiksell International: Stockholm.
- (1991), De gåtfulla sjuksköterskorna. *Historisk tidskrift*, nr 1991.
- (1994), Florin, Christina. Kvinnliga tjänstemän i manliga institutioner. Wikander, Ulla (red.), *Kvinnohistoria. Om kvinnors villkor från antiken till våra dagar*. Stockholm.
- & Ulla Johansson (1990), Kunskap och kompetens som vapen. *Häftet för kritiska studier*, 1990:3.
- Flynn, Norman** (1990), *Ekonomisk styrning i den offentliga sektorn*. Lund.
- Forsell, Anders** (1994), Företagisering av kommuner. Jacobsson, Bengt (red.), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm.
- Furuhagen, Birgitta** (1993), (red.), *Äventyret Sverige. En ekonomisk och social historia*. Bra Böcker: UR.
- Gammon, D.** (1993), Restraining and facilitating factors in the diffusion of telemedicine - An interview study. *Elektronikk*, 1, 78-84.
- Gaunt, David** (1996), Hemvård istället för vårdhem. Gaunt, David & Göran Lantz, (red.), *Hemmet i vården. Vården i hemmet*. Liber: Stockholm.

- (1996) & Lantz, Göran (red.), *Hemmet i vården. Vården i hemmet*. Liber: Stockholm.
- Ginzberg, M.J.** (1978), Finding an adequate measure of OR/MS effectiveness. *Interfaces*, 8(4), 59-62.
- Granquist, Roland** (1991), *Effektivitet och produktivitet i sjukvården*, Företagsekonomiska institutionen, Stockholms Universitet, 1991:1, 89-145.
- Greiff, Mats** (1992), *Kontoristen: från chefens högra hand till proletär: proletarisering, feminisering och facklig organisering bland svenska industritjänstemän 1840-1950*. Diss. Lunds universitet. Lund.
- Griffin, A. P.** (1980), Philosophy and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 5, 261-272.
- Grönroos, Christian** (1992), *Service management*. Göteborg. ISL förlag.
- Gustavsson, Rolf Å.** (1994), (red.), *Köp och sälj – var god svälj? Vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsmiljöperspektiv*. Stockholm.
- Gutek, B.A., Bikson, T.K., & Mankin, D.** (1984), Individual and organizational consequences of computer-based office information technology. Oskamp, S. (red.), *Applied social psychology annual: Applications in organizational settings*. Beverly Hills, CA: Sage. 231-254.
- Göransson, Anita** (1988), *Från familj till fabrik. Teknik, arbetsdelning och skiktning i svenska fabriker 1830-1877*. Diss. Umeå universitet. Arkiv: Lund.
- (1993a), Från hushåll och släkt till marknad och stat. Furuhausen, Birgitta (red.), *Äventyret Sverige. En ekonomisk och social historia*. Bra Böcker: UR.
- (1993b), Om teori och historia: mening, makt och materialitet. *Uppsala Papers in Economic History. Report 33*. Uppsala University. Uppsala.
- (1994), *Kön som analyskategori i den ekonomiska historien: några linjer och resultat*. Nordiska historikermötet 22:1994.
- Hagemann, Gro** (1983), *Kvinnors relative fattigdom under det bestående system. Kjønn og fattigdom i Kristiania på 1800-tallet*. Oslo.
- Hall, Paul, Enkvist, Ove, Mellner, Christian & Torkel Danielsson** (1965), Patienten och datamaskinen. *Folksam Hälsoråds faktaserie, nr 1*. Stockholm
- Hallenberg, Birgitta, & Margareta Stomberg Warrén** (1996), *Anestesisjukvård*. Liber: Stockholm.
- Halmesvirta, Anssi** (1995), Kansallisen vastustuskyvyn puolesta: Konrad ReijoWaara ja degeneraation idea 1880-1918. Lahtinen, Merja (red.), *Historiallinen arkisto 105*, Helsinki: SHS.
- Hamilton, Aina** (1919), (red.), *Kvinnliga yrken och deras förutsättningar*. Stockholm.
- Hammar, Inger** (1999), *Emancipation och religion. Den svenska kvinnorörelsens pionjärer i debatt om kvinnans kallelse ca 1860-1900*. Stockholm.
- Hayes, R.H. & Jaikumar, R.** (1988), Manufacturing crisis: New technologies, obsolete organizations. *Harvard Business Review*, (Sep-Oct), 77-85.
- Hirdman, Yvonne** (1998), *Med kluven tunga. LO och genusordningen*. Atlas: Stockholm.
- Holmdahl, Barbro** (1994), *Sjuksköterskans historia. Från siukwacterska till omvårdnadsdoktor*. Falköping.
- Holme, Lotta** (1996), *Konsten att göra barn raka : ortopedi och vanförevård i Sverige till 1920*. Carlsson: Stockholm.
- Hopkins, Patrick D.** (1998), (red.), *Sex/Machine. Readings in Culture, Gender and Technology*. Indiana University Press. USA.
- Hugemark, Agneta** (1995), *Den fängslade marknaden. Ekonomiska experter om välfärdsstaten*. Lund.

- Huisman, Frank** (1989), Itinerant medical practitioners in the Dutch republic. The Case of Groningen. *Tractrix, Yearbook for the History of Science, Medicine, Technology and Mathematics* 1989:1.
- Isacsson, Maths** (1983), *Verkstadsindustrins arbetsmiljö: Hedemora Verkstäder under 1900-talet*. Arkiv: Lund.
- Irvine, Loudon** (1997), (red.), *Western Medicine. An Illustrated History*. Oxford: New York: Oxford University Press.
- Ives, B. & Olson, M.H.** (1984), User involvement and MIS success: A review of research. *Management Science*, 30(5), 586-603.
- Jacobsson, Bengt** (1994), (red.), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm.
- Jansson, Lilian & Astrid Norberg** (1989), Ethical reasoning concerning the feeding of terminal ill patients. Interviews with registered nurses experienced in the care of cancer patients. *Cancer Nursing*. 12, 352-8.
- Jecker, N. & Self, D.** (1991), Separating care and cure: An analysis of historical and contemporary images of nursing and medicine. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16, 285-306.
- Josefsson, Ingela** (1991), *Kunskapens former. Det reflekterade yrkeskunnandet*. Malmö.
- Joutsivuo, Timo & Heikki Mikkeli** (1995), (red.), *Terveiden lähteillä*. Historiallinen arkisto 106, Helsinki: SHS 1995.
- Junghagen, Sven** (1998), *Strategiska förhållningssätt till informationsteknik i små företag*. Handelshögskolan i Umeå.
- Jütte, Robert** (1999), The Historiography of Nonconventional Medicine in Germany: An Concise Overview. *Medical History* 1999:3 vol 43.
- Knorr-Cetina, K. & Cicourel, A.** (1981), (red.), *Advances in social theory and methodology: toward an integration of micro and macro sociologies*. Routledge & Kegan Paul: London.
- Koivunen Bylund, Tuulikki** (1994), "Diakonissorna – kyrkans rödstrumpor?" *Kyrkohistorisk årsskrift* 1994.
- Lahtinen, Merja** (1995), (red.), *Historiallinen arkisto* 105, Helsinki: SHS.
- Lannerheim, Lena** (1994), Syster blir till: en sociologisk studie av sjuksköterskeyrkets framväxt och omformering. Diss. *Monograph from the Department of Sociology. University of Gothenburg* 55. Göteborg.
- Law, J.** (1986), (red.), *Power, action and belief. A new sociology of knowledge?* Routledge: London.
- Latour, Bruno** (1986), The powers of association. Law, J (red.), *Power, action and belief: A new sociology of knowledge?* Routledge: London.
- (1987), *Science in action*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Lehtonen, Turo-Kimmo** (1995), Bakterit ja henkisten ruttotautien siemenet. Puhdas elämä suomalaisessa terveystalouksessa 1890-luvulla. Joutsivuo, Timo & Heikki Mikkeli (red.), *Terveiden lähteillä*. Historiallinen arkisto 106, Helsinki: SHS 1995.
- Leira, Arnlaug** (1993), The "woman-friendly" Welfare-State? The Case of Norway and Sweden. Lewis, Jane, (red.), *Woman and Social Policies in Europe. Work, Family and the State*. Aldershot.
- Lewis, Jane** (1993), *Woman and Social Policies in Europe. Work, Family and the State*. Aldershot.
- Lindberg-Sand, Åsa** (1987), *Den nya sjuksköterskan: praktiken som yrkesförberedelse i allmänsjuksköterskeutbildningen*. Växjö.
- (1996), *Spindeln i klistret: den kliniska praktikens betydelse för utveckling av yrkeskompetens som sjuksköterska: en etnologisk-fenomengrafisk studie*. Diss. Lund.
- Linderoth, Henrik** (1996a), *Teleradiologi - En genomlysning av effekterna*. Handelshögskolan i Umeå.

**Linderoth, Henrik** (1996b), *Adoption and acceptance of information technology in health care organizations: Some theoretical and empirical findings*. INFORMS National Meeting, 3-6 November, Atlanta, USA.

**Lindgren, Gerd** (1992), *Doktorer, systrar och flickor: om informell makt*. Carlsson: Stockholm.

- (1996), . Broderskapets logik. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, nr 1:1996.

**Lindquist, Lars & Lena Cederholm** (1994), Styrförutsättningar och kontraktsmöjligheter. Jacobsson, Bengt (red.), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm.

**Lindquist, Rafael**, (1998), (red.), *Organisation och välfärdsstat*. Umeå.

**Lindseth, A.** (1992), The role of caring in nursing ethics. *Tidsskrift for Norsk Sykepleieforskning*, 1, 51-59.

- Marhaug, V., Norberg, A. & Udèn, G. (1994), Registered nurses and physicians reflections on their narratives about ethically difficult care episodes. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 245-250.

**Ling, Sofia** (1999), *Physicians, Quacks and the Field of Medicine: A Case Study of Quackery in 19<sup>th</sup> Century Sweden*. At Workshop Alternative Medicine/Irregular Healers in Social Science History Association. Fort Worth Texas, November 1999.

**Lumsdon, K.** (1992), Hospitals Move Toward Image Management, But Pace Is Slow. *Hospitals*, 66(11), 58-62.

**Lundh, Ulla** (1996), *Utvärdering av hemsjukvård*. Stockholm.

**MacKenzie, Donald & Judy Wajcman** (1985), *The Social Shaping of Technology*. Open University Press.

**Magnusson, Lars** (1993), Den svenska modellens uppgång och fall. Furuhausen, Birgitta (red.), *Äventyret Sverige. En ekonomisk och social historia*. Bra Böcker: UR.

- (1996), *Sveriges ekonomiska historia*. Tiden: Stockholm.

**Markus, M.L.** (1983), Power, politics, and MIS implementation. *Communications of the ACM*, 26 430-444.

**Marland, Hilary** (1987), The Medical Activities of Mid-nineteenth-Century Chemist and Druggist, with Special reference to Wakefield and Huddersfield. *Medical History*, vol 31.

**Martin, Michéle** (1998), The Culture of the Telephone. Hopkins, Patrick D. (red.), *Sex/Machine. Readings in Culture, Gender and Technology*. Indiana University Press. USA.

**Milton, Lena** (2001), Folkhemmet barnmorskor: den svenska barnmorskekårens professionalisering under mellan- och efterkrigstid. Diss. *Acta Universitatis Upsaliensis. Studia Historica Upsaliensia 196*. Uppsala.

**Moore, G.C. & Benbazat, I.** (1991), Development of an instrument to measure the perceptions of adopting an information technology innovation. *Information Systems Research*, 2(3), 192-222.

**Mossberg, Ann-Britt** (1994), Anhörigvårdare – informella vårdare i ett formellt system. *Socialvetenskaplig tidskrift*, Nr 2-3.

**Myrdal, Alva & Gunnar Myrdal** (1934), *Kris i befolkningsfrågan*. Bonniers: Stockholm.

**Niskanen, Kirsti** (1998), (red.), *Föreställningar om kön. Ett genusperspektiv på jordbrukets mekanisering*. Stockholm.

**Nilsson, John** (1939), *Drottningar och andra. En bok om Sophiahemmet*. Stockholm.

**Norberg et.al** (1992) *Omvårdnadens Mosaik*. Uppsala: Almqvist & Wiksell

**Norberg, Astrid & Lilian Jansson** (1992), Empati vid intervju. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5, 69, 241-244.

- & Udèn, G. (1995) Gender differences in moral reasoning among physicians, registered nurses and enrolled nurses engaged in geriatric and surgical care. *Nursing Ethics*, 2, 3, 233-242.

- & Axelsson, K., Rahm Hallberg, I., Lundman, B., Athlin, E., Ekman, S-L., Engström, B., Jansson, L., & Kihlgren, M. (1992), *Omvårdnadens mosaik*. Uppsala: Almqvist & Wiksell.



- & Engström, B. & Nilsson, L. (1994), *God omvårdnad. Grundvärderingar*. Bonniers: Stockholm.
- Norlander, Kerstin** (1984), Könsssegregerad arbetsdelning och facklig politik. *Arkiv för studier i arbetarrörelsens historia*, 1984 nr 29/30.
- (1994), Women capitalists and the industrialization of Sweden. *Umeå papers in economic history no 12*. Umeå University. Umeå.
- (2000), Människor kring ett företag. Kön, klass och ekonomiska resurser. Liljeholmes Stearinfabriks AB 1972-1939. Diss. *Economic History*. Gothenburg University 77. Göteborg.
- Normann, R.** (1975), *Skapande företagsledning*. Stockholm. Bonniers.
- Nymo, B.J.** (1993), Telemedicine. *Teletronikk*, 1, 4-11.
- Oittinen, Riitta** (kommande 2001), Health, Horror and Dreams for sale. Patent medicine on the Finnish Market for Health at the turn of the Century. Robert, Jütte & Motzi Eklöf (red.), *History of unconventional Medicine: Approaches, Concepts, Case studies*.
- Ohlsson, Rolf, Broomé, Per, Nilsson, Tore** (1993), *Operation sjukvård*. Stockholm.
- Olofsson, Gunnar** (1994), Det svenska pensionssystemet 1913-1993; Historia, struktur och konflikter. *Arkiv*, nr 58-59.
- Olofsson, Jonas & Ingela Schånberg** (2000), (red.), *Yrkesutbildningen i går och i dag – om tillväxt, välfärd och kön*. Studentlitteratur: Lund.
- Olsson, Åke** (1985), Syster och lönarbetare. *Systerskap i förändring – en bok utgiven till SSFs 75-årsjubileum 1985*. Stockholm.
- Olve, Nils-Göran & Carl-Johan Vestin** (1996), *IT-Mått*. IT-Kommisionen. Stockholm.
- Orban, Pal** (1995), Sjukhusvården och sjukhuspersonalen. Svensson Lennart G. & Pal Orban (red.), *Människan i tjänstesamhället*. Lund.
- Oskamp, S.** (1984), (red.), *Applied social psychology annual: Applications in organizational settings*. Beverly Hills, CA: Sage. 231-254.
- Palmblad, Eva** (1997), *Sanningens gränser. Kvacksalveriet, läkarna och samhället, Sverige 1890-1990*. Stockholm. Carlssons.
- Pascall, Gillian** (1997), *Social Policy: A New Feminist Analysis*. London.
- Pelling, Margaret** (1997), Unofficial and Unorthodox Medicine. Irvine, Loudon (red.), *Western Medicine. An Illustrated History*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Peltonen, Matti** (1990), (red.), *Arki ja murros*. Jyväskylä: SHS 1990, 123-140.
- Pitkänen, Kari** (1990), Myrkyä, sanoi tohtori Lybeck. Rokotustaistelu Suomessa 1900-luvun alkuvuosikymmenillä. Peltonen, Matti (red.), *Arki ja murros*. Jyväskylä: SHS 1990, 123-140.
- Porter, Roy** (1989), *Health for sale. Quackery in England 1660-1850*. Manchester & New York: Manchester University Press.
- Puranen, Britt-Inger** (1984), *Tuberkulos: en sjukdoms förekomst och dess orsaker: Sverige 1750-1980*. Diss. Institutionen för ekonomisk historia, Umeå universitet, Umeå.
- Pänkäläinen, Antti** (1938), *Kansanparantajia*. Porvoo: WSOY.
- Quinn, J.B. & Baily, M.N.** (1994), Information technology: Increasing productivity in services. *Academy of Management Executive*, 8(3) 28-51.
- Rafferty, Anne Marie** (1996), *The Politics of Nursing Knowledge*. London & New York.

- Ramiller, Neil C.** (1994), Perceived compatibility of information technology innovations among secondary adopters: Toward a reassessment. *Journal of Engineering & Technology Management*, 11(1), 1-23.
- Ramsey, Mathew** (1988), *Professional and popular medicine in France, 1770-1830*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rasmussen, B., Norberg, A. & Sandman, P. O.** (1995), Stories about becoming a hospice nurse. Reasons, expectations, hopes and concerns. *Cancer Nursing*, 18, 5, 344-354.
- ReijoWaara, Konrad** (1920), Mitä voisi ja mitä tulisi Duodecim seuran tehdä käytännöllisen terveydenhoitotyön edistämiseksi maassamme. *Duodecim*, 1910:5
- Ricoeur, Paul** (1976), *Interpretation theory: Discourse and the Surplus of Meaning*. Fort Worth, Texas: Christian University Press.
- (1992), *Från text till handling* ( 3:e uppl ). Stockholm: Brutus Östlings förlag.
- Robertsson, Hans & Ingela Pingel** (1996a), Uppfattningar om arbetet och arbetsorganisation hos vårdpersonal och läkare på ett landsortssjukhus. Delrapport 1 i projektet ”Yrkesidentitet i sjukvård”. *Arbetslivsrapport 1996:30*.
- (1996b), Uppfattningar om arbetet och arbetsorganisation hos vårdpersonal och läkare på ett centralsjukhus. Delrapport 2 i projektet ”Yrkesidentitet i sjukvård”. *Arbetslivsrapport 1996:31*.
- (1996c), Uppfattningar om arbetet och arbetsorganisation hos vårdpersonal och läkare på ett storstadssjukhus. Delrapport 3 i projektet ”Yrkesidentitet i sjukvård”. *Arbetslivsrapport 1996:32*.
- (1996d), Uppfattningar om arbetet och arbetsorganisation hos vårdpersonal och läkare på ett regionsjukhus. Delrapport 4 i projektet ”Yrkesidentitet i sjukvård”. *Arbetslivsrapport 1996:33*.
- Robey, D. & Sahay, S.** (1996), Transforming work through information technology: A comparative case study of geographic information systems in county government. *Information Systems Research*, 7(1), 93-110.
- Rogers, E.M. (1983), *Diffusion of Innovations*. New York. The Free Press.
- Roos, Pontus** (1997), Measurement of Output and Productivity of Hospital Services. A Discussion of the Malmquist Index Approaches. *IHE Working Paper 1997:7*.
- Rosenburg, Nathan** (1976), *Perspectives of Technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rydén, Göran** (1990), Hammarlag och hushåll. Om relationen mellan smidesarbetet och smedshushållen vid Tore Petrés brukskomplex 1830-1850. *Jernkontorets bergshistoriska skriftserie 27*. Stockholm.
- Saga, V.L.** (1994), *The nature and determinants of information technology infusion: An organizational level of analysis*. Diss. Florida State University.
- Sahlin-Andersson, Kerstin** (1994), Varför låter sig organisationer omvandlas. Jacobsson, Bengt (red.), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm.
- Schnitt, D.L.** (1993), Reengineering the organization using information technology. *Journal of Systems Management*, 44(1), 14-20.
- Schånberg, Ingela** (2000), Arbetsmarknadens kvinnonämnd och Arbetsmarknadens yrkesråd och kvinnors yrkesutbildning 1951-1973. Olofsson, Jonas & Ingela Schånberg (red.), *Yrkesutbildningen i går och i dag – om tillväxt, välfärd och kön*. Studentlitteratur: Lund.
- Schön, Lennart** (2000), *En modern svensk ekonomisk historia. Tillväxt och omvandling under två sekel*. SNS förlag: Stockholm.
- Scott, Joan** (1988), *Gender and the Politics of History*. New York.

- Silfverberg, Gunilla** (1996), *Hunden, hemtjänsten och moralen*. Gaunt, David & Göran Lantz (red.), *Hemmet i vården. Vården i hemmet*. Liber: Stockholm.
- Sommestad, Lena** (1992), *Från mejerska till mejerist. En studie av mejeriyrkets maskuliniserings process*. Diss. Arkiv: Lund.
- (1998), Ett genusperspektiv på jordbrukets modernisering – några reflexioner. Niskanen, Kirsti (red.), *Föreställningar om kön. Ett genusperspektiv på jordbrukets mekanisering*. Stockholm.
- Smith, Adam** (1909), *En undersökning av folkens välbefinnande, dess natur och orsaker*. C. W. K. Gleerups förlag: Lund.
- Strömberg, Helén** (1997), From Florence Nightingale to the Machine that goes "Bing". Technological Development and Gender Division in Swedish health Care 1960-1995. *Umeå Papers in Economic history, No 19*. Umeå University. Umeå.
- (2000), *Sjukvård i förändring 1960-1999. Specialistvård och medicinsk teknik i svensk sjukhusvård*. Institutionen för ekonomisk historia, Umeå universitet. Umeå.
- Sundin, Bosse** (1987), *Universalsmörjelse, kvacksalveri, patentmedicin och drömmen om ett naturenligt levnadssätt i slutet av 1800-talet*. *Lychnos* 1987.
- Suolahti, Eino** (1921), Puoskaritoiminnasta Suomessa. *Duodecim* 1921, vol 37, 253-255, 246-263.
- Svensson Lennart G. & Pal Orban** (1995), (red.), *Människan i tjänstesamhället*. Lund.
- Söderberg, A. & Norberg, A.** (1993), Intensive care: situations of ethical difficulty. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 2008-2014.
- Tappan, M.B. & Brown, L.M.** (1989), Stories told and lessons learned: Toward a narrative approach to moral development and moral education. *Harvard Educational Review*, 59, 2, 182-205.
- Taussi-Sjöberg, Marja & Tinne Vammen** (1995), (red.), *På tröskeln till välfärden. Vägledningsnormer och arenor i Norden 1800-1930*. Carlsson: Stockholm.
- Telemedicin i Sverige. Spridning, planering, prioriteringar och erfarenheter* (1996), SPRI. Stockholm, SPRI förlag.
- Thorsén, Håkan** (1997), *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. Liber: Stockholm.
- Tyre, M.J. & Orlikowski, W.J.** (1994), Windows of opportunity: Temporal patterns of technological adaptation in organizations. *Organization Science*, 5(1), 98-118.
- Udén, G., Norberg, A. & Norberg, S.** (1995) The stories of physicians, registered nurses and enrolled nurses about ethically difficult care episodes in surgical care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 9, 245-253.
- & Norberg, A., Lindseth, A. & Marhaug, V. (1992), Ethical reasoning in nurses and physicians stories about care episodes. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1028-1034.
- Utbuldt, Mats** (1994), *Vård och råd per tråd, Teldok rapport 85*. Farsta. Telia AB.
- Wahl, Anna** (1996), *Företagsledning som konstruktion av manlighet*. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, Nr 1:1996.
- Wajcman, Judy** (1991), *Feminism Confronts Technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Van de Ven, Andrew H.** (1986), Central problems in the management of innovation. *Management science*, 32(5), 590-607.
- Westlund, Peter & Monica Clow** (1994), *Medicinskt färdigbehandlad. Beslut och vårdplanering*. *Blekinge FoU-enhet för socialtjänst och primärvård, Rapport 1994:9*.
- Wellin, Bertha** (1917), *Amatörsjukvård*. Stockholm.

**Wikander, Ulla** (1988), *Kvinnors och mäns arbeten: Gustavsberg 1880-1980: genusarbetsdelning och arbetets degradering vid en porslinsfabrik*. Arkiv: Lund.

- (1991), Delat arbete, delad makt: om kvinnors underordning i och genom arbetet. En historisk essä. *Uppsala Papers in Economic History. Research Report no 28*. Uppsala University. Uppsala.

- (1994a), (red.), *Det evigt kvinnliga. En historia om förändring*. Tiden: Stockholm.

- (1994b), Sekelskiftet 1900. Konstruktion av en nygammal kvinnlighet. Wikander, Ulla (red.), *Det evigt kvinnliga. En historia om förändring*. Tiden: Stockholm.

- (1999), & Florin, Christina, Sommestad, Lena (red.), *Kvinnor mot kvinnor. Om systerskapets svårigheter*. Norstedts: Stockholm.

**Willow, K.** (1994), *Författningshandbok 1994. För personal inom hälso- och sjukvård*. Almqvist & Wiksell: Uppsala.

**Viney, L & Bousfield, L** (1991), Narrative analysis: A method of psychosocial research for AIDS-affected people. *Social Science and Medicine*, 32, 7, 757-765.

**Wingren, Gustaf** (1993), *Luthers lära om kallelsen*. Skellefteå.

**Wolek, Francis C.** (1975), Implementation and the process of adopting managerial technology. *Interfaces*, 5(3), 38-46.

**Young, D.W.** (1987), What makes doctors use computers? Anderson, J.G. & Jay, S.J. (red.), *Use and impact of computers in clinical medicine*. New-York: Springer-Verlag, 8-14.

**Zmud, R.W. & Apple, E.L.** (1992), Measuring technology incorporation/in-fusion. *Journal of Product Innovation Management*, 9(2), 148-155.

**Åström, G., Norberg, A., & Hallberg, IR.,** (1995), Skilled nurses experiences about caring. Interviews with experienced nurses engaged in surgical, medical and geriatric care. *Journal of Professional Nursing*, 11, 2, 110-118.

- & Norberg, A, Hallberg, IR & Jansson, L (1993), Experienced and skilled nurses narratives of situations where caring action made a difference to the patient. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 7, 3, 183-193.

**Öberg, Lisa** (1994), Privatpraktiserande barnmorska – ett yrke som försvann. Wikander, Ulla (red.), *Det evigt kvinnliga. En historia om förändring*. Tiden: Stockholm.