Välfärdspolitik och kvinnoyrken

Organisation, välfärdsstat och professionaliseringens villkor

AKADEMISK AVHANDLING

som med tillstånd av rektor vid Umeå universitet
för avläggande av filosofie doktorsexamen
kommer att försvaras i Hörsal E, Humanisthuset,
lördagen den 2 februari 2002 kl 10.15

av

Lars Evertsson

Umeå universitet
Umeå 2002

Evertsson, Lars. *Välfärdspolitik och kvinnoyrken. Organisation, välfärdsstat och professionaliseringens villkor. [Welfare Politics and Female Occupations. Organisation, Welfare State and the Conditions for Professionalisation].* Swedish text with a summary in English. Doctoral Dissertation in Sociology at the Faculty of Social Sciences, Umeå University, 2002.

ISBN 91-7305-170-5 ISSN 1104-2508

ABSTRACT

The relationship between the Swedish state's welfare political commitments and the emergence and development of three female-dominated welfare state occupational groups - nurses, home relief helpers and occupational therapists - is at the heart of this thesis. The primary aim is to study the professional possibilities and limitations created by the state's welfare political commitments in health care, family policy and rehabilitation.

The thesis emphasises the importance of regarding the state as a historically conditioned actor and as an organisation of organisations. The state is not a unified and static actor and this makes it difficult to speak of the state's relationship to different welfare occupations in general terms. Nurses, home relief helpers and occupational therapists have encountered the state in different historical contexts and established ties to different parts of the state. Abbott's (1988) term jurisdiction is used to characterise the area within welfare politics that nurses, home relief helpers and occupational therapists have made claims on or been allotted. The struggle for jurisdiction takes place on three, analytically separate but in reality interconnected arenas. These arenas are the workplace, the media arena and the legal arena. The thesis limits itself to the legal arena, that is, the state's administrative, planning and legislative structures. At the centre of the analysis of the legal arena are the Swedish Government Commission and the welfare political reform work that to a large degree has been formed by these institutions' function and work.

An important conclusion from these three case studies is that the state's welfare political commitments have been central for the emergence of nurses, home relief helpers and occupational therapists and their development into welfare state occupational groups. The state's welfare political ambitions have contributed considerably to the transformation of nurse, home relief helpers and occupational therapists into modern occupational groups. Dependency on the state has not always been easy to handle however. The state's welfare political interests have often contradicted the wishes of the professions regarding the content, length and organisation of training programmes, as well as regarding continuing education and licensing. The state has been unwilling to provide more training than deemed necessary from a welfare political perspective. An important conclusion from this study is that it is difficult for welfare state occupational groups to steer their professional project in a direction that falls outside of the state's welfare political commitments.

Keywords: welfare state, welfare politics, organisation, professions, jurisdiction, female dominated occupations, nurses, occupational therapists, home relief helpers

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION, SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR 1

Syfte och frågeställningar 3

Metodologiska överväganden – källor och urval, teori och tolkningsperspektiv 7

2. SAMHÄLLET SOM ORGANISATIONER – EN ORGANISATIONSREALISTISK ANSATS 15

Begreppet organisation 17

Organisatoriska former 19

Staten – en organisation av organisationer 22

3. KVINNOYRKEN, PROFESSIONER OCH PROFESSIONALISERING 39

Föreställningen om professionernas unika karaktär 40

Professioner som en uppsättning av egenskaper 40

Professioner som en organiserad form för yrkeskontroll 43

Med fokus på professionaliseringens samhälleliga villkor 46

4. SJUKSKÖTERSKOR 55

Framväxten och etableringen av sjuksköterskornas jurisdiktion – perioden fram till slutet av 1920-talet 57

Statens sjukvårdspolitiska intresse vaknar – efterkrigstiden 73

Det expansiva 1960-talet – akutsjukvårdens glansperiod 94

5. HEMVÅRDARINNOR 115

Med fokus på barnfamiljerna – den sociala hemhjälpens framväxt 117

Den sociala hemhjälpsverksamheten stöter på problem 139

Den statsunderstödda sociala hemhjälpen upphör 149

6. ARBETSTERAPEUTER 155

I vårdens periferi – arbets- och sysselsättningsterapi fram till slutet av 1930-talet 157

Statsmakternas intresse för arbets- och sysselsättningsterapi väcks – perioden 1940-talet 162

Kollegial organisering och professionell utveckling – utvecklingen av arbets- och sysselsättningsterapi under 1950-talet 181

Arbets- och sysselsättningsterapi under 1960-talet – arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll klarnar 191

7. SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION 207

Sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter - en sammanfattning 207

Sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter - en jämförelse av sociala förutsättningar och yrkesmässiga konsekvenser 213

Tillbaka till de teoretiska utgångspunkterna - mot en professionsteori med organisationsteoretiska influenser 220

EPILOG – VAD HÄNDE SEN? 230

KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING 233

SUMMARY 255

Förord

Egentligen borde forskarutbildningen inledas med att man som nybliven doktorand skriver förordet till den avhandling som är slutmålet för utbildningen. Förutom att detta skulle verka kvalitetshöjande på förordens allmänna standard – då de skulle skrivas medan man som doktorand fortfarande har krafter kvar – skulle man kunna ta fram sitt förord vid stunder av svårmod som en påminnelse om att allting har ett slut, så även avhandlingsarbetets vedermödor.

Att det varit tungt från tid till annan har dock inte på något sätt förtagit känslan av att det har varit en rolig och lärorik tid, forskningsmässigt likväl som socialt. Känslan av att med nyfikenhet, idéer och begrepp närma sig ett forskningsfält har stundtals varit berusande. Mina tankar och upptäckter har jag haft förmånen att få dela med min handledare professor Rafael Lindqvist och bihandledare professor Stina Johansson. För ert engagemang och stöd skall ni ha ett stort tack. Tack även till professor Rolf Å. Gustafsson för värdefull och konstruktiv kritik som opponent på mitt slutseminarium våren 2001. Stort tack skall också docent Roine Johansson ha för noggrann och sakkunnig läsning av avhandlingens teoretiska kapitel. För ekonomiskt stöd har jag Rådet för arbetslivsforskning (dnr. 1997-1182) att tacka.

Alltid lika rolig, ibland även med vissa berusande inslag, har samvaron på sociologiska institutionen i Umeå varit. Tack alla vänner, utan er hade jag troligtvis aldrig klarat livet i norr med dess diet av mörker, täckbyxor, hysteriskt många björkar och av infravärme uppvärmda sommarnätter. Efter åtta år i Umeå och Västerbotten tror jag mig med bestämdhet kunna konstatera att jag aldrig kommer att utses till länets turistambassadör. Till livets ljusa sida har också min kärlek Charlott Nyman bidragit. Tack för att du vill dela livet med mig och för att vi sällan pratar sociologi hemma. Avhandlingen tillägnar jag min pappa och minnet av min mamma.

Lars Evertsson
Umeå den 26 november 2001

1. Introduktion, syfte och frågeställningar

Statens åtagande för vård, omsorg och social service har gradvis vuxit fram under hela 1900-talet, många gånger i syfte att finna lösningar på problem relaterade till arbetslöshet, försörjnings- och inkomsttrygghet, vård och service för barn, sjuka och gamla. Påfallande ofta har dessa lösningar institutionaliserats till omfattande välfärdspolitiska program till vilka en rad vård-, omsorgs- och serviceyrken knutits. Med den svenska välfärdstatens framväxt har en ny typ av yrkesgrupper vuxit fram – de *välfärdsstatsprofessionella*.

Ett kännetecken för välfärdsstatens yrkesgrupper är de nära banden till staten; i utbyte mot att ställa sina tjänster och expertkunskaper till välfärdsstatens förfogande har de givits utrymme att resa professionella anspråk i anslutning till statens välfärdspolitiska åtaganden. Den offentliga sektorn utgör de välfärdsstatsprofessionellas huvudsakliga arbetsmarknad och inkomstkälla. Beroendet till de välfärdsstatsprofessionella grupperna försöker staten kontrollera på politisk väg (Bertilsson 1990:115). Genom en diskurs om social jämlikhet har de välfärdsstatsprofessionella gruppernas kunnat lägga en politisk och ideologiskt baserad samhällelig auktoritet – rätten att tala för det stora flertalets intressen och rättigheter – till sin vetenskapliga auktoritet (Castro 1992:214f). Ett tydligt uttryck för detta var i Sverige den sociala ingenjörskonsten där politiker med hjälp av medicinsk och social expertis försökte organisera, kontrollera och lägga medborgarnas levnadsförhållanden tillrätta (Hirdman 1990:126). Med hjälp av vetenskaplig kunskap och vetenskapliga metoder skulle politiker och välfärdsstatsprofessionella grupper lära medborgarna att leva ett sunt och gott liv (Castro 1992:215).

Flera av de yrken som vuxit fram i nära anslutning till statens välfärdspolitiska åtaganden har varit kvinnodominerade yrkesgrupper såsom distriktssköterskor, sjuksköterskor, barnmorskor, hemvårdarinnor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Trots detta har statens betydelse för dessa yrkens framväxt och utveckling sällan problematiserats. En möjlig förklaring till detta kan vara att välfärdsstatens historiska framväxt och utveckling allt som oftast framställs som ett resultat av mäns professionella, fackliga och politiska handlande (Sommestad 1994:606ff). I denna avhandling ska jag rikta uppmärksamheten mot den svenska välfärdsstatens betydelse för framväxten och utvecklingen av tre

kvinnligt dominerade vård- och omsorgsyrken. De yrken jag valt att studera är sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter. Min avsikt är att belysa hur dessa yrken vuxit fram och utvecklats i interaktion med staten och inom ramen för en generell hälso- och sjukvårdspolitik, familjepolitik och arbetsrehabiliteringspolitik. Mitt primära intresse rör hur och i vilken omfattning statens välfärdspolitiska åtaganden påverkat sjuksköterskors, hemvårdarinnors och arbetsterapeuters professionella aspirationer och utvecklingsmöjligheter. Och i vilken utsträckning dessa yrkesgrupper själva förmått forma sin utveckling i relation till statens intressen.

Gränsen mellan välfärdsstatens ansvar för vård och omsorg kontra marknadens, frivilliga organisationers och familjens ligger aldrig helt fast. När ansvarsgränserna förskjuts kan detta antas ge upphov till yrkesmässiga konsekvenser för de yrkesgrupper som utvecklats i förhållande till tidigare gränsdragningar. På samma sätt kan en förändring av välfärdspolitiken förväntas få konsekvenser för de yrkesgrupper som kommit att knytas till en tidigare förd välfärdspolitik. I sin avhandling *Barnmorskan och läkaren* (1996) visar Lisa Öberg hur staten i början av seklet knöt barnmorskorna till sig genom att uteslutande koppla rätten till pension till offentliga tjänster. I en studie av den svenska distriktssköterskan visar Agneta Emanuelssons (1994) hur den sjukvårdspolitik som fördes av staten under 1920-talet stärkte distriktssköterskornas professionella autonomi gentemot den manligt dominerade läkarkåren. Stina Johansson (1997) visar hur den efterkrigstida välfärdspolitiska satsningen på att rehabilitera sjuka och funktionshindrade tillbaka till förvärvsarbete skapade goda möjligheter till professionell utveckling för en professionellt orienterad sjukgymnastkår. Även hemvårdarinnor, hemsamariter och arbetsterapeuter började framträda som yrken i samband med att staten började intressera sig för barnfamiljernas, de äldres och funktionshindrades behov av vård, omsorg och rehabilitering. Innan välfärdsstatens engagemang befann sig dessa verksamheter i gränslandet mellan filantropi – i regi av exempelvis Röda korsets – och lönearbete (Johansson & Evertsson 1994; Gaunt 1996).

Banden till staten har emellertid inte alltid varit oproblematiska. Ett tydligt exempel härvidlag utgör hemvårdarinnorna vars välfärdsstatliga glansperiod varade mellan 1943 - 1960. Hemvårdarinnornas arbetsuppgift var att verka i familjer där husmor i samband med barnafödande, sjukdom eller av annan orsak, behövde vila. I takt med att hembaserad omsorg under 1960-talet omdefinierades till äldreomsorg urholkades hemvårdarinnornas yrkesroll och arbetsuppgifter. Man kan uttrycka det som att äldreomsorgens välfärdspolitiska

lösningar inte lämnade utrymme för hemvårdarinnorna (Johansson & Evertsson 1994:27f). Genom sitt öde belyser hemvårdarinnorna en inom organisationsrealismen, tillika en i avhandlingen, central tankegång: Organisationers överlevnad är intimt kopplad till förmågan att kontinuerligt tillägna sig och omsätta resurser. För att överleva måste välfärdsstatliga yrkesgrupper försäkra sig om att få kontinuerlig tillgång till de resurser som skapas i välfärdspolitiken. Detta innebär att från tid till annan anpassa sig till de förändringar som välfärdspolitikens olika program genomgår.

Även om hemvårdarinnornas öde saknar motstycke bland välfärdsstatens vård- och omsorgsyrken har staten haft stort inflytande över dessa yrkesgruppers professionella och fackliga utveckling. Staten har i många fall ställt sig avvisande till vad man uppfattat som överdrivna professionella anspråk. Särskilt kritisk har man varit vid de tillfällen då anspråken uppfattats som ett hot mot vårdens och omsorgens ekonomiska ramar och försörjningen av kvinnlig arbetskraft. Sett i backspegel skulle man kunna säga att staten agerat både som broms och motor i framväxten och utvecklingen av kvinnliga vård- och omsorgsyrken (Evertsson 2000).

Syfte och frågeställningar

Syftet med avhandlingen är att studera relationen mellan den svenska statens välfärdspolitiska åtaganden och framväxten och utvecklingen av tre kvinnligt dominerade vård- och omsorgsyrken – sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter.

- I avhandlingen avser jag att studera om, och i så fall på vilket sätt och i vilken utsträckning, statens välfärdspolitiska åtaganden inom sjukvård, social hemhjälp och rehabilitering av funktionshindrade bidragit till att professionalisera dessa verksamhetsområden och yrkesgrupper, dvs. medverkat till att forma dessa områden och yrkesgrupper till egna kunskap- och praxisfält.
- Jag avser även att studera om, och i förekommande fall hur, dessa yrkesgruppers egna professionella ambitioner kommer till uttryck i mötet med staten.
- Till syftet fogar jag även frågor av jämförande och teoretisk karaktär: Vilka likheter och skillnader finns det i sjuksköterskors, hemvårdarinnors och arbetsterapeuters förhållande till staten, och hur förhåller sig dessa likheter

och skillnader till den professionella framgång som sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter rönt.

Rent praktiskt kommer jag att gå till väga på följande sätt: Varje fallstudie inleds med en kartläggning av de *sociala förutsättningar* som låg bakom yrkets koppling till välfärdsstaten, varefter jag kartlägger de *yrkesmässiga konsekvenser* som senare förändringar av välfärdspolitiken givit upphov till. I avhandlingen avgränsar jag mig till de sociala förutsättningar och yrkesmässiga konsekvenser som uppträder på, och har sin grund i, den *legala arenan* – dvs. statens administrativa, planerande och lagstiftande strukturer (Abbott 1988:62f). I centrum för min analys av den legala arenan står det *statliga kommittéväsendet* och det välfärdspolitiska reformarbete som i mångt och mycket bedrivits och formats genom denna internationellt sett unika politiska institutionella ordning (Helander & Johansson (1998:2f).

Sociala förutsättningar

Ett central utgångspunkt i avhandlingen är att välfärdsstatliga yrkesgrupper växer fram och etablerar sig i anslutning till specifika sociala förutsättningar. Bakom framväxten och utvecklingen av de yrken jag studerar finns ett flertal sociala förutsättningar, varav ekonomiska, sociala, politiska och demografiska faktorer kan ses som grundläggande rambetingelser. Att ta hänsyn till dessa faktorer i hela dess vidd faller emellertid utanför ramen för denna avhandling. Min ambition är mer begränsad. I avhandlingen fokuseras på hur statens välfärdspolitiska åtagande inom sjukvård, social hemhjälp och rehabilitering skapat möjligheter och satt begränsningar för de yrkesgrupper jag valt att studera. Samtidigt, genom att studera de välfärdspolitiska program till vilka sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter fogats, tror jag mig kunna få en god uppfattning om vilka motiv och aktörer som varit engagerade i den politiska process som format sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter till välfärdsstatliga yrkesgrupper.

Att studera relationen mellan stat, yrkesformering och välfärdspolitik är inte helt okomplicerat. Staten utgör inte en homogen, enhetligt handlande och oföränderlig aktör. Det är därför svårt att tala om statens relation till välfärdsyrken i generella ordalag. Sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter har, trots att de vuxit fram och etablerat sig inom ramen för den svenska välfärdsstaten, inte mött en och samma stat. Man har inte bara mött staten vid skilda historiskt tillfällen utan även kommit att knytas till olika delar av staten.

Statens motiv och förmåga till välfärdspolitisk intervention har varierat över tid och mellan verksamhetsområden. Enligt Rothstein (1994:133ff) hänger frågan om statens välfärdspolitiska kapacitet samman med graden av politisk legitimitet, förmåga till rationell policyutformning samt tillgången till organisatoriska resurser för implementering.

För att belysa vilka sociala förutsättningar som bidrog till att knyta sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter till den framväxande välfärdsstatens åtaganden kommer följande frågeställningar att besvaras:

- Hur såg den stat ut som sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter först kom att möta? Vilka resurser för välfärdspolitisk intervention hade den stat som sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter först kom att möta?
- Vilket eller vilka välfärdspolitiska problem var sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter en lösning på?
- Vilka aktörer förutom staten var aktiva i den politiska process där sjuksköterskors, hemvårdarinnors och arbetsterapeuters välfärdspolitiska roll och verksamhetsområde bestämdes?
- I vilken utsträckning var sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter själva aktiva i att forma det välfärdspolitiska sammanhang man skulle arbeta inom?
- Vilken plattform för professionalisering erbjöd de välfärdspolitiska program som sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter knöts till.

Yrkesmässiga konsekvenser

Den välfärdspolitik som förs är aldrig statisk. För de yrkesgrupper som formerat sig i anslutning till statens tidigare välfärdspolitiska åtaganden får förändringar av den förda politiken yrkesmässiga konsekvenser. Förändringar i välfärdspolitikens åtagande, inriktning och omfattning utgör det kanske största hotet mot välfärdsstatliga yrkesgruppers utveckling. Särskilt påtagliga blir konsekvenserna när politiken leder till att nya yrkesgrupper gör entré och knyts till samma verksamhetsområde.

För att beteckna det verksamhetsområde inom välfärdspolitiken som en yrkesgrupp fått sig tilldelat och/eller gör anspråk på ska jag använda begreppet

jurisdiktion. Enkelt uttryckt kan begreppet jurisdiktion sägas referera till det verksamhetsområde inom vilken en yrkesgrupp fått eller gör anspråk på ensamrätten att bedriva sin verksamhet.[1] Enligt Abbott (1988:59ff) är det möjligt att studera yrkesgruppers jurisdiktion på tre analytiskt skilda, men i praktiken sammanlänkande arenor. Dessa arenor utgörs av arbetsplatsen, den mediala arenan och den legala arenan. I avhandlingen kommer jag att avgränsa mig till den legala arenan. Motivet till avgränsningen är enklast tänkbara. Den legala arenan utgör den arena där jag tydligast kan urskilja mötet mellan staten och de yrkesgrupper jag studerar. Till betydande del har sjuksköterskornas, hemvårdarinnornas och arbetsterapeuternas formella jurisdiktion dragits upp och slagits fast på den legala arenan. En stor del av detta arbete har ägt rum i anslutning till det statliga kommittéväsendets arbete.

I centrum för välfärdspolitikens yrkesmässiga konsekvenser står följande aspekter:

- Vad innebär förändringar i välfärdspolitiken för sjuksköterskornas, hemvårdarinnornas och arbetsterapeuternas utbildning. Hur påverkas utbildningens innehåll, form, längd och specialisering?
- Vad händer med yrkesgruppernas jurisdiktion?
- Vad händer med yrkesgruppernas sociala, ekonomisk och professionella status?

Fokuseringen på statens betydelse för framväxten och utvecklingen av sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter skall inte tolkas som att jag utesluter eller stänger dörren för andra förklaringsansatser. ”Verkligheten” är alltför komplex och mångfacetterad för att rymmas inom ramen för en enda förklaringsmodell. I stället för att ta utgångspunkt i statens betydelse skulle jag exempelvis kunnat välja att relatera utvecklingen av sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter till globala institutionella idéer om vårdens organisations- och verksamhetsformer, den medicinska kunskaps- och teknikutvecklingen eller till övergripande sociala, kulturella och ekonomiska förhållanden. Eftersom få studerat staten och välfärdspolitikens betydelse för framväxten och utvecklingen av kvinnodominerade välfärdsstatliga yrkesgrupper har jag emellertid valt att koncentrera mig på staten, dock hela tiden väl medveten om att

[1] För en utförligare diskussion av begreppet jurisdiktion se kapitel 3.

staten och den förda välfärdspolitiken inte ensamt kan svara för den historiska utveckling som dessa yrken genomgått.[2]

Metodologiska överväganden – källor och urval, teori och tolkningsperspektiv

Varför studera sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter

De yrkesgrupper som ingår i avhandlingen är valda med utgångspunkt i två kriterier. För det första är de valda utifrån den betydelsefulla position de har, eller en gång hade, inom sina respektive verksamhetsområden. För det andra utgör de en tydlig illustration av att länken mellan stat, välfärdspolitik och välfärdsstatliga yrkesgrupper kan ta sig olika uttryck. Sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter mötte staten vid historiskt skilda tidpunkter och i välfärdspolitiskt skilda sammanhang.

Till skillnad mot hemvårdarinnor och arbetsterapeuter nådde *sjuksköterskorna* en stabil position inom vården redan innan sjukvårdspolitiken fick en nationell och välfärdspolitisk karaktär. Redan 1919 reglerade staten utbildningen till sjuksköterska samtidigt som man i syfte att övervaka sjuksköterskeväsendets utveckling i landet inrättade en särskild sjuksköterskeinspektris med placering vid Medicinalstyrelsen. Vid mitten av 30-talet då staten mer aktivt började utforma en nationell sjukvårdspolitik var sjuksköterskorna redan väl etablerade inom såväl vårdens vardag och den medicinska strukturen som i allmänhetens medvetande.

För *hemvårdarinnornas* del kom kopplingen till staten att bli både dess uppgång och fall. Hemvårdarinneyrket utgör ett exempel på en mycket tidig välfärdspolitisk satsning som aldrig blev särskilt framgångsrik. Hemvårdarinnornas uppgift var att verka i familjer där husmor i samband med barnafödande, sjukdom eller av annan orsak, behövde vila. Rötterna fanns i frivilligorganisationernas hjälpverksamhet där verksamheten förde en uppskattad men blygsam tillvaro. De statligt understödda hemvårdarinnorna avgränsades noga mot närliggande yrken inom vård, omsorg och husligt arbete. Den noggrannhet med vilken staten skapade betingelser för yrkesgrupen blev med tiden en hämsko för

[2] För en studie som på ett spännande sätt anknyter till denna studie genom att betona statens betydelse för framväxten och utvecklingen av kvinnodominerade yrkesgrupper se Wrede, Sirpa (2001) *Decentering Care for Mothers: The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Services*. Åbo: Åbo Akademi University Press.

hemvårdarinnorna som fick svårt att passa in när den hembaserade omsorgen omvandlades till äldreomsorg.

Arbetsterapeuternas jurisdiktion kom att ta form i gränslandet mellan sjukvård, socialförsäkringssystemet och en aktiv arbetsmarknads- och rehabiliteringspolitik. Reformeringen av socialförsäkringssystemet i kombination med en förväntad brist på arbetskraft väckte under 1940-talet statens intresse för ett yrke inriktad mot yrkesmässig rehabilitering. Intresset präglades emellertid av en påtaglig ambivalens. Samtidigt som man från statens sida vid upprepade tillfällen lyfte fram behovet av kvalificerad arbets- och sysselsättningsterapi var man ovillig att satsa nödvändiga resurser för att bygga ut och permanenta verksamheten. Staten hade problem med att identifiera och definiera arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll. Först under 1960-talet fick arbetsterapeuterna sitt välfärdspolitiska genombrott, först inom hälso- och sjukvården och sedan inom den yrkesinriktade rehabiliteringen.

Källor och urval

I avhandlingen förekommer flera typer av källor. Tyngdpunkten ligger på statliga kommittébetänkanden och riksdagstryck som kompletterats med tidskrifter, minnesskrifter och verksamhetsberättelser (främst *Svensk sjuksköterskетidning*, *Arbetsterapeuten* och *Hemvårdarinnan*), tidigare forskning inom området samt otryckt källmaterial.

Källkritiskt bjuder det publicistiska materialet efter Svensk sjuksköterskeförening (SSF), Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och Svenska hemvårdarinneförbundet inga större svårigheter, även om materialet i vissa avseenden kan anses vara skönmålande. I avhandlingen utgår jag ifrån att det primära syftet med den publicistiska verksamhet torde ha varit att väcka intresse och stöd för de egna tankegångarna bland medlemmar såväl som hos en intresserad allmänhet. De ståndpunkter som framförs i dessa tidskrifter torde därför kunna betraktas som organisationernas egna, öppet uttalade[3]. Inte heller riksdagstrycket eller kommittébetänkandena bjuder i detta sammanhang några större källkritiska problem. Riksdagstrycket ger goda möjligheter att följa olika aktörers politiska intentioner. Till de tryckta kommittébetänkandena fogas av-

[3] Det är dock svårt att på basis av föreningarnas publicistiska verksamhet uttala sig om, huruvida och i vilken omfattning, organisationens offentliga uttalanden delas av medlemmarna. I denna avhandling utgör emellertid detta ett mindre problem då mitt primära intresse är riktat mot sjuksköterskekårens, hemvårdarinnornas och arbetsterapeuternas organisatoriska företrädare.

vikande åsikter i form av reservationer och särskilda yttranden. Det otryckta materialet, till övervägande delen beslutsprotokoll, bjuder mer källkritiska problem. De kanske mest besvärande är frågan om materialets representativitet. Av protokollen framgår sällan den diskussion som föregick besluten. Jag har emellertid funnit att det otryckta materialet i flera fall utgör ett gott stöd till det tryckta källmaterialet. Både det tryckta och det otryckta materialet kan dock kritiseras för att kasta skugga över skeenden och processer som försiggick utanför det statliga kommittéväsendet. I så motto har avhandlingen en tydlig top-down karaktär. Detta ser jag emellertid inte som något större metodologisk problem utan snarare som avgränsningsfråga. Att begränsa mig till de processer som kan studeras på den legala arenan – aktiviteter i och omkring det statliga kommittéväsendet – har varit ett medvetet val i syfte att begränsa avhandlingen omfattning och komplexitet.

Utgångspunkten för mitt urval av källmaterial har varit de statliga kommitté-arbeten som kommit att beröra sjuksköterskors, hemvårdarinnors och arbets-terapeuters utbildning, verksamhetsområden, arbetsuppgifter och avgränsning till näraliggande yrkesgrupper. Kring dessa kommittébetänkanden har sedan det övriga källmaterialet valts ut. Att på ett enkelt och entydigt sätt avgöra vilka utredningar som varit centrala för sjuksköterskors, hemvårdarinnors och arbets-terapeuters framväxt och utveckling har emellertid inte varit helt lätt. Till viss del har jag försökt hantera denna problematik genom att se vilken betydelse yrkesgrupperna själva och, i förekommande fall, tidigare forskare och historie-tecknare tillskrivit olika statliga betänkanden.

Min strategi har varit att systematiskt följa de välfärdspolitiska verksamhets-områden till vilket staten kopplat sjuksköterskors, hemvårdarinnors och arbetsterapeuters jurisdiktion. För sjuksköterskornas del har detta inneburit att jag främst kommit att studera de utredningar som på olika sätt berört sjuk-sköterskornas utbildning, arbetsuppgifter och position inom det som Gustafsson (1987:367) benämner för akutvårdsmodellen, dvs. inom den slutna medicinska vården. Vad gäller hemvårdarinnorna har jag primärt hämtat mitt empiriska material från de kommittéarbeten som berörde den hembaserade omsorgens framväxt och förändring. Arbetsterapeuternas framväxt och utveckling har jag försökt spegla genom de många utredningar som på olika sätt berörda behovet av rehabiliteringsinsatser för partiellt arbetsföra. Även denna metodstrategi dras emellertid med begränsningar. En sådan begräsning är att jag inte systematiskt kommit att undersöka i vilken utsträckning mina yrkesgruppers jurisdiktion påverkats av utvecklingen inom andra välfärdspolitiska områden. Att så varit

fallet behöver nog inte betvivlas, frågan handlar snarare om vilken betydelse andra välfärdspolitiska program haft för framväxten och utvecklingen av sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter. Exempelvis så är det fullt rimligt att tänka sig att barnomsorgens framväxt och utveckling hade en betydande effekt på hemvårdarinnornas utveckling. Enstaka, om än osystematiska, nedslag inom andra välfärdspolitiska områden än de jag primärt kommit att studera tyder dock på att jag valt att studera sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter i sitt ”rätta” välfärdspolitiska sammanhang. Huruvida jag har fel får framtida forskning utvisa.

Avgränsning

I avhandlingen följer jag sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor från det att de först börjar framträda som välfärdsstatliga yrkesgrupper, och vidare fram till mitten av 1960-talet. Att jag valt 1960-talets första hälft som bortre gräns hänger främst samman med praktiska överväganden. Dels skulle det bli ett alltför omfattande arbete att inom ramen för ett avhandlingsprojekt följa mina yrkesgrupper ända in i nutid. Samtidigt ville jag ha med det mycket expansiva och välfärdspolitiskt intressanta 1960-talet. Under detta decennium genomgår både sjuksköterske- och arbetsterapeututbildningen genomgripande förändringar. I fallet hemvårdarinnor visades sig dessutom 1960-talet vara en slags ”naturlig” gräns då yrkesgruppen successivt kom att gå upp i, och ersättas av, andra yrkesgrupper.

Teori och tolkningsperspektiv

En ofrånkomlig fråga i en historiesociologiskt orienterad avhandling är valet av tolkningsperspektiv. Min ambition i detta avseende har varit att inte tvinga på historien några teoretiska begrepp eller projicerade tolkningar. Min målsättning har hela tiden varit att ligga nära de inblandade aktörernas intentioner, i detta fall företrädarna för de vård- och omsorgsyrken jag studerar, statens olika organisationer samt andra välfärdspolitiskt aktiva aktörer såsom Svenska Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Röda korset, Fredrika-Bremer Förbundet m.fl. Denna ambition utesluter emellertid inte en medveten och systematisk användning av sociologisk teori. Skocpol (1984:363) urskiljer sex olika forskningsstrategier. Strategierna skiljer sig åt beträffande antalet historiska fall som studeras och hur teorin kommer till användning i studien.

	Tillämpning av en allmän teoretisk modell	Använder begrepp i syfte att skapa en meningsfull historisk förståelse.	Analyserar kausala regelbundenheter i historien
Ett historiskt fall	*1*	*2*	*3*
Flera historiska fall	*4*	*5* Evertsson	*6*

Med utgångspunkt i Skocpols klassifikationsschema skulle jag vilja placera denna avhandling under cell 5. Jag ser teori och teoretiska begrepp som nödvändiga redskap för att bringa ordning i det empiriska materialet och för att skapa en meningsfull historisk förståelse av de tre historiska fall (sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter) jag valt att studera.

Mina teoretiska utgångspunkter hämtar jag från organisations- och professionsteori. Min användning av teorierna kan i det närmaste karaktäriseras som eklektisk; ingen av teorierna är den andra överordnad. Jag ser de båda teoretiska perspektiven som komplementära. Tillsammans täcker de varandras ”blinda fläckar”. Professionsteorins blinda fläck handlar i mycket om en oförmåga att konceptualisera professionella gruppers omgivning och omgivningsberoende. Inte minst har synen på staten och dess betydelse för yrkesgrupper med professionella anspråk varit underteoretiserad. Mycket av den existerande professionslitteraturen har behandlat staten som en kulturellt, socialt och historiskt homogen och enhetligt handlande aktör. Härmed har statens dynamik och föränderlighet gått förlorad. En annan svaghet är att man tämligen ensidigt lagt den teoretiska och empiriska tyngdpunkten på de professionella gruppernas egna professionella strävanden. Framväxten av professionella projekt och professionella grupper ses sällan som ett resultat av andra aktörers handlande. Det sistnämnda är inte minst problematiskt mot bakgrund av att sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter historiskt sett vuxit fram och utvecklats i nära relation till både staten och till olika ideella hjälporganisationer. Frågor rörande statens organisatoriska karaktär och organisationers omvärldsberoende har dock varit föremål för ingående studier inom delar av det organisationsteoretiska fältet. Mot denna bakgrund har jag valt att komplettera min professionsteoretiska begreppsram med organisationsteoretiska begrepp. Till organisationsteorins blinda fläck hör dock att den saknar begrepp för att studera

organiserade yrkesgruppers professionella strävanden. På samma sätt som jag behöver berika min professionsteoretiska ram med organisationsteoretiska begrepp är det därför nödvändigt att komplettera min organisationsteoretiska ram med professionsteoretiska begrepp.

Inom organisationsteorin hämtar jag inspiration från den tradition som brukar gå under benämningen organisationsrealism. Valet att utgå från en organisationsrealistisk ansats är delvis grundad i metodologiska överväganden. Organisationsrealismen erbjuder en möjlighet att studera stat, fackföreningar, professionella organisationer, företag och ideella hjälporganisationer med en gemensam uppsättning begrepp. Sett utifrån ett metodologisk perspektiv fungerar organisationsrealismen som ett heuristiskt hjälpmedel i forskningsprocessen; den föreslår en riktning för blicken utan att föreskriva vad jag ska se.

Det organisationsteoretiska perspektivet har även en direkt teoretisk betydelse i avhandlingen. Förutom att fungera som en riktningsgivare i forskningsprocessen kastar den ljus över och problematiserar statens mångtydiga och delvis motsägelsefulla organisatoriska karaktär. Av central betydelse är resonemanget av det statliga kommittéväsendet som organisatorisk och institutionell arena för välfärdspolitisk förhandling. Här kompletteras dock bilden av staten av annan sociologisk och statsvetenskaplig litteratur.

Med tanke på mina studieobjekt – kvinnodominerade välfärdsstatliga yrkesgrupper – kan det tyckas förvånande att jag valt att inte utgå från ett uttalat teoretiskt kvinnoperspektiv, dvs. att jag inte valt en teoretisk ram som explicit lyfter fram och speglar kvinnors roll och position i den historiska process jag studerar. Detta skall inte tolkas som att jag anser att ett feministiskt perspektiv skulle utgöra en mindre fruktbar teoretisk ansats för avhandlingen. Alla teoretiska perspektiv har sina starka sidor och begränsningar, det perspektiv jag här valt likväl som andra. Ett feministiskt perspektiv skulle troligtvis ha genererat ”upptäckter” som nu gått mig förbi; men så skulle även andra teoretiska perspektiv ha gjort. Mitt kvinnoperspektiv i avhandlingen kan därför inte sägas sträcka sig längre än till att ge dessa kvinnodominerade välfärdsstatliga yrkesgrupper en historisk röst och göra dem till centrala aktörer i deras egen professionshistoria.

Avhandlingens räckvidd

Avhandlingens empiriska del utgörs av tre historiska fallstudier. Till fallstudiens fördelar hör att man på ett noggrant sätt kan fånga och beskriva en specifikt

händelse eller utvecklingsförlopp. I denna avhandling är det relationen mellan den svenska statens välfärdspolitiska åtaganden och professionaliseringens av sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter som står i fokus för fallstudierna. Till fallstudiens begränsning hör svårigheten att generalisera resultaten till andra fall. Svårigheten att generalisera utifrån enskilda fallstudier ligger i den begränsade möjligheten att hålla alternativa orsaker och effekter under kontroll. Jag tänker därför i avhandlingen undanhålla mig från att alltför vidlyftigt spekulera kring huruvida resultaten är giltiga för andra välfärdsstatliga vård- och omsorgsyrken, i och utanför Sverige. Med andra ord så är jag väl medveten om att de resultat som presenteras i avhandlingen inte utesluter andra tolkningar och förklaringar.

Disposition

Avhandlingen består av tre delar. I avhandlingens första del ingår förutom detta första kapitel (kapitel 1) ytterligare två kapitel där jag presenterar mina teoretiska utgångspunkter (kapitel 2 och 3). Den andra delen av avhandlingen ägnas uteslutande åt mina fallstudier. Varje yrkesgrupp tillägnas varsitt kapitel. Först ut är sjuksköterskorna (kapitel 4) följt av hemvårdarinnorna (kapitel 5) och arbetsterapeuterna (kapitel 6). I avhandlingens tredje del (kapitel 7) summerar jag mina resultat och återknyter diskussionen till mina frågeställningar och teoretiska utgångspunkter.

2. Samhället som organisationer – organisationsrealistisk ansats

Den problemställning som formulerats i avhandlingen kan sägas befinna sig i skärningspunkten mellan professions- och organisationsforskningens områden; för att förstå hur de välfärdsyrken som ingår i avhandlingen vuxit fram och utvecklats fordras insikt i såväl yrkesgruppernas egna professionella och fackliga aktiviteter som i det organisatoriska och välfärdspolitiska sammanhang de kommit att ingå i. För tydlighets skull har jag emellertid valt att dela upp mina teoretiska utgångspunkter på två kapitel. I detta kapitlet tar jag upp organisationsteorins bidrag till avhandlingens teoriram. I nästa kapitel redogör jag för mina professionsteoretiska utgångspunkter.

En central teoretisk och metodologisk utgångspunkt i denna avhandling är att samhället kan studeras och förstås som en uppsättning organisationer och relationer mellan organisationer. I likhet med Perrow (1991:725f) anser jag att organisationer utgör den mest betydande analysenheten för vår förståelse av det moderna samhället. Organisationer utgör vår tids största verklighetskonstruktörer. Denna metodologiska och teoretiska fokusering på organisationer och organisatoriskt handlande har av Papakostas (1995:51) givits benämningen organisationsrealism. Mitt motiv för att förlägga avhandlingen inom en organisationsrealistisk ram hänger samman med de möjligheter som organisationsrealismen erbjuder att placera staten, de yrkesgrupper jag studerar samt andra organiserade välfärdsaktörer inom en gemensam teoretisk och metodologisk ram. Utifrån ett organisationsrealistiskt perspektiv befinner sig staten, välfärdsstatliga yrkesgrupper och andra organiserade välfärdsaktörer på samma teoretiska, begreppsliga och analytiska nivå. Detta innebär att relationen dem mellan kan studeras som en relation mellan organisationer i olika konstellationer. Till sin karaktär är dessa organisationer mycket konkreta vilket underlättar ”sorteringen” av data och minskar risken för att det empiriska materialet blir osammanhängande iakttagelser utan förankring i tid och rum. Med fokus på organisationer blir det lättare att se vad som äger rum i samhället då åtminstone vissa förändringar är möjliga att föra tillbaka till identifierbara organisationers handlande (Johansson, R 1997:73).

Organisationer kan ses som stabiliserande knytpunkter dit resurser samlas, administreras och omsätts i konkret handlande. Makt kan därför som hos Clegg (1989:17) i viss mån betraktas som en fråga om organisation. Genom att förse människor med handlingsmotiv och resurser ökar organisationer människors handlingskapacitet. Allt organisatoriskt handlande kräver emellertid ett visst mått av planering och samordning varför organisationer i stor utsträckning även kan sägas begränsa människors handlingsrepertoar. Människor i organisationer handlar inte primärt på eget bevåg utan på organisationens vägnar (Ahrne 1993:63). Genom att binda samman tid och rum, individuellt med kollektivt handlande, skänker organisationer samhället dess dynamik. Organisationer ger samhället stadga och kontinuitet samtidigt som de kanaliserar social förändring (Ahrne 1990:140ff, 1994:2f; Perrow 1991:725f). Enligt Ahrne (1994:114) uppträder makroprocesser när organisationer interagerar med varandra. Exempelvis så kan den svenska modellen för förhandling mellan stat, arbetsgivare och fackföreningar i detta perspektiv ses som ett resultat av organisatoriska förhållanden mellan de inblandade parterna, och dess död som förändrade styrkeförhållanden mellan de olika aktörerna; organisationerna existerar fortfarande men deras inbördes relationer har förändrats.

En viktig distinktion inom organisationsrealismen är den mellan organisationer och institutioner. Institutioner ses i första hand som en uppsättning kulturellt definierade handlingsmönster. Begreppet institution refererar till ett mycket vidare fenomen än organisationer; institutioner existerar även utanför organisationernas värld även om många institutionella fenomen backas upp eller har skapats av organisationer (a.a. sid. 82). Tillämpat på organisationer kan institutioner ses som idéer om vilka sociala verksamheter som ska organiseras, hur de ska organiseras och av vem. Till viss del kan därför organisationer betraktas som materialiserade institutioner (a.a. sid. 4) Organisationer som inte förmår anpassa sig till, eller åtminstone ge sken av att anpassa sig till institutionella krav i omgivningen, kan få svårt att överleva (a.a. sid. 83).

Enligt Stinchcombe (1968:101ff) är organisationer en produkt av historiska orsaker. De historiska orsaker som en gång skapade organisationen behöver dock inte verka kontinuerligt för att organisationen skall fortsätta att existera. Härav följer ett metodologiskt postulat för organisationsanalyser: Vill man förstå en organisations nuvarande tillstånd så ger en analys av samtida sociologiska variabler inte någon fullständig förståelse då organisationen inte kontinuerligt återskapas så att samtida fenomen återspeglas i dem. Vill man förstå en orga-

nisations nuvarande tillstånd måste man studera de krafter som historiskt skapat och omskapat organisationen.

För att en organisation skall fortsätta att existera måste den inte enbart anpassa sig till institutionella krav i omgivningen utan även kontinuerligt skapa, administrera och omsätta resurser. Tillgången till resurser och vilka resurser som är möjliga att omsätta, beror emellertid på vilka andra organisationer som finns i omgivningen, vad de sysslar med och vilken organisationsform de har (Johansson, R. 1997:69). För att en ny organisation ska kunna etablera sig måste den finna en ledig plats i det sociala landskapet (Astley 1985:233). Organisationen måste antingen finna nya resurser att ta i anspråk eller frigöra sedan tidigare upptagna resurser. Eftersom absoluta tomrum är sällsynta i det sociala landskapet får de flesta nya organisationer konkurrera om redan sedan tidigare upptagna resurser (Papakostas 1995:46f). Närvaron av gamla och väletablerade organisationer gör det därför svårt för nya organisationer att etablera sig då det mesta av utrymmet redan är upptaget. Organisationer som etablerat sig och funnit en egen nisch i det sociala landskapet förefaller emellertid ha en mycket stark överlevnadskapacitet. Att organisationer är stabila innebär att dramatiska förändringar är ovanliga. Större förändringar uppträder tydligast vid tidpunkter eller perioder i organisationens historia som innebär stora omvälvningar, t.ex. oförmåga att anpassa sig till förändrade institutionella och/eller tekniska krav. Varje organisation är sålunda ett resultat av de sociala förutsättningar som rådde vid dess tillkomst och senare modifieringar i samband med kritiska tidpunkter (a.a. sid. 32).

Med utgångspunkt i ovanstående resonemang kan den jurisdiktion – den nisch i den samhälleliga arbetsdelningen – som en yrkesgrupp upprätthåller förstås som en unik kombination av gamla och nya organisatoriska gränsdragningar. En yrkesgrupps jurisdiktion kan ses som en unik kombination av tidigare sanktionerade verksamhetsområden och erkända befogenheter och nya verksamhetsområden och befogenheter.

Begreppet organisation

Frågan om vad som konstituerar en organisation har varit föremål för mycket diskussion och kring organisationsbegreppets uttolkning råder ingen större enig-

het[4]. För mitt syfte är det emellertid fullt tillräckligt att utgå från Ahrnes (1994:2) minimidefinition av organisation. Enligt Ahrne är organisation en form av mänsklig interaktion som kännetecknas av fyra grundläggande element: *tillhörighet, resurser, kontroll och utbytbarhet*.

Tillhörighet är en formell relation som reglerar förhållandet mellan organisation och individ. Med organisationstillhörigheten följer formella rättigheter men också en skyldighet och ett ansvar att handla på organisationens vägnar (Ahrne 1998:130). Detta rättighets- och skyldighetskomplex gör att varje organisation noga håller reda på vilka som tillhör organisationen och vilka som står utanför. Vilka som beviljas medlemskap och på vilka grunder är upp till organisationen att själv bestämma. Ingen människa kan på egen hand välja sin organisationstillhörighet. Detta förhållande gäller för stater likväl som för andra organisationer. För grupper med professionella anspråk är det vanligt att sätta upp utbildning och formella meriter som kriterier för medlemskap i den professionella organisationen.

Alla organisationer är uppbyggda kring en uppsättning *kollektiva resurser*. De kollektiva resurserna konstituerar organisationens handlingskapacitet, och i förlängningen dess makt. Giddens (1984:262) beskriver organisationer som power containers. Nästan alla former av resurser kan användas som maktresurser; så fort en organisationen är beroende av en annan organisation föreligger en potentiell maktrelation (Ahrne 1994:119). De kollektiva resurser som byggs och hanteras genom stater har i stor utsträckning en speciell karaktär genom att de ofta baseras på staters territoriella avgränsningar (Ahrne 1998:132). För yrkesgrupper med professionella anspråk utgör kunskap, och då oftast vetenskapligt grundad kunskap den kollektiva resurs kring vilken organisationen bygger sitt strategiska handlande. Ofta är det tillgången till organisationernas kollektiva resurser som driver människor att söka medlemskap i organisationer. Som medlem i en organisation har man en rätt att få del av de kollektiva resurserna samtidigt som man har en skyldighet att bidra till att de kollektiva resurserna bevaras och förnyas (a.a. sid. 131ff.).

För att ackumulera, administrera och använda de kollektiva resurserna finns i alla organisationer *kontroll*. Det finns regler och bestämmelser för hur individer

[4] En fördjupning i organisationsbegreppets olika definitioner och uttolkningar ligger utanför avhandlingens område. Översikter över och kategoriseringar av olika definitioner av organisationsbegreppet återfinns t ex. i Scott (1981) och Morgan (1986).

ska och förväntas uppträda inom organisationen och i kontakter med omgivningen. Upprätthållande av kontroll är nödvändigt för organisationer om de ska överleva. Regler och bestämmelser kan ses som organisationens minne och bidrar till att upprätthålla organisationens kontinuitet och möjliggör ett utbyte av medlemmar (a.a. sid. 133ff.).

Samtidigt som organisationer är helt beroende av sina individer för att kunna handla är organisationer för sin existens inte bunden till specifika individer. Organisationer existerar oberoende av unika individer och har en självständig överindividuellt existens. Grunden för detta oberoende är individernas *utbytbarhet*. Den plats som en individ upprätthåller i en organisation kan beskrivas som en position. De regler och den utrustning som följer med positionen gör det möjligt för organisationen att byta ut medlemmar. Av detta följer emellertid inte att utbytet av individer är en problemfri hantering. Ju svårare organisationen har att byta ut en person desto sårbarare är organisationen (a.a. sid. 134).

Organisatoriska former

Gemensamt för alla organisationer är att de samordnar, förstärker och omvandlar mänskligt handlande till samhällsprocesser. Hur detta går till varierar emellertid mellan olika former av organisationer. Med utgångspunkt i kriterierna för medlemskap, organisationens kollektiva resurser samt utformningen av det regelverk som styr organisationens verksamhet urskiljer Ahrne (1990:58; 1994:55) fyra grundläggande organisatoriska former. Dessa är stater, företag, frivilligorganisationer och familjer. För mitt syfte är dock familjen som organisationsform mindre relevant då familjer sällan uppträtt eller erkänts som välfärdspolitiska aktörer.

Stater utgör en kombination av administrativ makt och rumslig begränsning. Den formella tillhörighetsformen utgörs av medborgarskap även om ett stort antal människor dessutom är knutna till staten genom anställning. Till skillnad mot medlemskapet i frivilligorganisationer och företag står det oss inte fritt att välja medborgarskap. De flesta får hålla till godo med det medborgarskap vi erhöll när vi föddes. Även för stater innebär medborgarskapsrelationen något förpliktande; de legala möjligheterna för en stat att göra sig av med oönskade medlemmar är starkt begränsade. Medborgare som inte följer de organisatoriska reglerna, den givna auktoritetsordningen, kan dock ställas inför rätta och dömas till påföljd – böter, fängelse och i vissa länder dödsstraff (Ahrne 1998:139).

De kollektiva resurser som en stat förvaltar är intimt förbundna med det territorium den kontrollerar. Inom det egna landets gränser producerar staten kollektiva nyttigheter som står tillgängliga för alla medborgare, exempelvis ett juridiskt system, valuta, en militär och polismakt, etc. Staten producerar och förvaltar kollektiva nyttigheter som inte skulle uppkomma eller få tillräcklig omfattning genom andra organisationsformer. Statlig organisering av en verksamhet kan därför ses som resultatet av marknadsmisslyckanden eller civila misslyckanden (a.a. sid. 143).

Av de organisationsformer som räknas upp här har staten utan tvekan den största repertoaren; staten kan i princip ta sig för med vilka aktiviteter som helst. Detta betyder emellertid inte att staten utgör en lämplig organisationsform för alla typer av verksamheter. Staten passar bäst för verksamheter med stora krav på stabilitet och kontinuitet. Staten saknar dock företagens flexibilitet och rörlighet vilket gör staten till en mindre användbar organisationsform för verksamheter med stora krav på situationsanpassning och flexibilitet (Lindblom 1977:65).

Statens organisatoriska regler utgörs av lagar och rättsregler. Statens lagar och rättsregler är kopplade till territoriet, medborgarskapet och till den kontroll som ytterst är kopplad till möjligheterna att bruka våld. Tvingande regler är dock inte något som är unikt för stater, även andra former av organisationer ställer upp tvingande regler för sina medlemmar. Unikt för stater är däremot dess möjlighet att inom det egna territoriet stifta rättsregler som får konsekvenser för andra organisationer (Ahrne 1998:148). Inom vårdens och omsorgens område finns ett otal lagar och förordningar som reglerar de verksamheter som bedrivs. Som exempel kan nämnas hälso- och sjukvårdslagen, behörighetslagen, disciplinpåföljdslagen, kvacksalverilagen, åliggandelagen, journalföringslagen och tillsynslagen. Att stater kan stifta lagar som reglerar andra organisationers verksamhet ska emellertid inte uppfattas som att staten kontrollerar alla delar av den sociala verkligheten inom det egna territoriet. Hur mycket staten kontrollerar varierar mellan stater. Och frågan vad staten ska kontrollera är hela tiden föremål för politisk kamp (Ahrne 1989:41).

Det finns två former av tillhörighet i *företag*; den primära tillhörighetsformen utgörs av ägande, den sekundära av anställning, båda är frivilliga. Som anställd utgörs motivet för deltagande oftast av lön. Makten och kontrollen i företag grundar sig på äganderättens principer. De som äger företaget kan fritt välja vilka som ska anställas och äger också rätten att leda och fördela arbetet.

Ägarna kontrollerar också företagets viktigaste resurs, kapitalet. Företaget som organisationsform är otänkbart utan en penningekonomi. Som kollektiv resurs betraktat kännetecknas kapital av en hög flexibilitet. Pengar kan användas för att styra många olika slags verksamheter; pengar kan omvandlas till andra maktresurser, överlåtas från en aktör till annan samt lagras och spridas över tid och rum. Dessa egenskaper hos kapitalet medför att företagen inte känner samma geografiska bundenhet som exempelvis staten. Många av de verksamheter som privata företag bedriver är oberoende av nationalstatens gränser. Till skillnad mot stater som av politiska skäl kan tvingas bibehålla ekonomiskt olönsamma verksamheter lever företag helt ut efter vinstmaximeringsprincipen. Kravet på vinst gör att företag i jämförelse med andra organisationsformer har relativt entydiga mål. Företag bedriver sin verksamhet så länge den bedöms vara lönsam, i annat fall läggs verksamheten ned. Kravet på lönsamhet sätts före kraven på kontinuitet och långsiktighet. (Ahrne 1998:63ff)

I Sverige har privata företag endast i blygsam omfattning förekommit inom vård och omsorg. En förklaring till detta är att den svenska välfärdsstaten medvetet kom att ges en utformning som marginaliserade marknadsbaserade välfärdslösningar (Esping-Andersen 1994:75). Det är först under senare år som delar av den kommunala hemtjänsten och särskilda boendeformer lagts ut på entreprenad och privata sjukhus vuxit fram som alternativ till offentligt producerade välfärdstjänster.

Som organisationsform rymmer *frivilligorganisationen* en mängd organisationer med vitt skilda verksamheter, alltifrån politik och husmodersföreningar till fackligt och professionellt arbete. Som namnet antyder vilar den primära tillhörighetsformen – medlemskapet – på frivillig grund. Även här förekommer dock anställning som en sekundär tillhörighetsform. Medlemmar i frivilligorganisationer har både en rätt och en skyldighet att delta i organisationens verksamhet, utforma organisationens målsättning och strategier samt välja ledare och representanter. Medlemmarna utgör både grunden för frivilligorganisationernas verksamhet och organisationens viktigaste resurs. Detta är också anledningen till att många frivilligorganisationer ställer upp noga specificerade krav för medlemskap; medlemmarnas inflytande över verksamheten gör frivilligorganisationerna sårbara för fientliga avsikter. Beroendet av medlemmarnas engagemang är även orsaken till frivilligorganisationer geografiska bundenhet. De flesta frivilligorganisationer är tvungna att bedriva sin verksamhet i nära anslutning till medlemmarnas geografiska hemvist (Ahrne 1994:69).

I denna avhandling är det framförallt två typer av frivilligorganisationer som är av intresse. Den första typen av frivilligorganisation är de organisationer som sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter byggde upp i syfte att främja sina professionella och fackliga strävanden. Statens välfärdspolitiska åtaganden innebar att nya yrkesgrupper formades och utvecklades till ”riktiga” yrken. Som jag ska visa existerade knappast hemvårdarinnor och arbetsterapeuter som ”riktiga” yrken innan de kom att knytas till statens välfärdspolitiska åtaganden.

Den andra typen av frivilligorganisationer som är av intresse är de ideella hjälporganisationer som kom att engagera sig i den svenska välfärdsstatens utveckling. De ideella hjälporganisationerna bistod med olika former av sociala och medicinska hjälpinsatser samtidigt som de satte olika sociala, medicinska och ekonomiska missförhållanden på den politiska dagordningen (se t ex Sjögren 1997). I flera fall stod de ideella hjälporganisationernas hjälpinsatser modell för den framväxande välfärdsstatens åtaganden. Social hemhjälp till barnfamiljer och äldre är två exempel på offentliga åtaganden vars rötter kan spåras till olika ideella hjälporganisationer som Röda korset och Diakonin. Ideella hjälporganisationer som Centralförbundet för Socialt arbete, Röda Korset och Diakonin utgjorde dessutom viktiga utbildningsarrangörer vid en tidpunkt då statens egna utbildningsinsatser inom vård och omsorg ännu inte nått någon större omfattning. Till skillnad mot i länder som t ex. USA, Tyskland och Italien förblev de ideella hjälporganisationerna i Sverige inte ett bestående inslag, till detta var de alltför resurssvaga och geografiskt begränsade.

Staten – en organisation av organisationer

Det är svårt att få en konkret bild av den svenska staten som organisation. Samtidigt som den genomsyrar samhället har staten inget huvudkontor, ingen central kärna, vars besöksadress och telefontider man kan leta upp i telefonkatalogen. Empiriskt motsvaras staten närmast av en mängd organisationer på skilda hierarkiska och geografiska nivåer, inom specialiserade sektorer och sakområden, och av politiska och administrativa organ (Johansson, R 1997:96). Ur ett organisationsteoretiskt perspektiv skulle det som till vardags går under beteckningen välfärdsstat kunna beskrivas som de organisationer på nationell (statlig), lokal (kommunal) och regional (landstingskommunal) nivå som arbetar med att planera, administrera och ge vård, omsorg, social service och ekonomisk trygghet till landets invånare. Staten existerar dock inte i ett socialt tomrum. I statens omgivning finns mängder av organisationer som står i ständig

relation till staten (och dess organisationer). Som exempel kan vi tänka oss den offentliga hälso- och sjukvården. Den offentliga hälso- och sjukvården har fått sin utformning i ett komplicerat organisatoriskt kraftfält bestående av bland andra riksdag och regering, olika departement, myndighets- och tillsynsorganisationer, landsting och kommuner, professionella och fackliga organisationer, politiska partier, patientföreningar samt frivilliga hjälporganisationer. En konsekvens av att betrakta staten som en organisation av organisationer är att staten knappast kan betraktas som en homogen och enhetligt handlande aktör. Den svenska staten kan liknas vid en paraplyorganisation utan enväldigt enhetligt maktcentrum. Statens organisationer kan samarbeta likväl som de kan företräda skilda ståndpunkter och ligga i konflikt med varandra. Detta ska emellertid inte tolkas som att staten saknar en sammanhållande struktur. Ur ett förvaltningsperspektiv är den svenska staten tredelad med en nationell (staten), regional (landstingen) och lokal nivå (kommunerna). Staten är överordnad landstingen och kommunerna som formellt sett är likställda och sidoordnade varandra.

Inom vissa definierade områden åtnjuter kommuner och landsting ett betydande mått av självstyre. Det lokala självstyret har djupa rötter i vårt land. Redan under 1700-talet växte sig den lokala makten så pass stark att den förmådde sätta vissa villkor för kungens, rådens och de centrala ämbetsverkens maktutövning. Det var emellertid först med 1862 års kommunalförordning som grunden till det moderna svenska kommunala självstyret lades. Genom 1862 års kommunalförordning fick kommunerna (de gamla städerna, socknarna och andra tätorter) beskattningsrätt och ett någorlunda tydligt definierat kompetens- och ansvarsområden (Premfors 1998:45).

För att omsätta riksdagens och regeringens beslut använder sig staten av tre organisatoriska huvudprinciper: Den första principen för staten att verkställa beslut på regional och lokal nivå är att hålla sig med egna regionala och lokala organisationer. Ett exempel på denna princip är Arbetsmarknadsverket som på regional och lokal nivå representeras av länsarbetsnämnder (regional nivå) och arbetsförmedlingar (lokal nivå). Många myndigheter saknar emellertid egna regionala eller lokala organisationer. Dessa kan då istället använda sig av länsstyrelsen. Länsstyrelserna kan därför sägas vara statens andra huvudprincip för att verkställa statliga beslut på regional och lokal nivå. Till sist, och för det tredje, kan staten ålägga kommuner och landsting statliga förvaltningsuppgifter (Larsson 1994:236).

Statens organisatoriska karaktär – som en organisation av organisationer – gör det svårt att hävda att staten tjänar någon samhällsklass intressen. Möjligheten för en samhällsklass att vinna politisk och administrativ kontroll över staten med alla dess organisationer är små. Statens utformning vid en given tidpunkt kan inte betraktas som en avspegling av den dominerande samhällsklassens politiska intressen och aktivitet (Skocpol 1985:9). Detta utesluter emellertid inte att vissa aktörer vid en given tidpunkt kan ha ett större inflytande över vissa delar av staten än andra. Staten är i ständig förbindelse med sin omgivning och därmed öppen för påverkan. Den moderna statens organisatoriska utformning kan därför delvis ses som ett resultat av utifrån kommande krav och processer; staten är en sammansmältning av olika mikropolitiska processer, ett konglomerat av institutionaliserade intressemotsättningar. Exakt vad en stat driver för verksamheter är en fråga som avgörs genom politiska processer där institutionaliserade maktförhållanden och de inblandade aktörernas maktresurser är av stor betydelse. Det är dock svårt att i statens organisatoriska struktur spåra dessa institutionaliserade intressemotsättningar. Statens struktur är inte bara ett resultat av aktuella samhällsintressen och konflikter utan också ett resultat av tidigare konflikter, överenskommelser och kompromisser (Ahrne 1989:47).

Staten utgör emellertid något mer än enbart en passiv terräng för omgivande aktörer. Som flera forskare uppmärksammat uppträder staten som självständig aktör. Staten försöker aktivt påverka sin omgivning och kan därför betraktas som autonom aktör i förhållande till sin omgivning. Staten sätter upp och genomdriver mål som inte alltid har sin grund i utifrån kommande krav och intressen. Som Ahrne (1998:148) noterar är staten relativt ensam om att kunna formulera bindande regler för andra organisationer. Skocpol (1985:9) lokaliserar statens autonomi till dess organisatoriska karaktär och till de organisatoriska resurser som statens tjänstemän förfogar över. Att vissa reformprogram kommer upp på den politiska dagordningen kan i vissa lägen enligt Rothstein (1997:7ff.) förklaras med hänvisning till processer inom statsförvaltningen. Vissa politiska processer kan knappast förstås och förklaras utan analys av den offentliga förvaltningens organisation och verksamhet. Mot denna bakgrund är det intressant att notera att ett de tydligaste organisatoriska särdragen i svensk statsförvaltning utgör de centrala ämbetsverkens och myndigheternas unikt självständiga ställning gentemot de politiska beslutsorganen (Helander & Johansson 1998:5; Premfors 1998:13). Denna konstruktion har historiska rötter tillbaka till ståndsriksdagens dagar (Larsson 1994:50f). Dessa verk och myndigheter handlar enligt lagar och förordningar som fastslagits av den svenska riksdagen och regeringen för verksamheten ifråga. De centrala ämbetsverken är inte

direkt underställda ansvarig minister utan tar bara order från hela regeringen. Enskilda ministrar är enligt konstitutionen förbjudna att ge order om hur ett visst ärende ska handläggas (Rothstein 1996:80).

Statens förmåga att uppträda som autonom aktör säger nödvändigtvis ingenting om dess kapacitet att intervenera inom olika sakpolitiska områden; staten kan stå stark inom ett politiskt sakområde men sakna kapacitet att intervenera inom ett annat. Enligt Evans, Rueschemeyer & Skocpol (1985:351) utgör statens varierande handlingskapacitet en viktig pusselbit i förståelsen av hur stater förhåller sig till och tar sig an de utmaningar den ställs inför. I boken *Vad bör staten göra* diskuterar Bo Rothstein (1994) statens handlingskapacitet som en organiserings- och legitimitetsproblematik. Rothstein menar att politiska reformer måste organiseras på ett sätt som tillåter osäkerhet i policyutformningen och flexibilitet i tillämpningsledet. Utöver detta krävs politisk legitimitet, dvs. att reformen uppfattas som rättfärdig och riktig av statsförvaltningens tjänstemän, välfärdsstatens yrkesgrupper och av de grupper mot vilken reformen riktar sig. Statens dilemma är att den många gånger måste agera inom politiska områden utan helt säker kunskap. Detta är inte minst fallet inom social- och sjukvård. Ju större osäkerhet som måste hanteras i samband med policyutformningen – dvs. ju mindre säkerställd kunskap staten har i en fråga – desto större blir kraven på politisk legitimitet och flexibilitet i tillämpningsskedet (a.a. sid. 133ff). Detta i sin tur skapar manöverutrymme och påverkansmöjligheter för exempelvis professionella grupper.

Trots att staten ständigt är utsatt för påverkansförsök från omkringliggande organisationer är staten en mycket stabil och svårförändrad organisation. En viktig förklaring utgör statens organisatoriska karaktär. Till skillnad från de flesta andra organisationer är staten inte tvungen att vara framgångsrik för att överleva. Till skillnad mot de flesta andra organisationer kan stater inte läggas ned. De kan erövras i krig eller genom statskupper, men de kan svårligen läggas ned. Även statens bundenhet till lagar, tidigare utfästelser och åtaganden bidrar till statens tröghet och stabilitet; statens organisationer kan endast svårligen fås att utföra andra uppgifter än de den en gång skapades för (Lindblom 1977:28). Detta resulterar i en strukturell konservatism där staten har svårt att göra sig av med vissa åtagande samtidigt som nya statliga åtaganden blockeras. Härmed tenderar staten att bli sin egen historias fånge.

> Staten är som ett hus som aldrig kan rivas, men som hela tiden renoveras och byggs om eller byggs ut av olika arkitekter; den är

> en produkt av tidigare överenskommelser och kompromisser mellan en massa organisationer och intressen, och i varje nu måste man hålla till godo med en given politisk och administrativ struktur och göra det bästa av situationen (Johansson, R 1997:100).

Rothstein menar att staten generellt är så hårt strukturerad att möjligheterna till aktörsbestämda förändringar av staten är små. Det mesta av spelplanen och spelreglerna ligger redan för handen vilket gör att aktörernas handlingsutrymme är starkt begränsat. Större och genomgripande förändringar är därför bara möjliga i tider av stora sociala motsättningar eller i samband med ekonomiska kriser. Dessa kritiska punkter – eller formativa moment – uppkommer som ett resultat av att statens organisatoriska struktur inte förmår hantera den uppkomna krissituationen (Rothstein 1992:17). Mellan dessa formativa moment är dock statens mest framträdande kännetecken dess stabilitet och beständighet.

Statens åtaganden

Till skillnad mot andra organisationer står det inte staten helt fritt att välja sina uppgifter. Inom det egna landets gränser är staten tvungen att ta sig an de frågor som andra organisationer ratar eller inte vill hantera (Johansson, R 1997:100). Ur ett visst perspektiv kan därför statlig organisering ses som ett resultat av marknadsmisslyckanden eller civila misslyckanden (Ahrne 1998:142f). I jämförelse med andra organisationer har staten ofta svåra och otacksamma uppgifter att hantera. Statens åtaganden är därför många gånger svårare att uppfylla och utvärdera jämfört med andra organisationers verksamhet (Meyer 1985:5). Uppgifter som kräver ett stort mått av kontinuitet, omfattning eller geografisk spridning – exempelvis gemensam valuta, skydd mot brott, hälso- och sjukvård, skola, omsorg om gamla osv. – faller ofta på statens ansvar.

Statens åtaganden utgör en viktig förklaring till dess organisatoriska struktur. Ju fler och differentierade åtaganden som staten gör desto mer komplex blir den, allt annat lika (Premfors 1998:33). Statens åtaganden kan illustreras med hjälp av olika mått. Ett mått är att studera statsbudgeten och förändringen av utgiftsposter i statsbudgeten över tid. Ett annat mått är att studera olika förvaltningsorganisationers tillkomst och utvecklingshistoria. I normalfallet representerar tillkomsten av nya ämbetsverk nya statliga åtaganden eller bekräftar att ett tidigare åtagande växt i omfattning och tilldelats större politisk vikt. I Sverige kan vi få ett mått på denna utveckling genom att studera framväxten och utvecklingen av de ämbetsverk och förvaltningsorganisationer som växt fram och utvecklats för att handha statens offentliga åtaganden (a.a. sid. 34).

Den moderna välfärdsstaten – typologiseringar och klassificeringar

Mycket av statens åtaganden brukar samlas under begreppet välfärdsstat. Under 1900-talet har välfärdspolitiska åtaganden vuxit till att bli en allt viktigare uppgift för den moderna staten. Den moderna statens välfärdspolitiska åtaganden kan betraktas som ett svar på två grundläggande processer, nationalstaternas utveckling till massdemokratier och kapitalismens ställning som dominerande produktionssätt. Industrialismens arbetsorganisation bröt sönder gamla och etablerade former för social och ekonomisk trygghet. En betydande del av den moderna statens åtaganden utvecklades i syfte att begränsa de sociala, medicinska och ekonomiska risker som det nya industrisamhället förde med sig. Välfärdsstaten blev ett sätt att på politisk väg möta ökade krav på jämlikhet, ekonomisk och social rättvisa; att via politisk makt undandra vissa sociala behov från marknaden och skapa system för ekonomiskt-, socialt- och medicinskt stöd i samband med sjukdom, arbetslöshet, ålderdom och skada. Genom välfärdsstaten skapades ett redskap för att påverka maktförhållandena och fördelningsprocesserna i samhället (Flora & Heidenheimer 1990:23ff).

Även om de flesta moderna stater under 1900-talet utvecklats i riktning mot välfärdsstater finns en betydande variation i olika länders välfärdspolitiska åtaganden. Ett sätt att underlätta jämförelser mellan olika länders socialpolitik är att konstruera modeller. En i detta sammanhang välkänd typologisering utarbetades av Richard M. Titmuss. Titmuss (1974:30f) urskiljde tre idealtypiska socialpolitiska modeller. Dessa var den *marginella modellen*, *prestationsmodellen* och den *institutionellt omfördelande modellen*. I den marginella modellen tillgodosågs individens välfärdsbehov främst av familj och marknad. Statens ansvar var begränsat till de situationer där familjens resurser inte räckte till eller där individens behov inte kunde tillgodoses av marknaden. I den prestationsbaserade modellen var socialpolitiken kopplad till individens position på arbetsmarknaden. Välfärdsstatens förmåner var kopplade till och fördelas efter individens prestation på arbetsmarknaden. I den institutionellt omfördelande modellen tillhandahåller staten universella förmåner. Individens rätt till välfärdsstatens tjänster är varken kopplade till individens position på arbetsmarknaden eller till individens möjlighet att köpa tjänsten på marknaden.

Sett i ljuset av Titmuss idealtypiska indelning kan den svenska välfärdsstaten placeras nära den institutionellt omfördelande modellen. Staten utgör den dominerande producenten av social- och ekonomisk trygghet, vård och omsorg, och fördelar sina välfärdstjänster med utgångspunkt i behovsprincipen. Samtidigt

uppvisar den svenska välfärdsmodellen tydliga drag av prestationsmodellen; ersättningsnivåerna i socialförsäkringssystemet är satta efter individens position på arbetsmarknaden vilket medför att ersättningsnivåerna för individer utan position på arbetsmarknaden är förhållandevis låga (Marklund & Svallfors 1986:20). Kanske kan man även se statens satsning under 1940- och 1950-talet på att bygga upp en kår av hemvårdarinnor i syfte att tillgodose barnfamiljernas behov av hemhjälp som ett utslag av den marginella modellens logik.

Som analytiskt redskap för att klassificera och särskilja olika välfärdsstatliga arrangemang är Titmuss typologisering intressant. Titmuss har emellertid väldigt lite att säga om de processer som ligger bakom uppkomsten av de välfärdsstatliga modellerna. De idealtypiska modellerna relateras varken till fackligt eller politiskt handlande aktörer eller till socialpolitiska, ekonomiska och arbetsmarknadspolitiska faktorer. I boken *The three worlds of welfare capitalism* från 1990 inför Esping-Andersen den historiska dimension som Titmuss saknar. Esping-Andersen framhåller betydelsen av att se olika staters välfärdspolitiska åtaganden och arrangemang som en fråga om maktförhållanden mellan olika välfärdspolitiskt intresserade aktörer. Utifrån historiska och existerande maktförhållanden mellan välfärdspolitiska aktörer växer olika välfärdspolitiska regimer fram.

Esping-Andersen (1990:26ff) identifierar tre typer av välfärdsregimer - den *liberala*-, den *konservativa*- och den *socialdemokratiska välfärdsregimen*. I den liberala välfärdsregimen är universella transfereringar sparsamt förekommande, det offentliga socialförsäkringssystem svagt utvecklat och de flesta bidrag behovsprövade. Istället för offentligt finansierade och producerade välfärdstjänster har det vuxit fram en marknad av privata välfärdslösningar. Enligt Esping-Andersen passar den liberala välfärdsregimen bäst in på länder som USA, Kanada och Australien.

I den konservativa välfärdsregimen spelar marknadsbaserade välfärdslösningar en undanskymd roll. Välfärdspolitikens omfördelande effekt är marginell då välfärdspolitikens givits en utformning som snarast tenderar att reproducera redan existerande privilegier, status och klasskillnader. I den konservativa välfärdsstaten finns starka korporativa inslag, exempelvis så har i många fall kyrkan ett betydande inflytande över välfärdspolitikens inriktning och omfattning, inte minst inom familjepolitikens område. Bidrag och transfereringar är utformade efter en modell där mannen förvärvsarbetar och kvinnan stannar

hemma med barnen. Länder som passar in på den konservativa välfärdsmodellen är Tyskland, Österrike, Frankrike och Italien.

Den tredje typen av välfärdsregim betecknar Esping-Andersen som socialdemokratisk, vilket hänger samman med att den socialdemokratiska arbetarrörelsen ses som en dominerande kraft bakom modellens utformning. Den socialdemokratiska välfärdsregimen passar bäst in på de skandinaviska länderna som präglats av långa socialdemokratiska regeringsinnehav. Den socialdemokratiska välfärdsregimen karakteriseras av fyra saker. För det första är välfärdsstatens förmåner universella och kopplade till medborgarskapet. För det andra äger produktionen av välfärdstjänster med få undantag rum inom ramen för välfärdsstatens egna organisationer. För det tredje är socialpolitik, ekonomisk politik och arbetsmarknadspolitik intimt sammanvävda. Och för det fjärde ombesörjs administrationen och driften av välfärdsstaten av ett omfattande nätverk av offentligt anställd personal.

Esping-Andersens typologisering har inte undgått kritik. Bland annat har Esping-Andersens kritiserat för att ha förbisett att den socialdemokratiska välfärdsregimen faktiskt missgynnar grupper med svag anknytning och/eller ställning på arbetsmarknaden. Ersättningsnivåernas koppling i bidragssystemet till position på arbetsmarknaden missgynnar grupper som ungdomar, invandrare och kvinnor. Feministiskt orienterade forskare har visat att den socialdemokratiska välfärdsregimen utvecklat motstridiga tendenser vad gäller kvinnor (Lewis 1993; Orloff 1993; Leira 1993; Sainsbury 1994; Bussemaker & Van Kersbergen 1994). Välfärdsstaten har å ena sidan genom rätten till föräldraledighet samt genom en väl utbyggd barn- och äldreomsorg kommit att underlätta kvinnors inträde på arbetsmarknaden. Å andra sidan har den bidragit till att skapa en starkt könssegregerad arbetsmarknad där kvinnor i betydligt högre grad än män återfinns inom den offentliga sektorn (Melkas & Anker 1998; Nermo 1999). Inom traditionellt kvinnliga yrken som sjuksköterskor, undersköterskor, barnmorskor, arbetsterapeuter utgör kvinnor mer än 90% av andelen yrkesverksamma. Samma, eller nästan samma höga andel av kvinnor återfinns bland de medicinsk-tekniska yrkesgrupperna, farmaceuter, arbetsterapeuter och sjukgymnaster (SCB 1998a; SCB 1998b).

Anttonen (1991:3-25; 1998:81-97) anser att den typologi av välfärdsregimer som Esping-Andersen presenterat inte resulterat i någon djupare analys av de rättigheter och intressen som är av särskild betydelse för kvinnor. I ett försök att fånga den skandinaviska välfärdsstatens könsdimension föreslår Anttonen att

man upprättar en analytisk distinktion mellan *socialförsäkringsstaten* och *den sociala servicestaten*. Med begreppet socialförsäkringsstat avser hon den del av välfärdsstaten som garanterar medborgarna en ekonomisk grundtrygghet. Den sociala försäkringsstaten kompenserar löntagaren för förlorad inkomst. I de skandinaviska länderna berättigar socialförsäkringssystemet till pension, arbetslöshetsförsäkring, föräldra- och sjukpenning. Som arbetare, mödrar och omsorgsgivare är det dock välfärdsstatens sociala sida, dvs. dess sociala tjänster – den sociala servicestaten – som är av särskild betydelse. De skandinaviska ländernas kraftiga utbyggnad av barn- och äldreomsorg har inneburit en radikal förändring i fördelningen av omsorgsarbete mellan familj och välfärdsstat. Framväxten av en stark social servicestat har frigjort kvinnorna från tidigare omsorgsförpliktelser vilket ökat deras personliga autonomi och sociala rättigheter. Begreppet social servicestat refererar emellertid till mer än att enbart lyfta fram de delar av välfärdsstaten som är av särskild betydelse för kvinnor. Genom att fokusera på välfärdsstatens utbud av omsorgstjänster ser Anttonen en möjlighet att genusbestämma olika välfärdsstater.

Den svenska välfärdsstatens historiska utveckling

Fram till mitten av 1930-talet var statens välfärdspolitiska åtaganden relativt blygsamma. Den politiska uppgörelsen mellan Socialdemokraterna och Bondeförbundet i maj 1933 skapades emellertid förutsättningar för ett omfattande socialt reformprogram som i allt väsentlig bar en socialdemokratisk stämpel (Thullberg & Österberg 1994:6). Under 1930- och 1940-talet ökade statens välfärdspolitiska kostnader kraftigt. Under denna period växte också de grundläggande dragen i den svenska välfärdsstaten fram. Fram växte ett mycket omfattande – till monopol liknande – offentligt ansvar för vård, utbildning och omsorg (Premfors 1998:37). Enligt Esping-Andersen (1994:75) var marginaliseringen av marknaden ett nödvändigt inslag för att finansiera de stora kostnader som en generell och omfattande välfärdsstat förde med sig.

Inom hälso- och sjukvårdens område marginaliserades marknaden redan under 1930-talet då en allmän sjukvårdsplan utarbetades i syfte att samordna den slutna kroppssjukvården mellan stat, landsting och kommun. Samma mönster följde utvecklingen inom andra välfärdspolitiska områden. Den välfärdspolitiska ambition som formulerades var att skapa en tillgänglig, modern och enhetlig vård och omsorg över landet. Med statens tilltagande välfärdspolitiska intresse växte en ny förvaltningspolitisk doktrin fram; vård och omsorg sågs nu inte längre som enbart en landstings- och primärkommunal angelägenhet. Välfärdspolitiken började alltmer uppfattas som en nationell angelägenhet, där stat,

kommuner, landsting och andra välfärdspolitiskt engagerade aktörer förutsattes samverka och samarbeta (Emanuelsson 1990:118). Fram växte en arbetsdelning där staten tog på sig ansvaret för välfärdspolitikens innehåll och form medan kommuner och landsting svarade för den konkreta produktionen av vård och omsorg.

Under 1950-talets slogs reformtakten av något även om viktiga generella välfärdsprogram som allmän sjukförsäkring och ATP infördes och fattigvården reformerades och döptes om till socialhjälp (Lindqvist & Borell 1998:13). Under de s.k. rekordåren runt 1960 nära nog tredubblades den offentliga sektorn. Den huvudsakliga expansionen ägde rum inom sjukvården, familjepolitiken och äldreomsorgen där fler och generösa välfärdstjänster infördes. Även kostnaderna för utbildning och arbetsmarknadspolitik ökade kraftigt (Premfors 1998:38). Under 1980 avstannade reformtakten samtidigt som volymen av statens välfärdspolitiska åtaganden minskade. Under denna period började även en viss kritik mot välfärdsstaten att framföras. Den mest högljudda kritiken riktades från nyliberala kretsar och näringslivshåll. Kritikerna ansåg att socialförsäkringssystemen var alldeles för generösa och att välfärdsstaten drogs med för stora kostnader, byråkratiska förvaltningsformer och brist på effektivitet (se Hugemark 1994). Trots kritiken är det dock svårt att finna övertygande bevis för att statens i någon större omfattning avvecklat välfärdspolitiska åtaganden under perioden efter 1980 (Premfors 1998:39).

Den korporativa kanalen

Även om den svenska staten inte kontrollerar all verksamhet inom sina gränser skapar och tillhandahåller staten en mängd aktivitetsreglerande förutsättningar som organisationer och vi som medborgarna har att rätta oss efter. För medborgarna utgör det politiska systemet den primära källan till inflytande över staten. Genom fria demokratiska val till riksdag, landstings- och kommunalfullmäktige är den svenska staten, via de politiska partierna, öppen för påverkan. I Sverige har emellertid den parlamentariska kanalen sedan länge kompletterats med en korporativ kanal. Den korporativa kanalen innebär i korthet att staten öppnat en väg för organiserade aktörer att medverka i politiska beslut och/eller förvaltning. Enligt Lewin (1992:57) ska den korporativa kanalen förstås som ett försök att komma till rätta den parlamentariska demokratins tillkortakommanden.

> I en demokrati låter man majoritetens vilja råda oberoende av intensiteten i medborgarnas önskemål. Preferenserna skall

> ”räknas”, inte ”vägas”. Följden blir att en ljum majoritet ibland härskar över en starkt engagerad minoritet. En sådan beslutsordning innebär naturligtvis en påfrestning för de goda relationerna i ett samhälle (a.a. sid. 9).

Tvåkanalssystemet gör visserligen den politiska beslutsprocessen mera oförutsägbar jämfört med om man enbart räknar röster. Denna osäkerhet i beslutsprocessen ser emellertid Lewin (a.a. sid. 22f) som en förutsättning för att det demokratiska systemet skall hålla samman; även de som befinner sig minoriteten skall ha en rimlig chans att få igenom sina förslag. Det korporativa spelets oförutsägbarhet ligger i att man inte alltid vet vilken politiskt vikt som kommer att fästas vid olika gruppers ståndpunkter och argument.

Genom att öppna en kanal för politisk medverkan utvecklar organisationerna och dess medlemmar en lojalitet mot staten. Den oppositionella inställningen till staten upphör (Johansson, H 1952:255). Statens erkännande av korporationerna hindrar inte bara en missnöjd minoritet från att revoltera utan fungerar även som vägröjare för den politik som staten vill föra. Den korporativa kanalen ger staten goda möjligheter att utnyttja organisationernas anseende och expertkunskaper (Heckscher 1946:255; Lewin 1992:22). Genom den korporativa kanalen växer organisationerna samman med staten och görs till ”medansvariga” för regeringspolitiken. Organisationernas ledare koopteras till den politiska beslutsprocessen i utbyte mot att de reglerar, kontrollerar och disciplinerar sina medlemmar (a.a. sid. 31). Att den korporativa kanalen fungerar som vägröjare för statens politik framkommer inte minst tydligt inom välfärdspolitikens område. De flesta större välfärdspolitiska reformer har genomförts först efter det att berörda yrkesgrupper, patientorganisationer, ideella hjälporganisationer och andra välfärdsintresserade aktörer tillåtits yttra sig.

Den korporativa kanalen är emellertid inte helt oproblematisk att använda. Driven för långt riskerar korporatismen att leda till att den enskilda medborgarens rättigheter i förhållande till staten urholkas. I ett fullt utvecklat korporativt system har medborgarskapets betydelse för politiskt inflytande ersatt av medlemskap i någon av staten sanktionerad organisation (Rothstein 1992:12). Men även mindre långtgående former av korporatism tenderar att vara problematisk för staten. För det första är intresseorganisationernas omfång per definition selektiv snarare än generell. En intresseorganisation som säger sig omfatta alla medborgare är definitionsmässigt en motsägelse. För det andra har intresseorganisationerna en uttalad målsättning att värna de egna medlemmarnas intressen.

Statens problem är att allt för starka intresseorganisationer riskerar att driva igenom ensidiga fördelar till den egna gruppen. För att staten ska kunna använda sig av den korporativa kanalen måste därför staten förmå organisationerna att bli mer generella i sitt omfång och/eller förmå organisationerna att bortse från snäva egoistiska mål (a.a. sid. 17).

Även om korporativa former för samverkan mellan stat och organiserade intressen funnits i Sverige sedan slutet av 1800-talet kom det avgörande genombrottet för en korporativ demokratiuppfattning att äga rum under 1930-talet (Heckscher 1946:255). Socialdemokraternas försök att i början av 1930-talet bredda regeringsunderlaget genom samarbete med Bondeförbundet kom att få stor betydelse för ett nytt och positivt samarbetsklimat mellan staten och de organiserade intressena (Lewin 1992:92). I korthet innebar denna historiska uppgörelse att Bondeförbundet ställde sig villig att acceptera socialdemokraternas krav på att undanröja hotet från de borgerliga partierna mot fackföreningsrörelsens organisationssträvanden i utbyte mot att socialdemokraterna gav sitt erkännande åt lantbrukets organisatoriska korporationer (Rothstein 1991:97-127). Uppgörelsen banade väg för en korporativ demokratiuppfattning. Vid mitten av 1940-talet betraktades allmänt intresseorganisationerna som ett hjälpmedel i politiken, ett sätt att öka legitimiteten och underlätta implementeringen av politiska reformer. Intresseorganisationerna utvecklades mot att bli statsmaktens förbindelselänk ut till samhället (Rothstein 1992:133f).

Det statliga kommittéväsendet som korporativ kanal

Den svenska korporativa modellen är svår att föreställa sig utan det *statliga kommittéväsendet*. Genom det statliga kommittéväsendet har den korporativa kanalen givits en institutionell ordning och organisatorisk struktur. Det statliga kommittéväsendet bidrar både till att sätta staten och dess organisationer i relation till varandra och till omgivande intresseorganisationer, samtidigt som det sätter organisationerna i statens omgivning i relation till varandra. Att det statliga kommittéväsendet i stor utsträckning fungerar som en korporativ kanal bevisas inte minst av att de förslag som regeringen lägger i anslutning till kommittébetänkanden ofta hamnar nära utredarnas förslag (Helander & Johansson 1998:15). Kommittéväsendets huvudsakliga uppgift är att utreda och lägga fram förslag i specifika frågor för att därefter upplösas (a.a. sid. 31). Men vid sidan av att ta fram ett kunskapsmässigt beslutsunderlag för regeringen är en av kommittéväsendets viktigaste funktioner att åstadkomma kompromisser mellan företrädare för olika grupper och intressen (Meijer 1956:346).

Genom sin institutionaliserade och organisatoriska karaktär erbjuder kommittéväsendet goda möjligheter att studera mötet mellan staten och dess organisationer, och det omgivande samhällets intresseorganisationer. Genom att studera det arbete som bedrivits i och i nära anslutning till kommittéväsendet är det möjligt att bilda sig en uppfattning om vilka intressen och argument som vid historiskt specifika tillfällen haft statens öra. I avhandlingen är det den historiska framväxten och utvecklingen av sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter som ska belysas med hjälp av material från det statliga kommittéväsendet.

Till skillnad från många andra länder där regeringens ärenden vanligtvis bereds inom departementen har i Sverige en stor del av regeringens beredningsprocess hänskjutits till det statliga kommittéväsendet (Helander & Johansson 1998:15). Att så blivit fallet kan förklaras med traditionen av självständiga ämbetsverk, frånvaron av ministerstyre samt att de svenska departementen i internationell jämförelse är förhållandevis små och saknar större beredningsresurser (Larsson 1994:189; Helander & Johansson 1998:2). Vid sekelskiftet 1900 var det främst ämbetsmän och riksdagsmän som rekryterades för uppdrag inom kommittéväsendet. Den snabba ökningen av antalet intresseorganisationer under 1920- och 1930-talet i kombination med korporatismens genombrott ökade dock antalet kommittéer med representation från intresseorganisationer (Meijer 1956:343ff). Att företrädare för den politiska oppositionen och intresseorganisationer på detta sätt bjudits in i regeringens beredningsarbete saknar motstycke utanför Sverige och Finland (Helander och Johansson 1998:15). I Sverige har så gott som alla viktiga välfärdspolitiska reformer varit föremål för en eller flera statliga utredningar (a.a. sid. 31). Under välfärdsstatens uppbyggnad dominerade stora kommittéer som arbetade länge och med tydlig inriktning på att uppnå breda kompromisser (Lewin 1992:63). Som exempel på större kommittéer med relevans för avhandlingen kan nämnas Statens sjukhusutredning av år 1943, Kommittén för partiellt arbetsföra, 1941 års befolkningsutredning, Bostadskollektiva kommittén och Socialpolitiska kommittén.

I anslutning till det statliga kommittéväsendet kan schematiskt fyra maktkluster urskiljas: regeringen, förvaltningen, riksdagen och intresseorganisationerna. Det är också huvudsakligen från dessa fyra som uppslagen till nya utredningar kommer. Utredningsuppdraget och kommitténs sammansättning bestäms dock av regeringen. Utredningsdirektiven, ramarna för kommitténs arbete, anges av den minister under vilkens departement utredningen kommer att sortera (Meijer

1956:347)[5]. I valet av ledamöter brukar regeringen förbehålla sig rätten att utse utredningens ordförande, vanligtvis en högre ämbetsman eller riksdagsman från regeringspartiet, medan regeringen vid valet av övriga ledamöter brukar hämta in förslag från oppositionspartier, ämbetsverk och intresseorganisationer.[6] När utredningen väl är tillsatt intar regeringen en neutral ställning till kommittéarbetet. Vanligt är dock att kommittéledamöterna under arbetets gång håller informell kontakt med regeringen och ansvarig minister (a.a. sid. 346).

Förutom ledamöter kallas vanligtvis även sakkunniga, experter och en sekreterare att bistå utredningen. Sekreteraren skriver kommitténs betänkande och är vanligtvis den ende heltidsanställda i kommittén. (Helander & Johansson 1998:31f). En avgörande skillnad mellan ledamöter och övriga är att de senare saknar rösträtt. Med rösträtten följer rätten att foga reservationer till kommitténs betänkande. Är invändningarna av smärre karaktär brukar ledamöterna välja att istället foga ett särskilt yttrande, en rätt som för övrigt även tillfaller sakkunniga och i viss mån kommitténs experter. För att kommitténs experter ska få skriva ett särskilt yttrande krävs att kommitténs ledamöter ger sin tillåtelse. I de allra flesta fall brukar detta inte vara något problem då kommitténs ledamöter vanligtvis tillmötesgår experternas begäran. Sekreteraren saknar både rätten att skriva reservationer och särskilda yttranden men har i praktiken ändå stort inflytande genom att sitta vid pennan (a.a. sid. 45).

Intimt kopplat till det statliga kommittéväsendet är remissarbetet. Sedan gammalt skickades utredarnas förslag på remiss till statens ämbetsverk och förvaltningsorganisationer Med korporatismens genombrott kom remissförfarandet att utsträckas till att omfatta även intresseorganisationerna. Under välfärdsstatens uppbyggnad har intresseorganisationerna i allt större utsträckning utnyttjats som remissinstanser. Under 1960-talet närmar sig intresseorganisationernas deltagande i remissarbetet de statliga myndigheternas (Lewin 1992:64). I en undersökning från tidigt 1960-tal ombads intresseorganisationerna rangordna graden av inflytande i olika politiska beslutsled – medverkan i kommittéarbete, remissyttrande, beredning i departement och regering, riksdagsbehandling samt förvaltning. Resultatet visade att intresseorganisationerna genomgående betraktade deltagande i remissarbete och offentliga utredningar

[5] Formellt sett tillsätts kommittén av en minister men först efter det att regeringen givit sitt bemyndigade.

[6] I organisatoriskt avseende står kommittéerna utanför regeringskansliet, även om deltagarna i kommittén är förordnade av regeringen (Helander & Johansson 1998:27).

som de viktigaste kanalerna för att påverka den politiska beslutsprocessen. (Elvander 1969:252).

Sammanfattningsvis: I det här kapitlet har jag försökt skissera en teoretisk och metodologisk ram för att studera relationen mellan den svenska statens välfärdspolitiska åtaganden och framväxten och utvecklingen av sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter. Relationen mellan statens välfärdspolitiska åtaganden och formeringen av välfärdsstatliga yrkesgrupper är emellertid inte helt oproblematisk att studera. Sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter har inte bara kommit att möta staten vid skilda historiska tidpunkter utan också kommit att knytas till olika delar av staten.

För att fånga statens komplexa och mångtydiga karaktär och hur detta färgat relationen till de yrken jag studerar har jag valt att anlägga ett organisationsrealistiskt perspektiv. Inom organisationsrealismen tar man fasta på och betonar samhällets organisatoriska karaktär. Utifrån ett organisationsrealistiskt perspektiv finns det ingen ontologisk skillnad mellan staten och andra organisationer som exempelvis kollektivt (fackligt och/eller professionellt) organiserade yrkesgrupper. Alla organisationer är uppbyggda av samma samhälleliga skrot och korn - tillhörighet, resurser, kontroll och utbytbarhet.

Mycket av statens komplexitet härrör från att staten som organisation betraktat utgör en organisation av organisationer snarare än en homogen och enhetligt handlande enhet. Statens organisationer kan samarbeta likväl som dess delar kan företräda skilda ståndpunkter i olika frågor. Som autonom organisation företräder staten intressen som inte är rena avspeglingar av organiserade intressen i det omgivande samhället. Statens kapacitet att handla i välfärdspolitiska frågor begränsas av tidigare välfärdspolitiska åtaganden, den legitimitet som den förda politiken åtnjuter, tillgången till en för ändamålet anpassad förvaltningsorganisation och tillgången till professionell kompetens.

Genom sin organisatoriska karaktär står staten i ständig kontakt med omgivningen. Inom organisationsrealismen beskrivs statens omgivning primärt i termer av andra organisationer. I välfärdspolitiska frågor utgörs statens omgivning huvudsakligen av politiska partier, ideella hjälporganisationer, patientorganisationer, välfärdsstatliga yrkesgrupper och arbetsmarknadens parter. En stor del av kontakterna med omgivningen har staten försökt institutionalisera genom det statliga kommittéväsendet. Genom det statliga kommittéväsendet har staten försökt att tillförsäkra sig de organiserade intressenas lojalitet samtidigt

som man givit dem inflytande över välfärdspolitiken. Inte minst för välfärdsstatens yrkesgrupper har det varit viktigt att kunna utöva inflytande över de kommittéer där den egna eller näraliggande yrkesgruppers jurisdiktion dragits upp.

Sett ur detta perspektiv utgör kommittéväsendet en legal arena där representanter för statens organisationer under reglerade former möter organisationer ur omgivningen. Genom att fokusera på de politiska processer som ägt rum i anslutning till det statliga kommittéväsendet är det möjligt att skapa en uppfattning om vilka sociala förutsättningar som låg bakom framväxten av sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter och de yrkesmässiga konsekvenser som uppstod i samband med ändringar i välfärdspolitikens program. Det är vidare möjligt att studera i vilken utsträckning sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter själva kunde påverka utformningen av den egna jurisdiktionen.

3. Kvinnoyrken, professioner och professionalisering

Att professioner har en organisatorisk karaktär ingår direkt eller indirekt i de flesta föreställningar av professioner. I de flesta definitioner ingår att professionella grupper uppträder som organiserade kollektiva aktörer. Utifrån en organisationsrealistisk ansats kan professionella grupper ses som en specialtyp av frivilligorganisation; de professionella grupperna delar frivilligorganisationens grundläggande drag men får en egen särpräglad karaktär genom sin unika *aktivitetsform*. Inom professionsforskningen råder det emellertid delade meningar om vad som utgör de professionella gruppernas särpräglade aktivitetsform. Forskning kring professioner utgör inte en homogen skolbildning utan är liksom annan samhällsvetenskaplig forskning uppdelad i olika perspektiv och forskningstraditioner. I allmänhet kan man dock säga att de yrken som studeras i denna avhandling passar dåligt in på den gängse professionsteoretiska bilden av professioner. Som exempel på yrkesgrupper som vanligtvis lyfts fram professioner kan nämnas läkare, psykologer, advokater, veterinärer och arkitekter. På denna skala hamnar sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor långt ned.

På senare år har man dock kommit att ifrågasätta den skarpa uppdelningen mellan professioner och yrken då de flesta grupper på arbetsmarknaden uppvisar mer eller mindre tydliga drag av att vara både yrke och profession. I själva verket tycks de flesta grupper på arbetsmarknaden – läkare, advokater, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor – var i ständig rörelse mellan yrke och profession. Inom professionsforskningen har sökandet efter professionernas sanna väsen ersatts med ett ökat intresse för professionaliseringens samhälleliga betingelser. Professionsforskare har i ökad utsträckning börjat fråga sig under vilka samhälleliga betingelser (sociala förutsättningar) som en grupp på arbetsmarknaden kan resa anspråk på, vinna gehör för, och få kontroll över utvalda delar av arbetsmarknaden. Istället för att försöka utröna vilka kriterier som kan användas för att skilja yrken från professioner försöker man studera den process som leder fram till att vissa yrkesgrupper tillskrivs professionella egenskaper och status medan andra misslyckas. Uttryckt i organisationsteoretiska termer kan man säga att professionsforskningen allt mer kommit

att intressera sig för relationen mellan den professionella organisationen och dess omgivning. Kapitlet inleds dock med kort professionsteoretisk exposé innan jag övergår till att diskutera professionaliseringens samhälleliga betingelser.

Föreställningen om professionernas unika karaktär

Allt sedan professionssociologins barndom har det funnits en tendens att betrakta professioner och yrken som indragna i historiskt och samhälleligt skilda utvecklingsförlopp. Burrage (1990:151f) uttrycker det som att det går en gräns inom samhällsvetenskaperna mellan de som säger sig studera professioner och de som studerar mer traditionella yrken. Professionsforskare har lagt ned stor möda på att finna ett allmängiltigt och tidslöst professionsbegrepp. Sökandet efter professionalismens unika karaktär återfinns redan hos Carr-Saunders och Wilsons som i boken *The Professions* från 1933 presenterade den första systematiska studien av professioner. Carr-Saunders och Wilson såg i professionerna tecken på en ny yrkesstruktur, vars rötter stod att finna i industrialismens genombrott, ståndssamhällets sammanbrott och den borgerliga klassens ökade ekonomiska, politiska och kulturella inflytande. Den borgerliga klassens förhållningssätt till arbete, utbildning, familj och kultur kom att lägga grunden till en meritokratisk ideologi där kunskapsbevis i form av kollegialt kontrollerade examina successivt ersatte social börd som rekryteringsgrund. Ett annat karaktäristiskt drag för de professionella var enligt Carr-Saunders och Wilson ett relativt mått av oberoende från de kapitalistiska produktionsförhållandena; avsaknaden av kapital skiljde dem från kapitalisterna samtidigt som deras i huvudsak intellektuella arbete skiljde dem från mer traditionella yrken. Hos Parsons (1964:34-49) kopplades framväxten av professioner till det moderna samhällets utveckling. Parsons tillskrev de professionella yrkesgrupperna en nyckelroll i moderniseringen av samhället. De professionella var bärare av det moderna samhällets rationella värden och hade en ledande roll att förmedla dessa värden till medborgarna.

Professioner som en uppsättning av egenskaper

Föreställningen om professionernas särpräglade karaktär och samhälleliga betydelse övergick snart till ett sökande efter de egenskaper och attribut som kunde tänkas skilja yrken och professioner åt. Inom professionssociologin har denna ansats gått till eftervärlden som den *egenskapsorienterade* eller *essentialistiska* traditionen. Mycket av forskningen inom denna tradition har sitt

historiska och samhälleliga ursprung i den anglo-amerikanska världen. Bilden av professionen är i mångt och mycket en spegelbild av de akademiskt utbildade yrkesgrupper som under 1800-talets sista hälft och 1900-talets första decennier växte fram och etablerade sig som fria marknadsentreprenörer på den engelska och amerikanska arbetsmarknaden.

Men den essentialistiska professionstraditionen dras med fler problem än så. En vanligt förekommande kritik är att de kriterier som används för att definiera professioner i flera avseenden skiljer sig åt. Något raljerande skulle man kunna säga att det finns nästan lika många listor över professionella egenskaper som det finns professionsforskare. Greenwood (1962:207-218) ser exempelvis professioner som speciella yrkesgrupper i besittning av en systematiserad kunskapsbas, samhälleligt erkänd legitimitet, auktoritet i förhållande till klienter och uppdragsgivare, etiska principer för yrkesutövning samt en egen kultur. Hos Parsons (1964:34-49) går däremot vägen att identifiera de professionella gruppernas särart över hans mönstervariabler. Enligt Parsons kännetecknas professioner av *affektiv neutralitet*, dvs. den professionella utövaren är ej känslomässigt engagerad i klienten, *universalism*, alla klienter behandlas lika, *kollektiv orientering*, de professionella arbetar för mänsklighetens välfärd, *funktionell specificitet*, professionens medlemmar bortser från de aspekter av klienten som inte rör sakfrågan, samt *förvärvad kompetens*, professionen status vilar på visade prestationer och inte på grund av tillskriven status. I ett försök att sammanfatta de vanligast förekommande professionskriterierna kommer Millerson (1964:5) upp med följande lista:

- Användande av färdigheter som är grundade i teoretisk kunskap
- Utbildning och träning i dessa färdigheter
- Professionellas kompetens garanteras genom examina
- En handlingsetik som garanterar yrkesintegriteten
- Utförandet av tjänster sker för det allmännas bästa
- En yrkessammanslutning som organiserar medlemmarna

Den kanske allvarligaste kritiken mot den egenskapsorienterade professionsforskningen handlar emellertid om de föreslagna egenskapernas inbördes relationer och förhållande till den omgivande samhällsstrukturen. Som Brante

(1987) påpekat leder alla försök att ställa upp formella professionskriterier till betydande sam- och rangordningsproblem:

> Avser attributen organisations- eller individnivå, eller skall de omfatta båda dessa nivåer? Hur förhåller sig de olika attributen till varandra? Är något reducerbart till något annat? Är något viktigare än de övriga? Förändrar de sig historiskt? (a.a. sid. 133)

Svårigheterna att enas om vilka attribut och egenskaper som ska användas för att definiera professioner gör det naturligtvis inte lättare för professionsforskarna att skilja professioner från yrken. Det hela underlättas inte av att empiriska studier visar att den teoretiska bestämningen av professioner stämmer dåligt överens med verkligheten. Flera av de yrkesgrupper som betraktas som professioner hade hög samhällelig status redan innan deras kunskapsmassa formaliserades, vetenskapliggjordes och förmedlades via skolor och universitet (Torstendahl 1990:54). Flera av de egenskaper som omhuldats inom professionsforskningen kan mot denna bakgrund snarare betraktas som avspeglingar av framgångsrika yrkens särdrag än universella och tidlösa professionskriterier. Hellberg (1978:17f) hävdar att många av de egenskaper som professionsforskare använt sig av för att skilja professioner från icke-professioner okritiskt hämtats från professionernas egen föreställning om sig själva. Tendensen att betrakta de föreslagna egenskaperna som oberoende av den omgivande samhällsstrukturen ger en statisk och ahistorisk bild av professionerna (a.a. sid. 18). Försöken att konstruera ett tidlöst och övergripande professionsbegrepp har resulterat i att man bortsett ifrån, eller undervärderat den historiskt givna, samhälleliga kontext ur vilken olika professioner utvecklats. Brante (1987:152) uttrycker det som att många professionsforskare försökt konstruera ett universellt och transhistoriska begrepp för ett historiskt variabelt fenomen. Professioner har studerats som om de vore sprungna ur en abstrakt tid och rum, där tiden och rummet saknar egenskaper relevanta för utvecklingen och utformningen av professioner.

Hellberg (1978:20) sammanfattar kritiken mot vad hon kallar den idealtypiska ansatsen i tre punkter: För det första finner den idealtypiska konstruktionen sällan sin motsvarighet i verkligheten. För det andra leder den idealtypiska konstruktionen till dikotomin profession - icke-profession. För det tredje leder den idealtypiska konstruktionen till att själva professionaliseringsprocessen tappas bort eftersom det är först när alla idealtypiska egenskaper uppfyllts som en yrkesgrupp kan klassificeras och studeras som profession. Från feministiskt

orienterade professionsforskare har man också kommit att rikta kritik mot att de egenskaper som används för att beskriva professioner så gott som undantagslöst hämtats från manligt dominerade yrken såsom läkare (Freidson 1986; Einarsdottir 1997), advokater (Abbott 1988), apotekare (Claesson 1989), veterinärer (Hellberg 1978) m.fl. Kvinnlig dominerade yrkesgrupper har i stort sett negligerats inom professionsforskningen. Och i den mån de studerats har de allt som oftast kommit att betecknas som semiprofessioner (Etzioni 1969). Inom professionsteori används begreppet semiprofession för att markera att en yrkesgrupp uppvisar vissa professionella drag men saknar en eller flera egenskaper för att kvalificera sig som ”riktig” profession.

Föreställningen om att vissa kvinnodominerade yrken nästan är professioner har kritiserats av Witz (1992) som menar att:

> The ”semi-profession” thesis is based on an androcentric model of profession, which takes what are in fact the successful professional project of a man at a particular point in history to be the paradigm of profession (a.a. sid. 60f).

Witz menar att begreppet semiprofession döljer och legitimerar den obalans i makt och den underordning som finns i relationen mellan manliga och kvinnliga yrken. Genom att tala om professioner och semiprofessioner riktas intresset bort från att mäns och kvinnors yrken och yrkesområden vuxit fram och utvecklats ur olika sociala, materiella, kulturella och könsideologiska sammanhang, samt präglats av olikartade arbetsförhållanden, yrkeserfarenheter och tillgång till resurser (a.a. sid. 65ff). Kvinnor har av praktiska skäl valt, och av ideologiska skäl nekats tillträde till samma arenor som män (Johansson, S 1997:78). Flera yrken och yrkesområden har varit stängda för kvinnor, många gånger med hänvisning till kvinnans specifika könsegenskaper (Florin 1994:279). Davis (1996:670) menar att det traditionella professionsbegreppet döljer att diverse service- och förarbeten redan genomförts av andra yrken när professionen träder in i handlingen; för att professioner ska framstå som professionella måste de dölja arbetsinsatsen från hierarkiskt underordnade grupper.

Professioner som en organiserad form för yrkeskontroll

Fram till slutet av 1960-talet var den egenskapsorienterade ansatsen inom professionsforskningen den dominerade. Först i början av 70-talet kan en viss kritik skönjas mot den essentialistiska professionsuppfattningen. Nu börjar egenskaper och attribut som tidigare professionsforskare betraktat som kännetecknande för

professioner – akademisk utbildning, samhällelig auktoritet, etiska koder m.m. – uppfattas som uttryck för professionell maktutövning, kontroll och egenintresse (Freidson 1970a, 1970b; Johnson 1972; Larson 1977). I *The Rise of Professionalism* visar Larson (a.a.) hur professioner målmedvetet och systematiskt organiserat sig i syfte att monopolisera utvalda segment av arbetsmarknaden för att skapa efterfrågan för sina tjänster. Marxistiskt orienterade professionsforskare som Johnson (1972) hävdade att professioner skulle ses som en organiserad form för marknads- och yrkeskontroll snarare än ett yrke i sig. Denna uppfattning kom inte att avvika alltför mycket från weberianskt inspirerade professionsforskare som beskrev professioner och professioners handlande i termer av social stängning, yrkes- och kunskapsmonopol (Parkin 1979; Collin 1979; Murphy 1984). Freidson (1970a; 1970b) hävdade att professioner bäst beskrevs som yrken som framgångsrikt kämpat och givits en samhällelig legitimitet att kontrollera sitt eget arbete.

Enligt företrädare för denna inriktning – Abbott (1988:15) benämner dem *monopolister* – kan professioner skiljas från yrken genom formen för kollektivt handlande. Ett gemensamt drag för professioner är att de främst agerar i frågor som har betydelse för det yrkes- och kunskapsmonopol som professionen försöker etablera och bibehålla. I syfte att vinna ekonomiska, sociala och kulturella fördelar försöker professioner monopolisera utvalda delar av arbetsmarknaden genom att stänga ute – exkludera – konkurrerande yrkesgrupper Den professionella strategin att stänga ute konkurrenter brukar i professionsteoretiska sammanhang gå under benämningen *sociala stängningsstrategier.* Den professionella organisationens handlande och strategier kan jämföras med traditionella yrkesgruppers kollektiva handlande som främst rör löne- och anställningsfrågor. Till skillnad mot professionernas kollektiva agerande handlar den fackliga kampen primärt om att reglera prisbildningen på arbetskraft, dvs. se till att priset på arbetskraft inte dumpas (Nilsson, T 1985:70f). I praktiken betyder det att fackliga organisationer eftersträvar att priset på arbetskraft inte avgörs i fri konkurrens mellan enskilda löntagarna och arbetsgivarna. Den fackliga strategin går ut på att bilda öppna karteller. Den öppna kartellen står öppen för alla producenter av en vara/tjänst och fungerar bättre ju fler som ansluter sig. Genom den öppna kartellen kan den fackliga organisationen minimera de avigsidor som en absolut fri konkurrens skulle medföra (Åmark 1990:95f).

Den weberianskt inspirerade stängningsteorin har inom professionsteorin fått sin utformning av framförallt Parkin (1979) och Murphy (1984). I bakgrunden finns Webers resonemang om att sociala grupper genom maktresurser försöker

hindra andra från att få tillträde till vissa privilegierade sammanhang. Sin privilegierade position försöker gruppen legitimera med hänvisning till olika attribut som kön, ras, religion, utbildning och inkomst (Weber 1983:210ff). Enligt Murphy (1984) och Parkin (1979) kan utbildning ses som en av vår tids viktigaste maktresurs och sociala stratifieringsprincip. Som samhällelig stratifieringsprincip betraktat likställer Parkin (a.a. sid. 54-60) i det närmaste kunskap, i meningen formella kvalifikationer, med kapital och privat ägande. Sett utifrån detta perspektiv kan professioners strategiska handlande i mångt och mycket ses som ett försök att översätta en knapp resurs - specialkunskaper och färdigheter - till ekonomiska resurser och hög social status. I detta sammanhang blir strävan efter marknadsmonopol en strategi för att upprätthålla samhällets efterfrågan på professionens tjänster. Larson (1977) uttrycker det som att:

> Professionalization is thus an attempt to translate one order of scarce resources – special knowlege and skills – into another – social and economic reward. To maintain scarcity implies a tendency to monpoly: monopoly of expertise in the market, monopoly of status in a system of stratification (a.a. sid. xvii).

Försöken att skilja professioner från yrken genom formen för kollektivt handlande har dock flera begränsningar. Ett stort antal grupper på arbetsmarknaden använder sig av såväl fackliga som professionella strategier. Den fackliga kampen har för många grupper blivit lika viktig som den professionella kampen. Selander (1989:115) benämner dessa organisationer för hybridorganisationer. Monopolisterna kan också kritiseras för att alltför ensidigt utgå från att professioner står i ett konfliktfyllt och hierarkiskt förhållande till varandra. Många grupper på arbetsmarknaden väljer samarbete framför konkurrens även i professionella frågor. Selander (a.a. sid. 115) benämner dessa samarbetsstrategier för *alliansstrategier*. Alliansstrategier kan ses som öppningsstrategier där en eller flera professioner samarbetar för en kortare eller längre period i syfte att stärka och skydda sig själva. Torstendahl (1990:50f) påpekar att det går att finna åtminstone tre kollektiva strategier som inte är varianter på stängningstemat. Dessa är *politisering*, *kartellisering* och *status quo*. Politisering betyder att en aktör försöker reformera det normativa systemet antingen genom det legala systemet eller genom social acceptans. Kartellisering betyder att alla som är verksamma inom ett område bjuds in för att reglera priset på en vara/tjänst. Alla som accepterar prislistan är välkomna. Status quo går ut på att bevara den normativa ordning som råder. Åmark (1990:98) kritiserar monopolisternas antagande om att professioner strävar efter yrkes- och kunskapsmonopol. Upprättande av yrkesmonopol är sällan ett uttalat eller konkret mål för arbetsmark-

nadens aktörer. Åmark menar professioner i likhet med traditionella yrken i första hand strävar efter att minska nackdelarna av fri konkurrens på arbetsmarknaden. Öberg (1996:82) pekar på att en profession i vissa situationer kan tjäna på att överlåta vissa arbetsuppgifter som inte ger tillräckligt ekonomiskt och socialt utbyte.

Från feministiskt orienterade forskare har monopolisterna kritiserats för att inte urskilja könsaspekterna i professioners strategiska handlande. Monopolisterna kritiseras för att aldrig ha ”rensat” professioners professionella strategier från könsstrategier. Enligt Witz (1992:39ff) är det viktigt att se professioner som bekönade projekt där aktörernas kön har en avgörande betydelse för huruvida gruppen ska nå professionell framgång. När kvinnor utestängs från professionella sammanhang med hänvisning till könsegenskaper, manliga och/eller kvinnliga, ska detta betraktas som könsstrategier snarare än professionella strategier (Florin 1994:279). I ett försök att komma åt den bekönade dimensionen vidgar Witz (1992:44ff) stängningsbegreppet. Enligt Witz rymmer social stängning två dimensioner - *exklusion* och *demarkation*. Exklusion är för Witz liksom för Parkin och Murphy en strategi för social stängning nedåt i syfte att säkra och bibehålla professionens privilegierade position. Denna strategi går huvudsakligen ut på att begränsa och reglera inträdet till professionen och kan därför betraktas som intra-professionell strategi i syfte att kontrollera och dra upp gränser mot angränsade yrken. Demarkationsstrategier syftar till att kontrollera näraliggande eller hierarkiskt underordnade yrkesgrupper genom att omringa och innesluta dem i besläktade men åtskilda yrken. Demarkationsstrategier kan betraktas som en inter-professionell stängningsstrategi.

Med fokus på professionaliseringens samhälleliga villkor

Svårigheterna att ge en entydig definition av begreppet profession och att skilja professioner från andra grupper på arbetsmarknaden har fått flera forskare att ifrågasätta den skarpa bodelningen mellan profession och yrke. Selander (1989) menar att det i strikt mening inte längre är fruktbart att tala om professioner i andra sammanhang än i syfte att peka ut en särskild form av yrkesformering under industrialismens genombrott och tidiga historia. Selander ser professioner som en historiskt specifik form av organiserad, yrkesbaserad social kontroll, intimt sammanvävd med industrialismens genombrott, ståndssamhällets sammanbrott och den borgerliga klassens ökade samhällsinflytande. Borgarklassen förhållningssätt till arbete, utbildning, familj och kultur kom att lägga grunden till en professionell ideologi där kunskapsbevis i form av kollegialt kontrolle-

rade examina successivt kom att ersätta social börd som meriteringsgrund (Kocka 1990:65). Enligt Selander (1989:113) kan den fackliga och den professionella organiseringen ses som två historiskt parallella men åtskilda former för yrkesbaserad social kontroll. I syfte att vinna ekonomiska, kulturella och sociala fördelar har emellertid många av dagens yrkesgrupper kopierat de historiska professionernas handlingsmönster. Men att på denna grund klassificera vissa grupper på arbetsmarknaden som professioner riskerar enligt Selander inte bara att urholka professionsbegreppet utan också till att dra upp en konstlad gräns mellan olika yrkesgrupper.

Den skarpa gränsdragningen mellan professioner och yrken döljer att det finns mycket som förenar professioner och yrken (Burrage 1990). Med en större lyhördhet för professionalismens historiskt skiftande former och vida variationer kan professioner och yrken studeras inom en gemensam professionsteoretisk ram. Alla yrkesgrupper som väljer att organisera sig och handla i syfte att utveckla och förvalta ett eget kunskaps- och verksamhetsområde kan studeras inom ramen för ett professionsteoretiskt perspektiv. Istället för att teoretiskt och empiriskt försöka bestämma och identifiera professioner borde professionsforskare ägna mer intresse åt att studera professionaliseringens samhälleliga villkor, dess historiska framväxt och utveckling (Torstendahl 1990:45). Som samhällsfenomen betraktat är professionalism intimt kopplad till kunskapens betydelse i det moderna samhället och till lönearbete som dominerande livsform. Castro (1992:45f) menar att redan Durkheim såg beröringspunkter mellan arbetsdelningens historiska differentieringsprocess och en mer allmän professionaliseringsprocess; övergången från mekaniska till organiska solidaritetsformer innebar en övergång från relativt enkla och konkreta kunskapsformer till mer komplexa och abstrakta kunskapsformer. Hos Larson (1977:xvi) kopplas framväxten av moderna professioner samman med den ökade samhälleliga betydelsen av vetenskaplig kunskap och framväxten av fri marknad för varor och tjänster. Macdonald (1995) förlägger professionalismens ursprung till den tidpunkt då kunskapen bröt sig loss från sina historiskt traditionella sociala institutioner och utvecklades till ett oberoende element i samhället. Genom brottet kom vår kognitiva föreställning om sant och falsk att grunda sig på den empiriska världen istället för till dess koppling till sociala institutioner.

> In the modern society, the cognitive referent – i.e. our yardstick for assessing the truth or validity of knowledge – is the empirical world of nature: in all earlier forms of society that reference point was one of a number of social institutions (a.a. sid. 158).

Skiftet i kunskapssyn banade väg för en utveckling av kunskapsbaserade grupper med anspråk på att vara experter inom utvalda delar av världen. Besittande av (förmodade) bättre kunskaper blir de professionella gruppernas *differentia specifica*, formella utbildningsbevis den samhälleliga indikator på professionell expertis (Castro 1992:64).

Med fokus på professionalismens skiftande former och vida variationer blir de professionsteoretiskt intressanta frågorna att studera under vilka sociala, politiska, kulturella och ekonomiska betingelser yrkesgrupper tillskrivs professionell status och vilken betydelse kunskapsdimensionen har för yrkesgruppers möjlighet att etablera ett eget kunskaps- och yrkesområde. Som Hellberg (1978:29) uttrycker det är det meningslöst att tala om professionella grupper utan att samtidigt tala om dem som erkänner och tillskriver dessa grupper deras status och auktoritet.

I denna avhandling utgörs de samhälleliga betingelserna av den korporativa staten och den välfärdspolitik som förts i anslutning till framväxten och utvecklingen av sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter.

Den professionella jurisdiktionen

Att etablera kontroll över ett eget kunskap- och verksamhetsområde är en mer eller mindre uttalad ambition för många yrkesgrupper. Abbott (1988) benämner detta territorium för jurisdiktion, vilket mer eller mindre sammanfaller med nyweberianernas tal om yrkesmonopol och Larsons (1977) begrepp marknadsmonopol. Begreppet jurisdiktion är emellertid att föredra då strävan efter monopol inte kan anses kännetecknande för alla grupper på arbetsmarknaden (Åmark 1990). Som Castro (1992:70) påpekat är föreställningen om yrkesgruppers strävan efter marknadsmonopol främst tillämpbar på yrken som historiskt vuxit fram och etablerat sig som självständiga aktörer på en fri och konkurrensutsatt arbetsmarknad. Strävan efter yrkes- och marknadsmonopol har därför i första hand varit ett kännetecknande drag för anglo-amerikanska yrkesgrupper. För yrkesgrupper som inte vuxit fram som självständiga aktörer på en fri marknad har däremot föreställningen om marknads- och yrkesmonopol visat sig vara en mindre fruktbar analysmodell. Gemensamt för begreppen är dock att de förutsätter en ständig och aktiv gränsbevakning från de inblandade yrkesgruppernas sida. Åmark (1990:107) identifierar fem kärnområden kring vilka yrkesgrupper med professionella anspråk tenderar att formera sina organisatoriska resurser:

- utveckling av kunskap och utbildning
- skapande och upprätthållande av en marknad för yrkesgruppens tjänster
- löneförmåner och anställningsvillkor
- kontakter och kanaler för politiskt inflytande
- sociala kontakter och ekonomiskt stöd

Även om vi inte teoretiskt kan likställa begreppen marknadsmonopol och jurisdiktion är det rimligt att anta att yrkesgruppers strävan efter kontroll över ett kunskaps och verksamhetsområde delvis fyller samma grundläggande syfte. I båda fallen handlar det om att finna former för att trygga de egna medlemmarnas ekonomiska försörjning samt att göra det egna yrket till ett redskap för social och kulturell mobilitet (se Larson 1977; Kocka 1990; Siegrist 1990). Kocka (1990) har visat på tydliga sociala och kulturella beröringspunkter mellan framväxten av yrkesgrupper med professionella anspråk och ett ”förborgerligande” av icke-medelklassgrupper. En kulturell och social anpassning till en borgerlig livsstil var emellertid möjligt endast under förutsättning att man hade en stabil inkomst och en i övrigt trygg och ordnad tillvaro som tillät långtidsplanering och där kvinnor och barn var befriade från lönearbete. Kollektiv mobilisering kring utvalda kunskaps- och verksamhetsområden blev för dessa icke-medelklassgrupper en strategi för kulturell och social anpassning till en borgerlig livsstil (a.a. sid. 66). Att ensidigt utgå från ett antagande om att yrkesgruppers anspråk på jurisdiktion grundar sig på ekonomiskt, socialt och kulturellt egenintresse kan dock ifrågasättas. Kopplat till föreställningen om en egen jurisdiktion finns i de flesta fall även tankar om att tillvara och bevaka intresset hos dem som använder sig av yrkesgruppens tjänster (Halliday 1987:370). Samma tanke återfinns hos Castro (1992:214-215) när han beskriver välfärdsstatens yrkesgrupper som samhälls- och människocentrerade och stående över marknadskrafternas vinstmotiv.

Gränserna mellan olika yrkesgruppers jurisdiktioner är sällan entydliga och permanenta. Få professioner har det Abbott (1988:59) benämner *full jurisdiktion*, dvs. möjligheten att självständigt och efter eget gottfinnande kunna definiera och lösa alla de problem och arbetsuppgifter som dyker upp inom det egna verksamhetsområdet. Betydligt vanligare är att olika yrkesgruppers jurisdiktioner är hierarkiskt ordnade eller delvis sammanfallande och överlappande.

Utöver full jurisdiktion urskiljer Abbott (a.a. sid. 69-79) ytterligare fyra former av jurisdiktion: *Underordnad jurisdiktion* innebär att en yrkesgrupp är underkastad att följa en annan yrkesgrupp i sin dagliga yrkesverksamhet. Som exempel på underordnade jurisdiktioner kan vi tänka oss sjuksköterskekårens och arbetsterapeuternas respektive jurisdiktioner som i de delar som rör patienternas medicinska behandling är underordnad läkarkårens jurisdiktion. I den mån två eller flera yrkesgrupper samarbetar kring vissa arbetsuppgifter men med en tydlig markering av respektive kunskaps- och kompetensområde talar Abbott *delad jurisdiktion*. Som exempel på delade jurisdiktioner har vi sjukgymnaster och arbetsterapeuter som inom den medicinska rehabiliteringens område har verksamhetsområden som delvis överlappar varandra. En fjärde variant av jurisdiktion utgör *intellektuell jurisdiktion*. Här behåller en yrkesgrupp den kognitiva kontrollen över verksamhetsområdet samtidigt som andra yrkesgrupper tillåts arbeta inom området. Som exempel på en intellektuell jurisdiktion kan vi tänka oss psykologer och psykoterapeuter som till stor del lett den psykoterapeutiska kunskapsutvecklingen men som i vissa delar fått dela det praktiska behandlingsarbetet med yrkesgrupper som kuratorer, socialarbetare, familjerådgivare och präster. Den femte och sista varianten av jurisdiktion som Abbott urskiljer benämner han *rådgivande jurisdiktion*. Kännetecknande för en rådgivande jurisdiktion är att en yrkesgrupp använder sin egen jurisdiktion för att tolka, modifiera och vägleda en annan yrkesgrupp i dess yrkesutövning. Som ett exempel på en yrkesgrupp med kommit att upprätta rådgivande jurisdiktioner nämner Abbott präster. Inom forskning, sjukvård, kriminalvård och psykoterapeutiskt behandlingsarbete används präster för att vägleda andra yrkesgrupper i etiska, moraliska och religiösa frågor.

Eftersom olika yrkesgruppers jurisdiktioner allt som oftast är överlappande och sammanfallande får förändringar i en yrkesgrupps jurisdiktion konsekvenser för näraliggande yrkesgruppers jurisdiktioner. En yrkesgrupp som försöker expandera sin jurisdiktion gör det ofta på en näraliggande yrkesgrupps bekostnad. Genom konkurrens kan ett yrke helt eller delvis förlora sin jurisdiktion. Undantaget är när en yrkesgrupp expanderar sin jurisdiktion genom exploatering av nya arbetsuppgifter, arbetsuppgifter som tidigare ombesörjts utanför arbetsmarknaden, eller övertar arbetsuppgifter som övergivits och därigenom blivit vakanta. Genom att hävda att näraliggande yrkesgruppers arbetsuppgifter är underordnade och/eller reducerbara till de egna arbetsuppgifterna kan en konkurrerande yrkesgrupp resa anspråk på en näraliggande yrkesgrupps jurisdiktion (a.a. sid. 86-91).

Men det är inte bara konkurrens som förändrar yrkesgruppers jurisdiktioner. Kunskapsutveckling, ny teknologi och nya organisationer förändrar ständigt sammansättningen och karaktären av de arbetsuppgifter som arbetsmarknadens yrkesgrupper har att hantera, gamla arbetsuppgifter och metoder försvinner och nya tillkommer (a.a. sid. 91-96). Inte minst framväxten av moderna välfärdsstater har bidragit till att nya arbetsuppgifter, och därmed även nya yrkesgrupper, gjort inträde på arbetsmarknaden. I Sverige har ett flertal kvinnodominerade yrkesgrupper som förskollärare sjukgymnaster, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor vuxit fram i nära anslutning till välfärdsstatens välfärdspolitiska åtaganden.

Huruvida en yrkesgrupps jurisdiktionella anspråk uppfattas som legitima av omgivningen beror till stor del på vilken typ av kunskap gruppen besitter, hur den är formaliserad och organiserad samt hur kunskapen kommer till praktisk och symbolisk användning i yrkesgruppens dagliga verksamhet. Inom professionsforskningen har man särskilt kommit att betona betydelsen av den akademiskt förmedlande och vetenskapligt förankrade kunskapen. Den universitetsbaserade och vetenskapligt grundade kunskapen bidrar till att knyta en yrkesgrupps verksamhet till kulturella värden som rationalitet, effektivitet och logik (a.a. sid. 54). Den vetenskapliga kunskapens abstrakta karaktär bidrar även till att skilja yrkesgruppens kunskap från den kunskap vi alla delar. Den vetenskapligt baserade och abstrakta kunskapen erbjuder goda möjligheter att ständigt definiera, omdefiniera och inkorporera nya arbetsuppgifter i den egna praktiken (a.a. sid. 102-105). Detta skänker yrkesgruppen och den kunskap den besitter en exklusiv karaktär. Brante (1989:38) menar att man till Webers tre auktoritetsformer – karismatisk, traditionell och legal auktoritet – kan lägga en fjärde auktoritetsform som han benämner för *vetenskaplig auktoritet* och som bygger på en förmodad förmåga att bedöma och besluta i abstrakta yrkesfrågor. Inför sina avnämare måste yrkesgrupperna få det att framstå som om deras problemlösande kapacitet vilar på fakta snarare än värderingar, på noggranna och komplexa bedömningar snarare än på enkla och rutiniserade regeltillämpningar (Macdonald 1995:165). En alltför abstrakt kunskap kan emellertid resultera i att yrkesgruppen förlorar i trovärdighet; kunskapen skall vara tillräckligt abstrakt för att inte kunna ifrågasättas men tillräckligt konkret för att vara till praktisk nytta.

Given kunskapens centrala betydelse för möjligheten att etablera och upprätthålla en egen jurisdiktion är det föga förvånande att finna att många yrkesgrupper med stor energi strävar efter att vetenskapliggöra sin kunskapskärna

och etablera någon form av kontroll och inflytande över den utbildning och kunskapsproduktion som sker i anslutning till den egna jurisdiktionen. Att vetenskapliggöra sin kunskapskärna har enligt Elzinga (1990:151) två viktiga funktioner: För det första avgränsar det gruppen från näraliggande professionella grupper, för det andra så utgör det en demarkationslinje i förhållande till yrkets tidigare mer oprofessionaliserade fas, då kunskapen var mer arbetsplatsanknuten och oformaliserad.

Men en yrkesgrupps jurisdiktion vilar inte enbart på kunskapsmässig grund. Legitimiteten har även kulturella och sociala grundvalar (Abbott 1988:177-211). Yrkesgrupper som arbetar med högt kulturellt värderade sysslor som t ex hälsa och rättvisa har lättare att vinna gehör för sina jurisdiktionella anspråk än andra yrkesgrupper. I detta sammanhang har välfärdsstaten varit central för att lyfta fram och betona vikten av dessa kulturellt högt värderade sysslor. Av betydelse är också under vilka villkor yrkesgruppen bedriver sin praktik. Licensiering och legitimering av godkända medlemmar samt etiska riktlinjer för hur yrkesutövningen ska bedrivas signalerar att yrkesgruppen och dess medlemmar är kvalificerade, seriösa och kvalitetsmedvetna, kort sagt ”professionella”. En yrkesgrupp kan också försöka legitimera sin anspråk genom att hänvisa till medlemmarnas sociala och kulturella bakgrund. I sin kanske mest extrema form finner vi kallet, föreställningen om yrket som kristet barmhärtighetsarbete. Genom att framställa det egna yrket som kall försöker gruppen förmedla en bild av att arbetet präglas av kärlek, självuppoffring och oegennytta.

Enligt Abbott (a.a. sid. 59-69) artikulerar yrkesgrupper sina jurisdiktionella anspråk på tre arenor. På den *legala arenan*, vilken Abbott närmast likställer med statens administrativa, planerande och lagstiftande strukturer, försöker yrkesgrupperna vinna statens officiella erkännande för sina jurisdiktionella anspråk. De anspråk som artikuleras på den legala arenan handlar både om yrkesgruppens legala rätt att lägga vissa utvalda arbetsuppgifter under sig, dels den legitima rätten att uttala sig om vad som är moraliskt och kunskapsmässigt rätt och riktigt inom det verksamhetsområde som yrkesgruppen gör anspråk på (Hughes (1958:78ff). Utifrån ett organisationsrealistiskt perspektiv kan den legala arenan – statens administrativa, planerande och lagstiftande strukturer – ses som en organisatorisk arena; i ett välfärdspolitiskt sammanhang kan landsting och kommuner sägas utgöra statens administrativa del, myndigheter och ämbetsverk statens planerande del och riksdag och regering dess lagstiftande del.

För att rikta sina jurisdiktionella anspråk till bredare allmänhet använder sig professionellt orienterade yrkesgrupper av den *mediala arenan*. Genom olika slags media försöker man styra och kontrollera allmänhetens bild av det egna yrket. Anspråken på den mediala arenan underlättas av att allmänheten ofta har ganska vaga och stereotypa föreställningar om vad yrkesgruppen i fråga egentligen sysslar med (Abbott 1988:61). En vanligt förekommande strategi på den mediala arenan är att försöka frammana en bild av att det råder klara och tydliga kunskaps- och praxisgränser mellan olika yrken.

> When medicine claims jurisdiction over children who are so active as to be social-control problems in current settings of child life, it claims that such children *are* hyperactive; they are not merely behavior problems, but have a disease that makes them behavior problems (a.a. sid. 62).

Allmänhetens stereotypa och vaga uppfattning bidrar även till att dölja den interna stratifiering och statusskillnad som präglar många yrkesgrupper. På den mediala arenan är det vanligtvis bilden av yrkesgruppernas elitskikt som förmedlas (a.a. sid. 61).

På *arbetsplatsen* handlar yrkesgruppernas anspråk om att vinna kontroll, självbestämmande och inflytande över mycket konkreta arbetsuppgifter. Trots detta förs sällan några mera omfattande och principiella diskussioner om de jurisdiktionella gränserna på denna arena. Enligt Abbott (a.a. sid. 65) kan detta förklaras med att på arbetsplatsen får anspråken på jurisdiktion kompromissa med organisatoriska krav på effektivitet och rationalitet. Ofta finns de professionella gruppernas jurisdiktion kodifierade på arbetsplatsen i befattningsbeskrivningar och liknande, men som Abbott konstaterar, tenderar dessa att ha en svag anknytning till verkligheten.

> In most professionell work settings, actual divisions of labor are established, through negotiation and custom, that embody situation-specific rules of professionell jurisdiction (a.a. sid. 65).

Sammanfattningsvis kan begreppet jurisdiktion ses som den nisch i den samhälleliga arbetsdelningen som en yrkesgrupp gör anspråk på och upprätthåller en social (legal), kulturell (legitim), kognitiv (kunskapsmässig) kontroll över i syfte att vinna ekonomiska, sociala och kulturella fördelar. Jurisdiktioner separerar yrkesgrupper från varandra, verksamhetsmässigt och kunskapsmässigt men också organisatoriskt, ekonomiskt, socialt och kulturellt. Den jurisdiktion

som en yrkesgrupp upprätthåller kan ses som dess gräns till andra yrken. Den jurisdiktion som ett yrke gör anspråk på och upprätthåller kan empiriskt studeras som yrkesgruppens:

- kunskaps- och praxisgräns till andra yrken
- organisatoriska gräns till andra yrken
- ekonomiska, sociala och kulturella gräns till andra yrken

I denna avhandling är det den legala arenan och de anspråk på jurisdiktion som sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter rest där som står i centrum. I takt med välfärdsstatens utveckling och expansion har den legala arenan blivit allt mer betydelsefull för välfärdsstatens yrkesgrupper i kampen för en egen jurisdiktion. På den legala arenan har välfärdsstatens yrkesgrupper bedrivit en politisk kamp för att skapa sig en av staten erkänd jurisdiktion. Den legala arenan är också den arena där välfärdspolitiken givits sin övergripande utformning. Genom att studera interaktionen på den legala arena är det möjligt att studera hur sjuksköterskors, hemvårdarinnors och arbetsterapeuters jurisdiktioner byggts upp och vilka krafter som förändrat dem.

4. Sjuksköterskor

Syftet med detta kapitel är att studera hur den svenska sjuksköterskekåren vuxit fram och formerats i anslutning till statens sjukvårdspolitiska intresse. Jag kommer att fokusera på de möjligheter och begränsningar som statens sjukvårdspolitiska åtaganden satte för sjuksköterskekårens utvecklingen av en egen jurisdiktion. Kapitlet spänner över perioden från slutet av 1800-talet då sjuksköterskorna först började framträda som yrkesgrupp, vidare fram till mitten av 1960-talet då sjuksköterskornas utbildning kom att läggas under landstingskommunalt huvudmannaskap. De frågor jag ställer i anslutning till kapitlet är:

- Hur såg den stat ut som sjuksköterskorna först kom att möta och vilka resurser för välfärdspolitisk intervention hade staten? Och hur förändrades staten och statens handlingskapacitet under den period som studeras?
- Vilket eller vilka sjukvårdspolitiska problem har sjuksköterskorna varit en lösning på under den period som studeras?
- I vilken utsträckning har sjukvårdspolitiken bidragit till en professionalisering av sjuksköterskekåren? Och vilka aktörer förutom staten och sjuksköterskekåren har deltagit i utformningen av sjuksköterskornas välfärdspolitiska roll och jurisdiktion under den period som studeras?

Dispositionsmässigt är kapitlet indelat i tre perioder. Den första perioden omfattar slutet av 1800-talet fram till slutet av 1920-talet. Under denna period formerade sig sjuksköterskorna som en homogen och enhetlig yrkeskår. I det sociala och verksamhetsmässiga utrymmet mellan läkare och sjukhuspigor börjar sjuksköterskornas jurisdiktion ta form. Kring sjuksköterskornas jurisdiktion växte en rad statliga förordningar fram: utbildningen standardiserades och reglerades, och Medicinalstyrelsen gavs i uppdrag att övervaka och tillse sjuksköterskeväsendet utveckling.

Den andra perioden omfattar efterkrigstiden fram till 1958. Under denna period vaknade statens sjukvårdspolitiska intresse på allvar vilket fick betydande konsekvenser för den fortsatta utvecklingen av sjuksköterskornas jurisdiktion. Från statsmaktens sida signalerade man att sjukvården skulle byggas ut och

göras tillgänglig över hela landet. Förutom en effektivisering, rationalisering och centralisering av vården krävde detta välfärdspolitiska projekt även tillgång till en modern och sekulariserad sjuksköterskekår. Tillsammans med läkarkåren blev under denna period sjuksköterskekåren en nyckelgrupp inom svensk sjukvård. Sjuksköterskan gavs en central roll i vårdens nya arbetsorganisation – rondsystemet. Rondsystemet innebar att sjuksköterskans arbetsuppgifter vidgades till att även omfatta arbetsledande och administrativa arbetsuppgifter. Som ett tecken på sjuksköterskornas betydelsefulla ställning infördes från och med 1958 legitimation för *av staten godkänd sjuksköterska*.

Den tredje och sista perioden som behandlas i kapitlet berör sjuksköterskornas utveckling under 1960-talet. Trots tidigare ansträngningar att avhjälpa bristen på sjuksköterskor och att skapa en rationell sjukvårdsorganisation kvarstod problemen; bristen på sjuksköterskor blev alltmer besvärande och sjukvårdens driftskostnader fortsatte att skjuta i höjden samtidigt som sjukvårdens utbyggnad gick in i ett mycket expansivt skede. I kombination med en tilltagande medicinsk specialisering blev det ånyo aktuellt att se över sjuksköterskeutbildningen och sjuksköterskornas jurisdiktion i förhållande till nya grupper av medicinsk-tekniska assistenter, undersköterskor och vårdbiträden.

Framväxten och etableringen av sjuksköterskornas jurisdiktion – perioden fram till slutet av 1920-talet

De sociala förutsättningarna bakom sjuksköterskeväsendets framväxt

Den stat som landets gryende sjuksköterskeväsende kom att växa fram i anslutning till kan knappast beskrivas som en välfärdsstat. Statens åtaganden för vård, omsorg, social och ekonomisk trygghet var blygsamma. Organisatoriskt sett stod den svenska staten illa rustad för att hantera välfärdspolitiska problem. Ett betydande ansvar för medborgarnas välfärd vilade på frivilliga hjälporganisationer och fackföreningsrörelsen (se Lindqvist 1990; Olsson, S 1990; Taussi Sjöberg & Vammen 1995). Frivilliga hjälporganisationer som Centralförbundet för Socialt Arbete bistod även med en betydande del av den välfärds- och socialpolitiska utredningsverksamhet som genomfördes under perioden (se Sjögren 1997).

Under senare delen av 1800-talet började dock statens intresse för sjukvård att öka. Med intresset för sjukvård följde även ett intresse för sjuksköterskor. Centrala drivkrafter bakom statens ökade intresse för sjukvård och sjuksköterskor var den naturvetenskapliga medicinens genombrott, krigsmaktens behov av sjukvård samt medelklasskvinnans förändrade samhällsställning (Gustafsson 1987:368ff; Emanuelsson 1990:34f; Erlöv & Petersson 1992:7). Den medicinska utvecklingen och bakteriologins genombrott innebar ett ökat intresse från läkarkåren och staten för sjukhusbaserad vård. Antiseptikens genombrott gjorde det möjligt att genomföra ingrepp som tidigare varit förenat med stor fara för patienten (Emanuelsson 1990:32f; Pernow 1995:21-37). År 1861 fanns ett lasarett i varje län, och under perioden 1860 – 1900 ökade antalet bäddplatser vid landets lasarett från 2000 till 8000 (Bohm 1961:18). År 1914 uppgick antalet lasarett till 85 (Knapp Gaaserud 1991:63).[7] Ökningen av antalet lasarett och bäddplatser kan delvis förstås mot bakgrund av 1862 års förordning om landsting. Genom tillkomsten av landstingen skapades en organisatorisk och skattemässig grund för den svenska sjukvårdens framtida utveckling. Lands-

[7] Med undantag för universitetssjukhusen var lasaretten oftast odelade, dvs. inte uppdelade efter medicinska specialiteter. Vid sekelskiftet fanns sammanlagt inte mer än ett 30-tal specialiserade avdelningar vid landets sjukhus (Ternblad 1992:90f).

tingens ansvar för sjukvården fastslogs i 1864 års lasarettsstadga (Gustafsson 1987:299f).

Vad gäller krigsmaktens behov av sjukvård hade borgerlighetens kvinnor varit engagerade i den frivilliga miltärsjukvården redan innan de första organiserade sjuksköterskeutbildningarna kommit till stånd. Enligt Gustafsson (a.a. sid. 373) spelade svenska kvinnosakskvinnor skickligt på traditionerna från militärsjukvården när de i ett senare skede försökte övertyga statsmakten och allmänheten om behovet av sjuksköterskor i fredstid. Sjuksköterskeväsendets koppling till den militära frivilligsjukvården kom i hög grad att prägla den första generationen civila sjuksköterskors syn på disciplin, ordning, auktoritet och arbetsorganisation.

Mot slutet av 1800-talet inträffade en förändring av över- och medelklasskvinnornas samhällsställning. Det växte fram en emancipatorisk kvinnorörelse som kämpade för kvinnlig rösträtt, möjlighet till yrkesarbete, ändrade arvs- och giftermålslagar m.m. (Emanuelsson 1990:25ff). Kampen underblåstes av ett mansunderskott som gjorde det allt svårare för över- och medelklassens ogifta döttrar att finna ett passande gifte. Att söka sysselsättning utanför hemmen blev en nödvändighet för ett växande skikt av borgerlighetens ogifta kvinnor. Under 1800-talets senare del ökade mot denna bakgrund efterfrågan på socialt passande yrken för över- och medelklassens ogifta döttrar. Ett stort antal av dessa kom att finna sysselsättning inom den expanderande statsapparaten. En tilltagande brist på manlig arbetskraft medförde att staten började ställa sig välvilligt inställd till att rekrytera kvinnor till arbetskraften (Nilsson, B 1996:16). Nya kvinnoyrken uppstod bland annat inom skolväsendet, post- och telegrafverken samt inom vården. Inkörsporten till dessa yrken utgjordes av de privata, avgiftsbelagda flickskolorna som började växa fram under 1800-talets senare hälft (Ambjörnsson 1974:32).

Mot en utformning av en egen jurisdiktion

Sjuksköterskeväsendet fick sin organisatoriska förankring i Sverige genom organisationer som Ersta diakonianstalt, Sophiahemmet och Röda Korset[8]. Det var kring dessa organisationer som de första reguljära sjuksköterskeutbildningarna i landet kom att knytas. Vid Ersta diakonianstalt påbörjades den första

[8] Svenska föreningen Röda Korset bildades 1865 under namnet Föreningen för frivillig vård af sårade och sjuka i fält.

utbildningen av sjuksköterskor 1851 följt av Röda Korset 1867 och Sophiahemmet 1889. Av dessa tre brukar Sophiahemmet tillskrivas störst betydelse för sjuksköterskeväsendet etablering i landet. Initiativet till Sophiahemmets sjuksköterskeutbildning togs av drottning Sophia. Med dess kombination av teori och praktik kom utbildningen snabbt att bli mönsterbildade för all kvalificerad sjuksköterskeutbildning i landet (Gustafsson 1987:371). De första eleverna till Sophiahemmets utbildning handplockades av drottningen (Bohm 1961:30). Då den färdigutbildade sjuksköterskan invigdes till sitt yrke fick hon motta sitt intyg och sin brosch direkt ur drottningens hand (Erlöv & Petersson 1992:10). Genom drottningens personliga engagemang kom sjuksköterskeyrket att vinna i anseende och utvecklas till ett yrke för välutbildade unga kvinnor ur över- och medelklassen.

Sjuksköterskeyrket, såsom det utformats av Ersta Diakonianstalt, Röda Korset och Sophiahemmet, kom i detta sammanhang att uppfattas som ett socialt och kulturellt passande yrke för borgerlighetens döttrar. Yrket krävde en god utbildningsbakgrund samtidigt som sjuksköterskan genom sin yrkesutövning tjänade både Gud och sina medmänniskor. För sjuksköterskorna själva, likväl som för allmänheten framställdes yrket som ett arbete i det kristna kallets tjänst (Andersson 1997). För sjuksköterskans del innebar kallet ett asketiskt leverne med försakelse av världsliga ting som lön, familj och reglerade arbetsvillkor. De privata sjuksköterskeskolorna, de s.k. moderhusen, försåg eleverna och de färdigutbildade sjuksköterskorna med kost och logi och en mindre summa i lön. De ansvarade även för sjuksköterskans pension genom inrättandet av särskilda pensionskassor (Bohm 1961:33). Kallelsetankens betydelse för de första generationerna av privatutbildade sjuksköterskor pekar mot att det primära motivet för dessa kvinnor att etablera en egen jurisdiktion var av social och kulturell natur snarare än av ekonomisk karaktär. En alltför stor ekonomisk ersättning ansågs till och med kunna fördärva sjuksköterskans relation till patienten. Inom vissa kretsar av borgerligheten betraktades det som närmast anstötligt att begära lön för att ge en nödlidande medmänniska vård (Erlöv & Petersson 1992:10).

Sjuksköterskeväsendets koppling till organisationer som Röda Korset, diakonin och Sophiahemmet innebar att sjuksköterskan i Sverige kom att växa fram utan direkt organisatorisk eller social förbindelse med tidigare kvinnliga vårdyrken (Gustafsson 1987:369). Av denna anledning utgjorde sjuksköterskan ett nytt inslag i sjukvården. Innan sjuksköterskans inträde hade lasarettssjukvården i princip bestått av endast två kategorier av vårdpersonal, läkarna och den kvinnliga biträdespersonalen, de s.k. sjukhuspigorna. Sjuksköterskorna siktade

emellertid redan från början in sig på att upprätta sin jurisdiktion i anslutning till den institutionsbaserade sjukvården och i utrymmet mellan läkarna och den kvinnliga biträdespersonalen (a.a. sid. 378). Det yrkesmässiga riktmärket för sjuksköterskan kom att utgöras av läkarna, inte den underordnade personalen. Man kom därför att betona vikten av formell utbildning (Olsson, Å 1985:109f). År 1897 var ca 60% av de 768 utbildade sjuksköterskorna verksamma inom lasarettssjukvården. Motsvarande andel för läkarkåren var vid samma tidpunkt ca 15% (Gustafsson 1987:368). Sjuksköterskornas inbrytning innebar att vården fick en ny hierarkisk arbetsorganisation där läkarna hamnade i organisationens topp, följd av sjuksköterskorna och den övriga biträdespersonalen. I mångt och mycket kan sjuksköterskornas arbetsorganisatoriska inplacering ses som en avspegling av det omgivande samhällets klass- och könsordning. Sjuksköterskornas yrkesroll kan ses som en överföring av den borgerliga kvinnans erfarenheter, egenskaper och klassposition till den offentliga vården (Emanuelsson 1990:60).

Kampen mot biträden och falska sjuksköterskor

Lasarettssjukvårdens snabba expansion från 1860 och framåt ökade efterfrågan på kvinnlig vårdpersonal. Dels ökade efterfrågan på biträdespersonal men även sjuksköterskor började att efterfrågas i allt större omfattning. De privata sjuksköterskeskolorna var dock oförmögna att möta den ökade efterfrågan. För att underlätta rekryteringen och tillgodose behovet av sjuksköterskor startade många lasarett egna sjuksköterskeutbildningar (Dillner 1963:624). Antalet lasarettsskolor ökade snabbt. Vid sekelskiftet uppgick antalet lasarettsskolor till sex för att 1914 nå ett antal av 48 skolor (Bohm 1961:38).

De privatutbildade sjuksköterskorna upplevde lasarettssköterskorna som ett hot. Man var rädd att lasarettssköterskorna skulle göra gränsen till sjukvårdsbiträden otydlig och rasera sjuksköterskornas goda sociala anseende. Av tradition hade kvinnligt vårdarbete låg status men de privatutbildade sjuksköterskornas klassbakgrund och privata utbildning hade skänkt det kvinnliga vårdarbetet en viss status (Gustafsson 1987:370; Emanuelsson 1990:34f). Ur ett professionsteoretiskt perspektiv kan man säga att de privatutbildade sjuksköterskorna förenade ett traditionellt kriterium för hög social status – klass – med ett modernare kriterium för status – utbildning. De privata sjuksköterskeskolorna försökte på olika sätt tydliggöra gränsen mellan ”riktiga” sjuksköterskor och lasarettssköterskor. Den huvudsakliga demarkationsstrategin tog fasta på skillnader i utbildning och klassbakgrund mellan sjuksköterskor och lasaretts-

sköterskor. Från de privata sjuksköterskeskolorna menade man att lasarettsskolornas utbildning var av undermålig kvalitet och att lasarettsskolornas utbildning sällan var något annat än en täckmantel för att skaffa billig arbetskraft. Som exempel kan nämnas att de sjukhus med egen sjuksköterskeutbildning hade få sjukvårdsbiträden i jämförelse med andra sjukhus (Betänkande angående den kvinnliga vårdpersonalens utbildning och arbetsförhållanden, avgivet den 22 december 1916 sid. 297ff). Kursplaner för utbildningen saknades allt som oftast och utbildningstiden kunde variera mellan alltifrån 3 månader till 18 månader (Bohm 1961:38f). De privata sjuksköterskeskolorna ansåg att lasarettsskolorna borde ställa upp hårdare förkunskapskrav och antagningvillkor (Erlöv & Petersson 1992:94). Man förfasade sig över att minimiålder vid vissa lasarettsskolor var så lågt som 17 år och att antagningen sällan krävde mer än vanlig folkskola. De sjuksköterskor som utbildades vid de privata sjuksköterskeskolorna hade i genomsnitt en tvåårig teoretisk och praktisk utbildning bakom sig (a.a. sid. 60).

Diskussionen av vem som skulle ha rätt att kalla sig sjuksköterska accentuerades i samband med att staten 1901 beslutade om att anslå statsbidrag till sjuksköterskornas pensionskassor. De privata sjuksköterskeskolorna hälsade beslutet med tillfredsställelse. Införandet av statsbidrag sågs som tecken på att staten äntligen börjat uppmärksamma vikten av ett fungerande sjuksköterskeväsende. Samtidigt skiljde inte förslaget på kvalificerade och okvalificerade sjuksköterskor. Statsbidraget var visserligen villkorat så att endast godkända sjuksköterskeskolors pensionskassor skulle kunna komma i åtnjutande av bidraget men det saknades tydliga kriterier för vad som avsågs med ”godkända” sjuksköterskeskolor (SFS 1901:126). På detta sätt kunde även icke kvalificerade sjuksköterskors pensionskassor komma i åtnjutande av statsbidrag. Införandet av statsbidraget kan tolkas som att man från statens sida var beredd att stödja sjuksköterskornas professionaliseringssträvanden. Själva statsbidragskonstruktionen visar dock att man ännu inte var beredd att ensidigt ta de privatutbildade sjuksköterskorna parti i kampen mot lasarettssköterskorna.

Lasarettssköterskornas närvaro inom vården inverkade negativt på de kvalificerade sjuksköterskornas möjligheter att få fotfäste på lasaretten. Många sjukvårdshuvudmän föredrog att använda sig av egenutbildade sjuksköterskor framför de dyrare privatutbildade sjuksköterskorna. Som ett led i att få kontroll över arbetsmarknaden för sjuksköterskor och vinna insteg vid landets lasarett och började representanter för de privata sjuksköterskeskolorna bygga upp ett nätverk av sjuksköterskebyråer. Sjuksköterskebyråns primära uppgift var att

förmedla kvalificerade sjuksköterskor till lediga tjänster. Den första sjuksköterskebyrån tillkom i Stockholm 1902 och inom kort fanns liknande byråer på flera platser i landet (Bohm 1961:40). Utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv kan inrättandet av sjuksköterskebyråerna ses som ett första försök att skapa en kollektiv resurs kring de privatutbildade sjuksköterskornas utbildnings- och klassbakgrund; kampen för en egen jurisdiktion dit lasarettssköterskor inte ägde tillträde krävde organisatorisk samordning och kollektiv handling.

Problemet med att kvalificerade sjuksköterskor höll på att konkurreras ut av mer okvalificerad personal var på intet sätt unikt för Sverige. Problemet var i högsta grad internationellt. I länder som England, Danmark, Tyskland, Finland, Kanada och USA hade kvalificerade sjuksköterskor bildat organisationer i syfte att tillvarata de kvalificerade sjuksköterskornas intressen. I Berlin bildades 1904 Internationella sjuksköterskeförbundet i syfte att skapa vänskapliga förbindelser mellan sjuksköterskor i olika länder samt verka för ett utbyte av erfarenheter beträffande sjuksköterskans yrkesutbildning (a.a. sid. 43f). När så sjuksköterskor utbildade vid de ledande privata sjuksköterskeskolorna i Sverige den 14 mars 1910 bildar Svensk sjuksköterskeförening (SSF) var det i enlighet med ett internationellt mönster. Bildandet av SSF hade emellertid föregåtts av grundandet av *Svensk sjuksköterskетidning*. Tidskriften hade som målsättning att stärka den kollegiala samhörigheten mellan sjuksköterskor från olika moderhus. Tidskriften utgjorde också en viktig medial arena för SSF eftersom kvinnor vid denna tidpunkt fortfarande saknande politisk rösträtt. Genom Svensk sjuksköterskетidning kunde SSF sprida sin syn på sjukvård och sjukvårdsfrågor samt arbeta för en kvalitetshöjning av sjuksköterskeutbildningen och sjuksköterskeyrkets anseende (a.a. sid. 44f). Uttryckt i professionsteoretiska termer kan man säga att de privatutbildade sjuksköterskorna via Svensk sjuksköterskетidning försökte etablera social och kulturell legitimitet över det verksamhetsområde och de arbetsuppgifter som man gjorde anspråk på. Det var också i Svensk sjuksköterskетidning som uppropet att bilda en nationell sjuksköterskeförening utgick (a.a. sid. 46). Svensk sjuksköterskетidning förblev även efter grundandet av SSF formellt sett organisatoriskt fristående (a.a. sid. 51).

SSF var vid sitt grundande den 14 mars 1910 inte en facklig organisation i den bemärkelse att de kämpade för medlemmarnas ekonomiska intressen. Snarare ansåg SSF att föreningen – och sjuksköterskeväsendet – skulle förlora i anseende genom att förknippas med traditionellt fackliga frågor. Föreningens huvudsakliga intresse var snarare inriktade mot behörighets- och utbildningsfrågor.

Högst upp på den nybildade organisationens dagordning stod en nationell reglering av sjuksköterskeväsendet. Föreningen arbetade för en nationell standardisering av sjuksköterskeutbildningen och för en begränsning av lasarettsskolornas och lasarettssjuksköterskornas verksamhet. På samma sätt som bildandet av sjuksköterskebyråerna och Svensk sjuksköterskетidning kan SSF tillblivelse tolkas som en organisatorisk länk i kedjan att förvalta och förädla de privatutbildade sjuksköterskornas utbildning och klassbakgrund i syfte att upprätta en egen jurisdiktion. För att vinna tillträde till organisationen krävdes förutom att vara ogift en minst 1,5 års teoretisk och praktisk sjuksköterskeutbildning samt ett års praktisk tjänstgöring vid något sjukhus. Eftersom lasarettssköterskorna inte nådde upp till de privatutbildade sjuksköterskornas nivå ansåg SSF att lasarettssköterskorna utgjorde ett hot mot sjukvårdens kvalitet och framtida utveckling. För att höja vårdens kvalitet krävdes en sjuksköterska med god utbildning och ett gott personligt sinnelag. Av den anledningen ansåg man att de privata sjuksköterskeskolornas krav på utbildningskvalitet, förkunskapskrav och familjeförhållanden skulle vara normerande för all sjuksköterskeutbildning i landet (a.a. sid. 45-50). I realiteten torde det dock ha handlat om att finna kriterier för att på ett effektivt sätt stänga ute kvinnor med annan social, ekonomisk och kulturell bakgrund från att arbeta som sjuksköterskor.

Även om SSF menade att det var en rättighet som patient att få vård av en kvalificerad sjuksköterska intog föreningen en återhållsam inställning till den kvinnliga biträdespersonalen. Visserligen hyste man från SSF:s sida en viss rädsla för att sjukvårdshuvudmännen skulle föredra den billigare biträdespersonalen framför kvalificerade sjuksköterskor, men man såg trots detta inget behov av att utesluta dem ur sjukvården. Istället för uteslutning kom man att lansera en tydlig demarkationsstrategi: SSF ansåg att den kvalificerade sjuksköterskans position inom vården bäst upprätthölls genom en höjning av sjuksköterskeutbildningens kvalitet. Så länge som lasarettsskolorna inte "smygvägen" snabbutbildade biträden till sjuksköterskor ansågs SSF inte att det förelåg någon anledning att utesluta biträdespersonalen ur sjukvården. Biträdena skulle istället underordnas, ledas och kontrolleras av sjuksköterskorna (Gustafsson 1987:379).

SSF kom tidigt att vända sig till staten i kampen för en egen jurisdiktion. Från föreningens sida satsade man målmedvetet på att få staten att engagera sig i sjuksköterskeväsendets utveckling. Utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv kan SSF:s agerande ses som ett försök att använda sig av en politiseringsstrategi, dvs. att skjuta frågan om sjuksköterskeväsendets utveckling till det

politiska systemet. Endast genom att liera sig med staten trodde sig SSF kunna åstadkomma en snabb nationell reglering av sjuksköterskeväsendet och en reglering lasarettskolorna verksamhet. Man litade emellertid inte fullt ut på staten som samarbetspart. Föreningen fruktade att ett alltför omfattande statligt engagemang skulle vrida sjuksköterskeväsendets utveckling ur händerna på SSF och de privata sjuksköterskeskolorna. SSF betonade därför nogsamt att en statlig inblandning inte fick ske på bekostnad av de privata sjuksköterskeskolornas autonomi (Bohm 1961:76).

Regleringen av sjuksköterskeväsendet kommer till ett avgörande

SSF:s önskan att blanda in staten handlade emellertid inte enbart om att få till stånd en nationell reglering av sjuksköterskeväsendet utan också om att förbättra sjuksköterskornas arbetsförhållanden. Inom SSF och i Svensk sjuksköterskeidning fördes en livlig debatt om den bristande arbetsmiljön inom vården. Samma missförhållanden hade uppmärksammats i Tyskland där den tyska sjuksköterskeföreningen under hösten 1910 låtit göra en hälsoundersökning bland sina medlemmar. Den tyska undersökningen visade att föreningens medlemmar i medeltal inte orkade arbeta som sjuksköterskor i mer än åtta år (Bohm 1961:55ff).

Det var också arbetsmiljöfrågorna som kom att utgöra den direkta orsaken till att frågan om sjuksköterskeväsendets reglering hamnade på den politiska dagordningen i Sverige. I februari 1911 fäste den socialdemokratiske riksdagsledamoten Carl Lindhagen i en motion i riksdagens andra kammare uppmärksamheten på de undermåliga arbetsförhållanden som den kvinnliga vårdpersonalen vid landets sjukvårdsinrättningar tvingades att arbeta under.[9] I motionen yrkade Lindhagen på att regeringen skulle:

> Verkställa en undersökning af sjuksköterskors, sjuksköterskeelevers och öfrig kvinnlig å sjukhusen i riket eller i privatvård anställd personals arbetsförhållanden samt vidtaga de åtgärder till denna personals bästa hvartill undersökningen kan gifva anledning (Motion i AK 1911:289).

[9] Carl Lindhagen hade vid flera tillfällen tidigare engagerat sig i kvinnopolitiska frågor, bland annat var han engagerad i frågan om kvinnlig rösträtt och för kvinnors rätt till fast anställning inom statliga verk (Knapp Gaaserud 1991:70).

Ingivelsen till motionen hämtade sannolikt Carl Lindhagen från två håll. Redan 1902 hade Adolf Hedin i en motion till riksdagen uttryckt oro över kvinnliga industriarbeterskors arbetsförhållanden och 1905 tillsattes en statlig kommitté att utreda frågan (Åkerblom 1998:25). När Lindhagen lade sin motion 1911 var en proposition i frågan just i färd med att färdigställas. Frågan om kvinnors arbetsförhållanden kan därför sägas ha legat i luften vid tidpunkten för Lindhagens motion. Men motiv kan också ha hämtats från närmare håll. Carl Lindhagen var nämligen kusin till SSF:s ordförande Emmy Lindhagen och gift med sjuksköterskan Jenny Lindhagen (Bohm 1961:56).

Förutom SSF stödde Fredrika-Bremer förbundet, Föreningen Röda Korsets sjukhem, Sophiahemmet, Diakonisällskapet och Södra Sveriges sjuksköterskehems förvaltningsutskott Lindhagens motion (Svensk sjuksköterskетidning 1911:102-107). För att ytterligare väcka debatt i frågan skrev Jenny Lindhagen, Carl Lindhagens hustru, flera insändare i bland annat Svenska Dagbladet om missförhållandena inom vården (Bohm 1961:57-60). Från Medicinalstyrelsens sida slog man bort kritiken om allvarliga brister i arbetsmiljön och avfärdade Lindhagens begäran om en utredning med att verklighetsbeskrivningen i motionen inte var sann. Efter att i en enkät ha tillfrågat ett stort antal läkare, sjuksköterskor, sjuksköterskeelever och sköterskebiträden om den kvinnliga vårdpersonalens arbetsförhållanden beslutade dock regeringen att tillsätta en statlig utredning i frågan med motiveringen att den kvinnliga vårdpersonalens arbetsförhållanden kunde ses om riksangelägenhet. I syfte att åstadkomma en så bred och allsidig utredning som möjligt vidgade dessutom chefen för civildepartementet utredningsuppdraget till att även omfatta sjuksköterskors utbildning samt avlönings-, semester- och pensionsförmåner (Riksarkivet: Civildepartementet, konseljakt den 8 jan. 1912).

I juni 1912 tillkallade chefen för civildepartementet, statsrådet Axel Schotte, fyra ledamöter varav två hämtades från SSF, nämligen rödakorssystern Charlotte Cederström och sofiasystern, tillika ordföranden för SSF Emmy Lindhagen. Övriga ledamöter var riksdagsmannen i första kammaren, redaktör Carl Ekman och överläkaren Isak Jundell som också utsågs till ordförande för utredningen. SSF:s inflytande i utredningen stärktes ytterligare av att sjukhemsföreståndaren och rödakorssystern Agda Meyersson utsågs till utredningens sekreterare (Riksarkivet: Civildepartementet, konseljakt den 8 jan. 1912). I juni 1915 tillkallades ytterligare en sjuksköterska, Anna Lönnerblad föreståndare för Frerika-Bremer förbundets byrå i Göteborg och verksam i redaktionskommittén för Svensk sjuksköterskетidning, för att tillsammans med lasarettsläkaren

Halvor Graeve biträda de sakkunniga som experter i utredningen (Bohm 1961:61ff). Sjukvårdshuvudmännen saknade representation i utredningen vilket kan förefalla märkligt mot bakgrund av utredningens syfte. En förklaring till detta kan vara att landstingen vid denna tidpunkt saknade en nationell förhandlings- och intresseorganisation. Först 1920 grundades Svenska landstingsförbundet (Ejvegård 1973:3). SSF:s representation i utredningen framstår som anmärkningsvärd, särskilt i ljuset av att kvinnor vid denna tidpunkt fortfarande saknade rösträtt och att kvinnlig representation i offentliga utredningar var något mycket ovanligt. Sjuksköterskekårens representation i utredningen kan ses som ett resultat av framgångsrik medial och politisk lobbying i kombination med en organisatoriskt och sjukvårdspolitiskt svag stat; kort sagt, staten saknade resurser för att på egen hand utreda och reglera sjuksköterskeväsendet i landet. För att utreda och reglera sjuksköterskeväsendet behövde staten ta del av de organisatoriska resurser som de privatutbildade sjuksköterskorna förfogade över.

Strax före jul 1916 presenterade utredningen sitt betänkande (Betänkande angående den kvinnliga vårdpersonalens utbildning och arbetsförhållanden, avgivet den 22 december 1916). Förslagen i betänkandet bar mycket tydliga spår av SSF:s idéer, åsikter och önskemål. Betänkandet var en stor framgång för SSF (Bohm 1961:91). I betänkandet presenterades inte bara förslag som skulle reglera sjuksköterskeskolornas och de falska sjuksköterskornas verksamhet utan även förslag som förtydligade sjuksköterskornas jurisdiktion i förhållande till biträdeskåren. I betänkandet föreslogs en nationell standard för sjuksköterskor och sjuksköterskeskolor. De sjuksköterskor och skolor som inte nådde upp till denna standard skulle inte ha rätt att kalla sig sjuksköterska eller sjuksköterskeskola. Man gjorde också en distinktion mellan sjuksköterske- och biträdessysslor. Dessutom formulerades i betänkandet en principiell ansvarsfördelning mellan staten, de privata sjuksköterskeskolorna och SSF beträffande sjuksköterskeväsendets utveckling. Något förenklat kan man säga att utredarna lanserade ett förslag som innebar att staten skulle ta på sig ansvaret för att upprätthålla de privata sjuksköterskeskolornas fristående och normbildande karaktär mot att sjuksköterskekåren avstod från den fackliga kampen. Sett i historiens backspegel var överenskommelsen gynnsam för båda parter. Sjuksköterskekåren lyckades få till stånd en reglering av sjuksköterskeväsendet med bibehållen professionell autonomi och utan förlust av organisatoriska resurser medan staten i utbyte mot att ge sjuksköterskorna draghjälp i kampen för en egen jurisdiktion erhöll sjuksköterskekårens lojalitet.

Vad beträffar bristerna i arbetsmiljön konstaterade utredarna att de kvalificerade sjuksköterskorna troligtvis själva på sikt skulle kunna komma till rätta med missförhållandena inom vården och lasarettsskolorna verksamhet. Risken var dock stor att sjuksköterskorna utan statens draghjälp skulle gå den fackliga vägen för att vinna gehör för sina krav. En sådan utveckling sågs varken vara till gagn för staten, allmänheten eller sjuksköterskekåren. Mot denna bakgrund var en statlig reglering och tillsyn av sjuksköterskeväsendet att föredra framför en fackligt organiserad sjuksköterskekår (Betänkande angående den kvinnliga vårdpersonalens utbildning och arbetsförhållanden, avgivet den 22 december 1916 sid. 22.). En långtgående statlig reglering av sjuksköterskeväsendet stod emellertid i strid med den rådande sjukvårdspolitiska doktrinen som tydligt pekade ut landstingen och de landstingsfria städerna som ansvariga för landets sjukvård. För att vinna de kommunala och landstingskommunala sjukvårdshuvudmännens stöd kom förslagen att ges en utbudsbefrämjande karaktär. De sjukvårdshuvudmän som valde att anställa sjuksköterskor från godkända sjuksköterskeskolor skulle få statsbidrag för att täcka kostnaderna för pensioner (a.a. sid. 226f).

Genom att sätta upp nationella kriterier för sjuksköterskeutbildningen skulle inslaget av oseriösa lasarettskolor och tillströmningen av okvalificerade sjuksköterskor i vården minska samtidigt som sjuksköterskornas arbetsförhållanden skulle förbättras. Endast de skolor som uppfyllde de nationella kraven skulle ha rätt att kalla sig ”av staten godkänd sjuksköterskeskola”. En nationell standardisering av sjuksköterskeutbildningens innehåll, form och längd föreslogs. Rätten att kalla sig sjuksköterska skulle vara förbehållen dem som fått sin utbildning vid någon av staten godkänd sjuksköterskeskola. Endast godkända sjuksköterskor skulle ha rätt att bära uniform och emblem. Medicinalstyrelsen skulle ansvara för tillsynen av landets sjuksköterskeskolor och bedöma vilka skolor som skulle ackrediteras som ”godkända”. Till Medicinalstyrelsens tillsynsansvar skulle knytas en särskild inspektristjänst. Inspektristjänsten skulle besättas av en kvalificerad sjuksköterska. För att underlätta spridningen över landet av kvalificerade sjuksköterskor skulle arbetsförmedlingen av sjuksköterskor ställas under Medicinalstyrelsens tillsyn och endast tillåtas att förmedla godkända sjuksköterskor. Kommitténs motiverade sitt förslag med att en seriös platsförmedling av sjuksköterskor var en nationell angelägenhet för sjukvården. Mot denna bakgrund ansåg man det vara viktigt att ställa verksamheten under sakkunnig och ansvarsfull ledning (a.a. sid. 244-249).

I betänkandet kom ett avsevärt intresse att riktas mot att klarlägga vilka arbetsuppgifter som var av sjukvårdande karaktär och som därmed skulle föras till sjuksköterskans jurisdiktion. Till gruppen sjukvårdande arbetsuppgifter fördes omslag, sköljning, temperaturmätning medan man till biträdessysslor förde bäddning, städning, disk, rengöring, patienthygien samt utdelning av mat. Till de sjukvårdande arbetsuppgifter ansåg utredarna att det krävdes en teoretisk-praktisk utbildning medan biträdessysslorna knappast krävde någon utbildning alls (a.a. sid. 145). Genom utredarnas arbete kom sjuksköterskornas jurisdiktion att baseras på verksamhets- och kunskapsmässiga krav

Utredarna föreslog att den nya sjuksköterskeutbildningen skulle ges en praktisk-teoretisk inriktning och omfatta minst två år av studier. Väl medvetna om att det tvååriga utbildningsförslaget skulle ställa stora ekonomiska och kunskapsmässiga krav på de sökande föreslog den av sjuksköterskor dominerade kommittén att en ettårig teoretisk-praktisk utbildning till undersköterska skulle inrättas. Härmed skulle lämpliga sjuksköterskebiträden ges en möjlighet att avancera till undersköterskor (a.a. sid. 115). Förslagets syfte var att skapa en karriärväg och ett yrke för de kvinnor som tidigare sökt sig till lasarettsskolornas sjuksköterskeutbildning. Förslaget bar tydliga demarkationsstrategiska spår; genom att styra över lämpliga biträden till en klass-, utbildnings- och verksamhetsmässigt underordnad yrkesgrupp underlättades sjuksköterskornas kontroll av den egna jurisdiktion.

I sina remissvar till utredarnas förslag intog både Medicinalstyrelsen och Svenska läkarföreningen en i grunden positiv inställning. En viss reglering av sjuksköterskeväsendet ansågs vara nödvändig. På två punkter annonserades dock uppfattningar som avvek från utredarnas förslag. Medicinalstyrelsens ville inte att styrelsens tillsynsansvar skulle utföras av en sjuksköterska, utan av en läkare. Hårdast kritik mötte emellertid förslaget om att göra sjuksköterskeutbildningen tvåårig. Både Medicinalstyrelsen och Svenska läkarföreningen ansåg att den tvååriga utbildningen var alltför omfattande i relation till de aktuella behoven inom vården. Man förespråkade att den tvååriga utbildningen skulle ersättas av den kortare undersköterskeutbildningen. Med en sådan konstruktion skulle dessutom en osund konkurrenssituation mellan sjuksköterskor och undersköterskor undvikas. En kortare studiegång skulle också underlätta för dugliga sköterskebiträden att vinna inträde i sjuksköterskekåren (Allmänna svenska läkartidningen 1917, sid. 1285-1299; Medicinalstyrelsen 1919).

I vilken utsträckning kritiken från den av läkare dominerade Medicinalstyrelsen och Svenska läkarföreningen styrdes av sjukvårdspolitiska överväganden och i vilken omfattning de handlande utifrån läkarkårens egenintresse är svårt att säga. Det är rimligt att anta att det fanns inslag av båda i Medicinalstyrelsens och Svenska läkarföreningens kritik av utredarnas förslag. Kritiken handlade antagligen både om att öka rekryteringen av sjuksköterskor och att undvika interprofessionell konkurrens, och om att skapa en tydlig kunskaps- och verksamhetsgräns mellan sjuksköterskor och läkare.

Propositionen gick på utredarnas förslag i alla avseenden utom i fråga om sjuksköterskeutbildningens längd. I likhet med Medicinalstyrelsen och Svenska läkarföreningen ansåg chefen för civildepartementet, statsrådet Schotte, att den ettåriga utbildningen var fullt tillräcklig för att leda fram till sjuksköterskетiteln och tillräckligt kvalificerad för sjukvårdens behov. Han fann därför utredarnas förslag till delad studiegång föga motiverat och ansåg att förslaget motverkade en önskvärd enhetlighet inom sjuksköterskekåren (Prop. 1919:260 sid. 11f).

Statsutskottet, som flitigt uppvaktats av SSF, Röda Korsets sjuksköterskehem och Fredrika-Bremer förbundet, kom emellertid att gå på utredarnas förslag och förespråkade en tvåårig utbildning till sjuksköterska (Statsutskottets utlåtande 1919:150). Debatten fortsatte i riksdagens båda kamrar där förespråkarna för en ettårig utbildning ansåg att den längre utbildningen skulle bli alltför kostsam medan förespråkarna för en längre utbildning menade att lågutbildade sjuksköterskor inom vården utgjorde ett hot mot patienternas hälsa. När riksdagen gick till omröstning vann förslaget om en tvåårig utbildning (Riksdagsprotokoll FK 1919:54; AK 1919:56). Samtidigt beslutade man att de sjukvårdshuvudmän som anställde statligt godkända sjuksköterskor skulle få statbidrag för delar av de godkända sjuksköterskornas pensioner. Man inrättade även en kvinnlig sjuksköterskeinspektris vid Medicinalstyrelsen och beslutade att ställa sjuksköterskebyråerna under statlig tillsyn. (SFS 1920:233; SFS 1920:235).

Regleringens konsekvenser för sjuksköterskornas jurisdiktion

Sett i backspegeln kan statens reglering av sjuksköterskeväsendet betraktas som sjuksköterskekårens kanske största historiska landvinning. Genom att med stor framgång skapa ett nätverk av organisationer som förstod att tillvarata och artikulera de privatutbildade sjuksköterskornas främsta resurser – formell utbildning och borgerlig klasstillhörighet – lyckades sjuksköterskorna upprätta en egen jurisdiktion. Kring ambitionen att skapa en egen jurisdiktion för de

privatutbildade sjuksköterskorna arbetade de privata sjuksköterskeskolorna, Svensk sjuksköterskeidning, SSF och flera av borgerlighetens kvinnoorganisationer sida vid sida.

Det organisatoriska nätverk som sjuksköterskekåren förfogade över skapade en bred uppsättning av kollektiva resurser. Nätverket av organisationer gav de privatutbildade sjuksköterskorna resurser att stänga ute lasarettssköterskor och sjukvårdsbiträden från det som man uppfattade som det egna kunskaps- och verksamhetsområdet. De privata sjuksköterskeskolorna förfogade inte bara över landets mest kvalificerade och prestigefyllda sjuksköterskeutbildningar utan också över en stor del av landets totala sjuksköterskeutbildningsresurser. Skolorna fungerade också som garant för att ingen utan ”rätt” familje- och utbildningsbakgrund utbildades till sjuksköterska. Genom SSF fick Sveriges privatutbildade sjuksköterskor för första gången tillgång till en gemensam organisatorisk plattform för yrkes-, utbildnings- och behörighetsfrågor. Genom Svensk sjuksköterskeidning fick sjuksköterskekåren tillgång till en organisatorisk plattform att nå ut med sitt budskap till en intresserad allmänhet. Tidningen ökade även kårens möjligheter att hålla kontakt med varandra runt om i landet. Sjuksköterskornas organisatoriska nätverk kom också att fungera som plattform för sjuksköterskornas politiska agerande gentemot staten. Mycket av sjuksköterskornas politiska handlande gick via sjuksköterskeskolorna, SSF, Fredrika-Bremer Förbundet m.fl. I dessa organisationer samlades, koordinerades och omvandlades sjuksköterskornas kollektiva resurser till målmedvetet politiskt handlande.

Tillgången till organisatoriska resurser kan emellertid inte ensamt förklara sjuksköterskekårens politiska inflytande på den legala arenan. Av lika betydelse torde ha varit att staten vid denna tidpunkt saknade expertgrupper och organisatoriska resurser för att utreda och planera sjukvårdens behov. Bortsett från läkarkåren och Medicinalstyrelsen saknades staten expertis och organisatorisk utredningskapacitet. Av stor betydelse för sjuksköterskekårens politiska inflytande torde också ha varit att sjukvårdshuvudmännen under denna period ännu saknade en central intresse- och förhandlingsorganisation. Mot denna bakgrund framstod SSF i statens ögon som en legitim representant för sjuksköterskekåren, tillika expert i sjuksköterskefrågor.

Statens draghjälp åt de kvalificerade sjuksköterskornas professionella projekt kan knappast överskattas. Utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv är det uppenbart att statens involvering kom att underlätta sjuksköterskornas ambition

att upprätta en egen jurisdiktion. Sjuksköterskornas långtgående exklusions- och demarkationsstrategier vann statens öra. Genom statens reglering av sjuksköterskeväsendet drogs en kunskaps- och verksamhetsmässig gräns mellan privatutbildade sjuksköterskor och övrig kvinnlig vårdpersonal. Undersköterskor, tidigare lasarettssköterskor och biträden uteslöts visserligen inte ur vården men deras arbete ställdes under kvalificerade sjuksköterskors ledning och kontroll. Mot sjuksköterskornas sjukvårdande arbetsuppgifter, för vilka det krävdes utbildning, ställdes undersköterskors, lasarettssköterskors och biträdens tjänarinnesysslor för vilka ingen eller ringa utbildning krävdes. Statens reglering innebar att endast sjuksköterskor utbildade vid en av staten godkänd sjuksköterskeskola gavs tillträde till de sjukvårdande arbetsuppgifterna. Samtidigt ställde den nya tvååriga sjuksköterskeutbildningen fortsatt höga krav på de sökandes utbildningsbakgrund och privatekonomiska förhållanden. Statens reglering innebar att antalet lasarettsskolor minskade. Endast de större sjukhusens skolor överlevde, och då genom att anpassa sig till de nya utbildningskraven. Regleringen av sjuksköterskeutbildning i kombination med beslutet att ställa platsförmedlingen av sjuksköterskor under tillsyn av Medicinalstyrelsens sjuksköterskeinspektris och sjuksköterskornas egna organisationer innebar att sjuksköterskekåren fick god kontroll över arbetsmarknaden för sjuksköterskor.

En annan viktig konsekvens av statens reglering av sjuksköterskeväsendet blev att sjuksköterskornas jurisdiktion nu formellt sett kom att vila på utbildningsmässig grund. Härmed blev det möjligt för sjuksköterskorna att legitimera sin överordnade position gentemot undersköterskor och biträden med hänvisning till utbildning snarare än klasstillhörighet. Regleringen gav ny legitimitet åt en hierarki och arbetsdelning som tidigare vilat på en klassmässig grund. I samband med att utbildningen reglerades blev innehållet i utbildningen mer teoretiskt. Bland annat tillfördes ämnen som anatomi, fysiologi, bakteriologi, läkemedelslära och etik. Förtydligandet av sjuksköterskornas jurisdiktion kom dock på intet sätt förändra sjuksköterskornas position inom sjukvården, även efter regleringen av sjuksköterskeväsendet förblev läkarkåren kvar i toppen av vårdens organisation. Den medicinska inriktningen av sjuksköterskornas jurisdiktion gjorde henne professionellt underordnad läkarkåren; vårdens patriarkala struktur var fortfarande intakt men den doldes av professionella kriterier för social stratifiering.

Ett annat viktigt beslut som stärkte sjuksköterskornas autonomi i sjukvårdssystemet var statens beslut att, mot Medicinalstyrelsens vilja, besätta den nyinrättade inspektristjänsten vid Medicinalstyrelsen med en kvalificerad sjuk-

sköterska. Inspektristjänsten stärkte inte bara sjuksköterskornas kontroll över den egna jurisdiktion utan även kontrollen över den övriga kvinnliga vårdpersonalen. I sjuksköterskeinspektrisens åliggande ingick nämligen att utöva tillsyn av den övriga kvinnliga vårdpersonalens arbetsuppgifter och arbetsvillkor. Beslutet om att inrätta en särskild sjuksköterskeinspektris minskade även läkarkårens inflytande över sjuksköterskeväsendet utveckling (se Emanuelsson 1994). På lokal nivå stod dock sjuksköterskorna fortfarande i stark beroendeställning till läkarna. Läkarnas yttersta maktmedel var att de ägde rätten att fritt anställa och avskeda all kvinnlig vårdpersonal, sjuksköterskor inkluderat.

Genom sjuksköterskeinspektrisen fick sjuksköterskekåren en företrädare i Medicinalstyrelsen. Härmed kom sjuksköterskorna och deras organisationer att få en direkt kanal in i statens mest betydande myndighet i sjukvårdsfrågor. Betydelsen av en direkt kanal in i Medicinalstyrelsen visade sig så gott som omgående. Som exempel kan nämnas att Medicinalstyrelsen 1922 övertog SSF:s förslag om att göra sjuksköterskeskolorna treåriga. I stort sett i alla frågor av betydelse för sjuksköterskorna inhämtade Medicinalstyrelsen synpunkter från sjuksköterskekårens organisationer, och då framförallt från SSF. SSF yttrade sig över frågor rörande allt ifrån förslag till normalreglemente för sjuksköterskor och undervisningsplaner till sjukhusbyggnadsfrågor och läkarnas rätt att fritt anställa och avskeda sjuksköterskor. Inte minst i den sistnämnda frågan kröntes SSF:s arbete med framgång. I 1928 års lasarettsstadga hade rätten att avskeda sjuksköterskor flyttats från läkarna till sjukhusdirektionen (Bohm 1961:111f).

Den statliga regleringen av sjuksköterskeväsendet inverkade gynnsamt på sjuksköterskekårens organisatoriska utveckling. SSF kunde lägga mer energi på att bygga upp lokalavdelningar till föreningen och arbeta vidare med föreningens internationella kontakter. Genom regleringen kunde föreningen tillfälligtvis skjuta grundutbildningsfrågorna åt sidan för att istället fokusera på föreningens vidareutbildningskurser. Genom Medicinalstyrelsens försorg lyckades SSF utverka statliga stipendier för de sjuksköterskor som deltog i någon av SSF:s vidareutbildningskurser. Oftast var kurserna förlagda till Medicinalstyrelsens lokaler. SSF lyckades utverka statliga stipendierna i obruten följd fram till 1931 då det statsfinansiella läget satte stopp för fortsatta statsanslag (a.a. sid. 141-150).

Statens sjukvårdspolitiska intresse vaknar – efterkrigstiden

Efter andra världskriget vaknade statens välfärdspolitiska intresse på allvar. Nya vård- och omsorgstjänster började växa fram samtidigt som flera vård- och omsorgsuppgifter som tidigare utförts inom familjen och/eller av ideella hjälporganisationer började föras till den offentliga sektorns ansvar. De offentliga trygghetssystemen – sjukvården, socialpolitiken och socialförsäkringssystemet – började reformeras och byggas ut för att ge alla medborgare ett heltäckande skydd i samband med sjukdom, handikapp, arbetslöshet, fattigdom, arbetsskada, ålderdom eller för att täcka in andra risksituationer (Olsson, S 1990:115-120).

Med välfärdsstatens framväxt följde en ny arbets- och ansvarsfördelning där staten tog på sig ansvaret för välfärdspolitikens innehåll och utformning medan kommuner och landsting gavs ansvaret för den faktiska produktion av vård, omsorg och social service (Premfors 1998:37). Under denna period började den svenska välfärdsstaten anta karaktär av social servicestat. Den nya välfärdspolitiken fick en korporativ karaktär. Från statligt håll började man se intresseorganisationer som ett hjälpmedel i politiken, ett sätt att öka legitimiteten för och underlätta implementeringen av politiska reformer (Rothstein 1991). Samtidigt innebär välfärdsstatens korporativa karaktär att framväxten, utvecklingen och implementeringen av välfärdspolitiska program kom att äga rum i ett betydligt mer komplicerat organisatoriskt sammanhang än tidigare.

Efter andra världskrigets slut började sjukvårdspolitiska frågor alltmer att uttryckas i välfärdspolitiska termer. Från statligt håll signalerade man att sjukvården skulle byggas ut, effektiviseras, rationaliseras och centraliseras, standardiseras och göras tillgänglig över hela landet. Ett uttalat syfte var att förbättra den allmänna folkhälsan i riket. Många av tankarna hade formulerats redan under 30-talet men möjligheterna att realisera dem hade omintetgjorts av kriget. I en festskrift tillägnad den socialdemokratiska socialministern Gustav Möller sammanfattade generaldirektören för Medicinalstyrelsen Axel Höjer sjukvårdens välfärdspolitiska mål i sex punkter (Höjer, J.A 1944:343-370):

- Ingen får bli sjuk genom omgivningens inflytande
- Ingen får bli sjuk genom mindervärdigt arv
- Ingen får bli kroniskt sjuk, invalid eller död genom bristande vård

- Vården bör om möjligt vara förebyggande
- All sjukvård ska ges på mycket tidigt stadium
- Behandlingen bör inriktas mot själva den pågående sjukdomen.

Den efterkrigstida sjukvårdspolitiken kom att utgöra ett definitivt brott med den föregående periodens sjukvårdspolitik. En betydande omsvängning var att man nu inte längre betraktade sjukvård och sjukvårdspolitik som primärt en kommunal och landstingskommunal angelägenhet (Emanuelsson 1990:118). Sjukvårdspolitiken lyftes fram som en nationell angelägenhet där staten och dess myndigheter, landsting och landstingsfria städer, välfärdsstatliga yrken och arbetsmarknadens parter förväntades delta i utvecklingen. Statens intresse för sjukvårdspolitik tog sig bland annat uttryck i ökade statsbidrag. År 1945 var statens bidrag till sjukvården fem gånger större än år 1930. Genom tillkomsten av nya sjukhus samt om- och tillbyggnader av gamla sjukhus fördubblades antalet vårdplatser från ca 11000 år 1920 till 24000 år 1946 (Thylin 1944:311-342). Till den snabba expansionstakten bidrog även den medicinska utvecklingen. Nya medicinska specialiteter växte fram och etablerade sig vid landets sjukhus med tillhörande specialkliniker och vårdavdelningar (Ternblad 1992:91). Under perioden 1913 till 1945 ökade antalet sjuksköterskor från strax över 2000 till 10300. Det årliga nettotillskottet av sjuksköterskor var under perioden 1941 till 1945 i genomsnitt 289 stycken (SOU 1948:17 sid. 29).

En tilltagande brist på kvinnlig vårdpersonal i kombination med snabbt växande sjukvårdskostnader utgjorde emellertid ett hot mot de sjukvårdspolitiska ambitionerna. Sett utifrån statens perspektiv utgjorde de ett välfärdspolitiskt problem. Läget var så pass allvarlig att det bedömdes som ett reellt hot mot sjukvårdens fortsatta expansion (a.a. sid. 7.). De ökade sjukvårdskostnaderna stod dels att finna i de ökade kostnaderna för ny-, om-, och tillbyggnaden av landets sjukhus dels i ökade personalkostnader. Bakom ökningen av personalkostnaderna låg ökade löner men även regleringen av sjuksköterskornas arbetstid. Som exempel kan nämnas att personalkostnaderna vid Akademiska sjukhuset i Uppsala redan vid mitten av 40-talet utgjorde ungefär hälften av sjukhusets totala kostnader. Situationen var likartad vid andra sjukhus (Berg 1959:13).

Svårigheten att rekrytera kvinnlig vårdpersonal hade lyfts fram som ett problem av sjukvårdens huvudmän och Medicinalstyrelsen redan under 30-talet (Knapp

Gaaserud 1991:111ff). Den omfattande efterkrigstida utbyggnaden av vården kom dock att förvärra problemet; ungdomskullarnas minskande storlek i kombination med att unga kvinnor sökte sig till andra sektorer av arbetsmarknaden pekade mot en framtida brist på kvinnlig vårdpersonal. Även om bristen på kvinnlig vårdpersonal omfattade sjuksköterskor likväl som undersköterskor och biträdespersonal var det framförallt bristen på sjuksköterskor som kom att uppmärksammas och formuleras som en nationell angelägenhet. En bidragande orsak till detta var naturligtvis den medicinska utvecklingen vilken ökade efterfrågan på kvalificerad medicinsk personal. Bristen på sjuksköterskor förvärrades dessutom av en samtidig brist på läkare; allt fler sjuksköterskor kom att utnyttjas som medicinska assistenter åt läkarna (Sveriges landstings tidskrift 1943:24) Enlig en undersökning som Svenska landstingsförbundet lät göra var 19,2 procent av landets sjuksköterskетjänster och 8,5 procent av biträdestjänsterna vakanta (Sveriges landstings tidskrift 1943:220-225).

Bristen på kvinnlig vårdpersonal var störst i större städer och i utpräglade industriorter. Från flera håll pekades de dåliga arbetsvillkoren inom sjukvården ut som förklaring till rekryteringsproblemen. Speciellt pekades de låga lönerna ut i kombination med långa arbetstider och ständiga kvälls- och helgtjänstgöringar (Knapp Gaaserud 1991:112). I december 1945 konstaterade socialminister Gustav Möller att de åtgärder som vidtagits för att förbättra arbetsförhållandena inom vården varit otillräckliga och att ytterligare förbättringar av arbetsvillkoren måste till för att locka kvinnorna till vården (Zetterström Lagervall 1985:9). Liknande synpunkter hördes från Svenska lasarettsläkarföreningen och Medicinalstyrelsen. Vid Svenska lasarettsläkarföreningens årsmöte 1944 togs frågan om bristen på kvinnlig vårdpersonal upp till diskussion. Parallellt med rationellare metoder för att tillvarata den kvinnliga vårdpersonalens arbetskraft efterlyste föreningen deltidstjänster för att underlätta för den kvinnliga vårdpersonalen att kombinera arbete med familjeliv (Sveriges landstings tidskrift 1945:14ff). 1946 sände Medicinalstyrelsen ut en skrivelse till sjukvårdens huvudmän med en uppmaning att inrätta deltidstjänster för att underlätta rekryteringen av kvinnlig vårdpersonal (Medicinalstyrelsen cirkulär 1946:152).

I sjukvårdskrisens spår följde ett omfattande utredningsarbete. År 1943 tillsatte regeringen en statlig kommitté med uppgift att utreda hur sjukhusens driftskostnader skulle kunna begränsas genom rationaliseringar och tre år senare, 1946, tillsattes en statlig kommitté med uppgift att se över sjuksköterskeutbildningen. Båda kommittéerna kom på avgörande sätt att forma sjuksköt-

erskornas framtida jurisdiktion; Statens sjukhusutredning av år 1943 kom att dra upp riktlinjerna för en ny arbetsorganisation där sjuksköterskan tillsammans med läkaren gavs en nyckelroll och 1946 års kommitté för sjuksköterske-utbildningen kom att lägga grunden till en modern och sekulariserad sjuksköterskeutbildning I kommande två avsnitt ska dessa båda kommittéers betydelse för utvecklingen av en efterkrigstida och modern jurisdiktion för sjuksköterskor belysas.

Mot en effektivare arbetsorganisation – Statens sjukhusutredning av år 1943

Det primära motivet bakom tillsättandet av Statens sjukhusutredning var att försöka rationalisera vårdens organisation i syfte att minska de snabbt ökande driftskostnaderna vid landets sjukhus och vårdanstalter. Sett utifrån ett allmänt sociologiskt perspektiv handlade dock troligtvis utredningen lika mycket om att försöka lägga grunden till en modern och sekulariserad hälso- och sjukvårds-apparat. Mitt syfte är dock att visa på de konsekvenser som Statens sjukhus-utredning tillsammans med 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen fick för utformningen av sjuksköterskornas efterkrigstida jurisdiktion.

Behovet av att rationalisera vårdens arbetsorganisation och minska driftskost-naderna inom vården uppmärksammades både på landstingskommunal och stat-lig nivå (Gustafsson 1987:397-403). I en likalydande motion i riksdagens båda kamrar 1943 uppmanades regeringen att tillsätta en statlig utredning i frågan. Motionärerna efterlyste åtgärder för att rationalisera sjukhusarbetet och för att bättre tillvarata den befintliga personalens arbetskraft (Motion i FK 1943:7; AK:1943:12). Motionärernas begäran fick ett brett stöd i riksdag och regering, och fann snabbt stöd hos Landstingsförbundet, Stadsförbundet och Medicinal-styrelsen. Från Medicinalstyrelsens sida var man dock ovillig att ställa läkar-kårens arbete under utredning eftersom man ansåg att läkarnas arbetsuppgifter inte kunde rationaliseras i någon större omfattning (Statsutskottets utlåtande 1943:143, bilaga 6). Huruvida detta var Medicinalstyrelsens huvudsakliga motiv är naturligtvis svårt att veta. Det är emellertid inte helt orimligt att anta att Medicinalstyrelsens begäran även var färgad av läkarkårens professionsintres-sen. Inom den av läkare dominerade Medicinalstyrelsen torde det ha funnits starka intressen mot att iscensätta en utredning som kunde få till resultat att läkarnas självbestämmande och professionella självreglering hotades. Medici-nalstyrelsens begäran hörsammades av regeringen och läkarnas arbetsuppgifter undantogs från sjukhusutredningens arbetsstudier (Gustafsson 1987:401).

Den 14 maj 1943 tillkallade chefen för socialdepartementet nio sakkunniga att utreda möjligheten att genom rationalisering begränsa sjukhusens driftskostnader. Enda förbehållet var att vården inte fick försämras. Enligt direktiven skulle de sakkunniga: (Berättelse till 1944 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Socialdepartementet I S:36)

- Utarbeta riktlinjer för sjukhusstatistikens upprättande
- Utföra jämförande undersökningar mellan olika sjukhus
- Lägga förslag om lämplig avvägning mellan vanlig sjukhusvård och eftervård
- Undersöka möjligheten att förkorta liggtiden vid sjukhusen
- Undersöka möjligheten att rationalisera sjukhusarbetet
- Undersöka möjligheten att inom ramen för gällande arbetstidsbegränsning bättre tillvarata personalens arbetskraft.

Majoritet av kommitténs ledamöter och experter utgjordes av riksdagspolitiker, läkare, sjukvårdshuvudmän och rationaliseringsexperter. SSF representerades i utredningen av sjuksköterskan, tillika husmor vid Lidköpings lasarett, Elin Hakeman (a.a.). Bland de tillkallade experterna ingick C. Tarras-Sällfors som 1939 erhållit landets första professur i industriell ekonomi och organisation vid Tekniska högskolan i Stockholm. Vid kommitténs första möte presenterade professor Tarras-Sällfors en promemoria med förslag på arbetsstudier vid landets sjukhus (Sveriges landstings tidskrift 1951:65).

Även om tillsättandet av Statens sjukhusutredning kan sägas ha fört frågan om sjukvårdens rationalisering till den legala arenan så kan frågan om sjukvårdens rationalisering spåras tillbaka till början av 1930-talet (Gustafsson 1987:397-400). Bland de tidigaste initiativen till att rationalisera vården togs av Svenska sjukhusföreningen (1930) och Sjukhusens standardiseringskommitté (1933). Sjukhusens standardiseringskommitté hade som målsättning att förbilliga och rationalisera sjukhusdriften genom att utarbeta enhetliga rutiner, hjälpmedel och redovisningsformer. Organisationens 35 ledamöter representerade huvudsakligen statliga och landstingskommunala myndigheter. Rationaliseringstankarna fick ytterligare genomslag genom det av staten inrättade Centrala sjukhusarkivet (1938) Sjukhusarkivets huvudsakliga uppgift var att förmedla erfarenheter och råd till sjukhusbyggare i landet. 1943 togs Sjukhusens standardiseringskommitté

och Centrala sjukhusarkivets arbetsuppgifter över av den nyinrättade Centrala sjukvårdsberedningen En representant för Centrala sjukvårdsberedningen kom också att ingå som sakkunnig i 1943 års sjukhusutredning.

Under sin verksamma period lade Statens sjukhusutredning fram åtta betänkanden. I två av dessa – SOU 1951:17 *Redogörelser för arbetsstudier vid kroppssjukhusens vårdavdelningar m.m.* och SOU 1955:12 *Rationalisering av sjukhusdriften* – diskuterades utförligt sjukhusens inre arbetsorganisation. I de båda betänkandena mejslades sjukvårdens nya arbetsorganisation, det s.k. *rondsystemet*, ut och grunden lades till det som skulle bli sjuksköterskan nya roll inom vården. I korthet innebar rondsystemet en tillämpning av tayloristiska organisations- och arbetsdelningsprinciper på vårdarbetets organisering. Med organisationsidéer hämtade från industriell produktion utformade kommittén en ny vårdarbetsorganisation. I den nya arbetsorganisationen skulle sjuksköterskorna befrias från de rutinbetonade och okvalificerade arbetsuppgifter som lika väl och utan problem kunde utföras av sjukvårdsbiträden och undersköterskor. I första hand handlade det om arbetsuppgifter som berörde patienternas personliga skötsel samt enklare medicinsk behandling. Härmed skulle sjuksköterskan kunna frigöras för mer medicinskt kvalificerade arbetsuppgifter och för administrativa och arbetsledande funktioner.

Trots att inget av de två betänkandena remissbehandlades eller formade underlag till propositioner fick utredarnas förslag stor betydelse. Utredarnas förslag togs väl emot av såväl sjukvårdens huvudmän och rationaliseringsexperter som läkarkåren och SSF (Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor 1947:971-975; Sveriges landstings tidskrift 1951:27-42; 1951:86-89). Rondsystemet började ses som organisatoriskt riktmärke för all organisering av sjukvård (Gustafsson 1987:400; Knapp Gaaserud 1991:130).

Mot en modern och sekulariserad sjuksköterskeutbildning – 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen

I kombination med de arbetsorganisatoriska förändringar som Statens sjukhusutredning drog upp riktlinjerna för kom 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen att lägga grunden till en modern och sekulariserad yrkeskår och sjuksköterskeutbildning. Av denna anledning ska jag ägna följande avsnitt åt att följa 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen i spåren och redogöra för de konsekvenser som utredningen fick för sjuksköterskornas jurisdiktion.

Under våren 1945 berördes bristen på sjuksköterskor och annan kvinnlig vårdpersonal i ett flertal motioner i riksdagens båda kamrar (Motioner i FK 1945:47; 1945:127; AK 1945:96; 1945:202; 1945:392). Motionerna handlade om alltifrån statens bristande utbildningsresurser och om möjligheten att förstatliga de privata sjuksköterskeskolorna till sjuksköterskeskolornas klosterliknande karaktär och möjligheten att inrätta deltidstjänster för att underlätta för yngre sjuksköterskor att kombinera familjeliv med arbetsliv. Och med undantag för frågan om ett förstatligande av de privata sjuksköterskeskolorna togs motionerna väl emot av såväl riksdag som regering. Frågan om ett förstatligande av sjuksköterskeskolorna ansågs dock vara onödigt eftersom skolorna redan stod under statlig tillsyn genom Medicinalstyrelsen och den särskilda inspektristjänst som var kopplad till styrelsens tillsynsverksamhet (Statsutskottets utlåtande 1945:223).

Den 21 december 1945 beslutade socialminister Gustav Möller att tillsätta en utredning i syfte att se över bristen på sjuksköterskor. Bristen på sjuksköterskor sågs som akut och förväntas öka i takt med att statens sjukvårdspolitiska satsning på bra och tillgänglig sjukvård för alla medborgare ökade. I flera landsting hade redan omfattande sjukhusbyggen påbörjats. De allt mindre ungdomskullarna förväntades dessutom förvärra bristen på sjuksköterskor. I utredningsuppdraget ingick också att se över möjligheterna att utbilda sjukvårdsbiträden och undersköterskor till sjuksköterskor (Berättelse till 1947 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Socialdepartementet I S:32).

Till utredningen tillkallades sju sakkunniga. Bland de sakkunniga ingick föreståndarinnan för Uppsala sjuksköterskehems sjuksköterskeskola Elisabet Dillner och föreståndarinnan vid S:t Eriks sjuksköterskeskola Lisa Thomson. Båda med nära band till SSF. Även läkarkåren fick två representanter med i utredningen medan vårdens huvudmän representerades av sekreteraren i Landstingsförbundet. Till ordförande utsågs generaldirektören för Medicinalstyrelsen J. Axel Höjer. För första gången i en statlig utredning ingick också ett sjukvårdsbiträde som sakkunnig, fru Anna Becker (a.a.). Ett tjugotal experter, nästan samtliga läkare och sjuksköterskor, biträdde utredningen.

Beslutet att tillsätta 1946 års sjuksköterskeutredning kan ses som mer än ett försök från statens sida att lösa bristen på sjuksköterskor. Utredningen kan också ses som ett försök från statens sida att ta en fastare kontroll över sjuksköterskeväsendets utveckling. I direktiven till utredningen pekade socialministern på att det trots statens försök att skapa en enhetlig och nationell sjuksköterskeutbildningen fortfarande fanns betydande variationer i utbildnings-

kvalitet vid landets sjuksköterskeskolor. Vissa skolor saknade till och med så grundläggande resurser som undervisningslokaler. Mot denna bakgrund ansåg socialministern att det var nödvändigt att utreda sjuksköterskefrågan i hela sin vidd; utbildningen behövde sekulariseras och rekryteringsunderlaget breddas, vidare måste kursplaner, undervisningsformer och resurser anpassas till sjukvårdens och den medicinska utvecklingens behov. Han önskade även se över sjuksköterskornas lönevillkor, anställnings- och arbetsförhållanden då olika huvudmän tillämpade olika pensions-, löne- och anställningsvillkor (a.a.).

Statens försök att ta ett fastare grepp kring sjuksköterskeväsendet utveckling kan spåras tillbaka till inrättandet av Statens sjuksköterskeskola 1939. Syftet med inrättandet av Statens sjuksköterskeskola var att skapa en modern sjuksköterskeutbildning som kunde tjäna som föredöme och inspirationskälla för såväl de privata som landstingskommunala sjuksköterskeskolorna. Initiativet till skolan togs av Kerstin Nordendahl, sjuksköterskeinspektris vid Medicinalstyrelsen. Skolan skulle fritt få pröva olika pedagogiska metoder och den skulle vara ekonomiskt och administrativt oberoende av såväl landsting som sjukhus (Erlöv & Petersson 1992:75). Många av de tankar kring pedagogik och kursinnehåll som utvecklades vid Statens sjuksköterskeskola kom att utvecklas vidare i slutbetänkandet från 1946 års sjuksköterskeutredning. Som exempel kan nämnas förslaget om att förbjuda sjukhusen att använda sjuksköterskeelever som arbetskraft, avskaffandet av uniformstvånget och införandet av utbildning i öppenvård (SOU 1948:17).

Ett annat motiv bakom Statens sjuksköterskeskola var att försöka bryta den stränga disciplin och de religiösa påtryckningar som präglade sjuksköterskeskolorna vid den här tiden, de privata mer än de landstingskommunala. Under 1930-talet hade ett vikande intresse för sjuksköterskeutbildningen kunnat noteras runt om i landet. Allt färre unga kvinnor tycktes vara beredda att satsa på en utbildning som innebar en strikt reglering av privatlivet och att ständigt stå till sjukvårdens förfogande (Erlöv & Petersson 1992:76). Det är därför rimligt att anta att även statens intresse av en modern sekulariserad sjuksköterskekår ingick i motivbilden bakom tillsättandet av 1946 års sjuksköterskeutredning; skulle sjukvården få den omfattning och kvalitet som välfärdspolitiskt eftersträvades var det nödvändigt att anpassa sjuksköterskekåren till de krav som en modern och rationellt bedriven sjukvård krävde. Med andra ord: en generell sjukvårdspolitik krävde en modern och sekulariserad sjuksköterskekår.

Intresset för en modernisering och sekularisering av yrket delades av SSF som efter hårda inre strider 1933 beslutat sig för att ta upp även fackliga frågor på programmet.[10] En drivande kraft bakom denna förändring, tillika initiativtagare till Statens sjuksköterskeskola, var sjuksköterskeinspektrisen vid Medicinalstyrelsen Kerstin Nordendahl (Bohm 1961:154-157). Bakom föreningens inre stridigheter låg ett brett missnöje från medlemmarna med hur styrelsen hanterat frågor som rörde sjuksköterskornas lön, pension och arbetsvillkor. Särskilt utbrett var missnöjet bland yngre sjuksköterskor och bland landsortens sjuksköterskor (a.a. sid. 155). SSF:s styrelse, som dominerades av en äldre generation sjuksköterskor med utbildning från någon av landets privata sjuksköterskeskolor, ansåg inte att det låg på föreningens bord att förhandla om medlemmarnas löner och arbetsvillkor. Vid ett flertal tillfällen – 1921, 1923, 1926, 1928 och 1930 – motsatte sig styrelsen statens förslag att inordna sjuksköterskornas arbetstider under lagen om åtta timmars arbetsdag med motiveringen att sjuksköterskornas arbete inte kunde regleras på samma sätt som arbetstiden inom andra områden av arbetslivet. Styrelsen ansåg att en reglering av sjuksköterskornas arbetstider skulle innebära en risk för att vården skulle mekaniseras (Emanuelsson 1990:115ff). Styrelsen hade också 1932 intagit en negativ inställning till gifta sjuksköterskors rätt att arbeta kvar inom vården. Styrelsen ansåg att endast en del av sjuksköterskans arbetsuppgifter var av den art att de kunde utföras av en kvinna som hade sitt dominerande intresse på annat håll (Bohm 1961:130f). Konflikten kan ses som en kamp mellan de konservativa krafter inom SSF som även fortsättningsvis ville låta sjuksköterskeyrket vara ett kall – om än inte kristet – och mer radikala intressen som önskade se en förändring av yrket i riktning mot ett mer traditionellt yrke med möjligheter att förena arbetsliv med familjeliv.

Sammanfattningsvis skulle man kunna säga att den kvardröjande kallelsetanken inom SSF blev till en belastning för såväl staten som för en yngre generation av sjuksköterskor. För att möta den moderna efterkrigstida sjukvårdspolitikens krav och de krav som ställdes på kvinnan som mor och arbetare krävdes en sekularisering av sjuksköterskekåren och dess utbildning.

[10] Den fackliga grenen av SSF förstärks ytterligare då föreningen den 1 januari 1946 ansluter sig till Tjänstemännens centralorganisation (TCO).

Läkarassistent, arbetsledare och administratör – kommitténs förslag till en utvidgad jurisdiktion

Sjuksköterskekommitténs förslag till ny utbildning presenterades i *Betänkande angående utbildning av sjuksköterskor och annan vårdpersonal* (SOU 1948:17) och *Högre utbildning av sjuksköterskor m. m*. (SOU 1951:33). I det första av dessa två betänkanden behandlades den grundläggande delen av sjuksköterskeutbildningen tillsammans med ett förslag till utbildning av sjukvårdsbiträden. Förslaget att inrätta en särskild utbildning för sjukvårdsbiträden ska ses som en del i kommitténs lösning på socialministerns uppdrag att bredda rekryteringsunderlaget till sjuksköterskeutbildningen. Tanken var att skapa ett enhetligt och sammanhållet utbildningssystem med möjligheter att gå från sjukvårdsbiträde och undersköterska till sjuksköterska (SOU 1948:17 sid. 78-83.). Att utbildningen till undersköterska inte berördes berodde på att Landstingsförbundet, Medicinalstyrelsen och SSF redan två år tidigare, 1946, tillsammans tagit fram en åtta veckors utbildning för sjukvårdsbiträden som ville utbilda sig till undersköterskor (a.a. sid. 62f).

Sjuksköterskekommittén förslag var att göra den nya sjuksköterskeutbildning treårig och dela upp i den en allmän och i en specialiserad del.[11] Under utbildningens två första år skulle eleverna tillägna sig sjuksköterskeyrkets grundläggande teoretiska och praktiska färdigheter. Det tredje året skulle eleverna fördjupa inom något av områdena medicinsk sjukvård, kirurgisk sjukvård, kirurgisk poliklinisk sjukvård, sinnessjukvård, operationssjukvård eller barnsjukvård (a.a. sid. 114f). Som påbyggnad till grundutbildningen skulle det inrättas en nio månaders högre vidareutbildning för tjänst som lärarinna, husmor eller avdelningssköterska. Som huvudman för den högre utbildningen föreslog staten träda in genom inrättandet av ett särskilt institut (SOU 1951:33). Uppdelningen av utbildningen i en grund- och vidareutbildning kan i mångt och mycket ses som en kompromiss mellan behovet av en medicinskt specialiserad sjuksköterskekår och behovet av en verksamhetsmässigt flexibel sjuksköterskekår (SOU 1948:17 sid. 122ff).

> Utbildningen bör icke specialiseras alltför mycket, då detta menligt skulle kunna inverka på sjuksköterskornas användbarhet (a.a. sid. 122).

[11] I praktiken omfattade utbildningen 33 1/2 månader.

För att pedagogiskt och innehållsmässigt utnyttja utbildningens tre år maximalt skulle de praktiska och teoretiska inslagen i utbildningen separeras från varandra. Under de teoretiska blocken – tre månader i början av utbildningen, tre månader i mitten av utbildningen och en månad i slutet av utbildningen – skulle eleverna kopplas bort från den praktiska verksamheten för att helt kunna koncentrera sig på de teoretiska studierna (a.a. sid. 98f, 178). De praktiska momenten i utbildningen skulle i sin tur rationaliseras och göras mer pedagogiska genom att eleverna inte längre skulle få användas som arbetskraft på avdelningarna. Framförallt ville man befria eleverna från det löpande rutinarbetet på vårdavdelningarna. För att understryka de praktiska momentens karaktär av undervisning skulle det inrättas särskilda instruktionssköterskor med uppgift att handleda eleverna i deras praktiska utbildning (a.a. sid. 111ff, 127). Bakom argumenten om bättre pedagogik och ökad effektivitet fanns dock även rekryteringsmotiv. Genom och bryta med det ”lärlingssystem” som präglat tidigare sjuksköterskeutbildning och inskränka sjukhusens möjlighet att använda sjuksköterskeelever som arbetskraft hoppades kommittén kunna öka sjuksköterskeutbildningens popularitet bland unga kvinnor (a.a. sid. 130f).

I nära anslutning till utformningen av sjuksköterskeutbildningen arbetade kommittén med att kartlägga sjuksköterskornas framtida arbetsuppgifter och roller i vården. Framförallt var man intresserad av hur den medicinska utvecklingen och sjukvårdens organisatoriska förändringar skulle påverka sjuksköterskornas framtida verksamhetsområde. Resultatet från kartläggningen pekade mot en utvidgning av sjuksköterskornas jurisdiktion. Den snabba medicinska utvecklingen i kombination med rationaliseringssträvandena inom vården förväntades förändra och utvidga sjuksköterskornas arbetsuppgifter och yrkesroll (a.a. sid. 78f, 174). Utöver sjuksköterskans traditionella sjukvårdande arbetsuppgifter förväntades framtidens sjuksköterskor i allt större omfattning komma att serva och assistera läkarna i deras medicinska behandlingsarbete. Det som talade för en utvidgning av sjuksköterskornas jurisdiktion i denna riktning var inte bara den allt snabbare medicinska utvecklingen vilket ökat läkarnas behov av kvalificerad medicinsk assistans, utan också en brist på läkare (a.a. sid. 99). Tankarna på en ny och rationell arbetsorganisation – rondsystemet – aktualiserade också frågan om sjuksköterskan som arbetsledare och administratör (a.a. sid. 149ff).

Kommitténs tankar kring sjuksköterskornas framtida arbetsuppgifter och yrkesroller fjärmade sjuksköterskekårens jurisdiktion från undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Genom att betona sjuksköterskornas roll som läkarassistent,

arbetsledande och administratör knöt man sjuksköterskorna verksamhetsmässigt närmare läkarkåren. Rågången till läkarna var dock hela tiden klar; sjuksköterskornas verksamhetsområde var hierarkiskt och verksamhetsmässigt underordnad läkarnas jurisdiktion.

Kommitténs utgångspunkt var att den existerande sjuksköterskeutbildningen inte var anpassad till de krav som framtidens sjukvård skulle ställa på sjuksköterskorna. Sjuksköterskans nya arbetsuppgifter, och då framförallt det nära samarbetet med läkarna, krävde en mer teoretisk och medicinskt orienterad utbildning. Den nuvarande utbildningen var alltför fokuserad på sjuksköterskans behov av kunskaper i det direkta vårdarbetet med patienter. Som assistent till läkaren behövde sjuksköterskan goda kunskaper om kroppens funktion och uppbyggnad. Inom kommittén delegerades uppdraget att ta fram kursplaner till grundutbildningen och den högre påbyggnadsutbildningen till sjuksköterskorna och till en av läkarna i kommittén (a.a. sid. 97). Härigenom kom SSF att mer konkret involveras i kommitténs arbete. Särskilt påtagligt blev detta i arbetet med kursplanerna till den högre påbyggnadsutbildningen där ett direkt samarbete mellan kommittén och SSF förekom (Bohm 1961:364f). I förslaget till ny kursplan kom stor vikt att läggas vid ämnen som anatomi fysiologi, bakteriologi samt kirurgiska och medicinska sjukdomar. I förslaget till kursplan ingick också ämnen som psykologi, socialvård, sjukvårdens ledande principer, sjukhusadministration, sjukhusekonomi och hälso- och sjukvårdens organisation och uppbyggnad (SOU 1948:17 sid. 97-110). Undervisningen i de medicinska ämnena föreslogs handhas av läkarna med undantag för ämnet sjukvårdsteknik och allmän sjukvårdslära där undervisningen skulle ombesörjas av särskilt utbildade sjuksköterskor (a.a. sid. 99).

I internationell jämförelse hade Sverige påfallande få sjuksköterskor i förhållande till sin befolkning. Bland de nordiska länderna låg Sverige i botten med 610 invånare per sjuksköterska. I Danmark gick det 210 invånare per sjuksköterska, medan det i Norge, Finland och Island gick ca 500 invånare per sjuksköterska. Det totala antalet utbildade sjuksköterskor i Sverige uppgick 1945 till 10 293 (a.a. sid. 29). Enligt beräkningar som kommittén lät göra skulle det totala behovet av sjuksköterskor fortsätta att öka för att år 1960 uppgå till ca 17 000 (a.a. sid. 176). För att möta en sådan expansion krävdes inte bara en ökning av de befintliga utbildningsresurserna utan också en breddning av rekryteringsunderlaget till utbildningen. För att få till stånd en rekrytering på bredast möjliga bas föreslog en majoritet av kommitténs ledamöter att alla som genomgått folkskola skulle vara behöriga att antas till sjuksköterskeutbildningen. Med

folkskola som enda förkunskapskrav hoppades man underlätta för kvinnor med lägre utbildning och för redan verksamma sjukvårdsbiträden att utbilda sig till sjuksköterskor (a.a. sid. 145-148).

Mot majoritetens förslag opponerade sig SSF:s representanter i utredningen. SSF ställde som krav att antagningen till sjuksköterskeutbildningen skulle grunda sig på studentexamen, realexamen eller slutbetyg från flickskola med normalskolekompetens. SSF menade att studenter med enbart folkskola som grund saknade studievana och förkunskaper för att tillägna sig undervisningen (Erlöv & Petersson 1992:105). Ett rimligt antagande är att SSF:s hållning inte bara handlade om omtanke om knappa utbildningsresurser och prestationssvaga elever. Utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv kan SSF:s negativa inställning till att sänka förkunskapskraven ses som ett målmedvetet försök att exkludera de sökande som genom sin sociala-, kulturella- och utbildningsmässiga bakgrund hotade yrkets professionella status. Till slut kunde kommittén enas kring ett gemensamt kompromissförslag. Det nya förslaget innebar att sökande med folkskola som grund var tvungna att komplettera sina förkunskaper med två teoretiska folkhögskolekurser (SOU 1948:17 sid. 95).

Betydligt mindre problem hade SSF och dess representanter med kommitténs övriga förslag till rekryteringsbefrämjande åtgärder. För att ytterligare öka rekryteringsunderlaget föreslogs att inträdesåldern till sjuksköterskeutbildningen skulle sänkas från 20 år till 19 år. Samtidigt skulle den bortre inträdesåldern på 27 år tas bort och yrket öppnas för män (a.a. sid. 92f). Även den tidigare prövningen av elevernas moraliska hederlighet och vandel föreslogs slopas. I dess ställe rekommenderades sjuksköterskeskolorna att i framtiden inhämta referenser från tidigare skolor och arbetsgivare (a.a. sid. 95). SSF:s positiva inställning till att släppa in män i yrket kan tolkas som ytterligare ett tecken på föreningens ambition att driva sjuksköterskeyrket i riktning mot ett modernt och sekulariserat yrke. Från kravet att den sökande skulle ha genomgått en period som provelev ville dock varken SSF eller kommitténs ledamöter vika. Tiden som provelev ansågs vara viktig eftersom det gav eleverna inblick i yrket samtidigt som den gav skolorna en möjlighet att bedöma elevens lämplighet för yrket. Tiden som provelev skulle dock göras mer utbildningslik. Tiden som provelev skulle motsvara den nya sjukvårdsbiträdesutbildningen som kommittén drog upp riktlinjerna för (a.a. sid. 84-88). Förslaget innebar att kommittén kom att gå ett gammalt krav från sjukvårdshuvudmännen till mötes, nämligen kravet på en gemensam grundutbildning för all sjukvårdspersonal (Ejvegård 1973:88). Genom förslaget tog man ett första steg mot en gemensam

introduktions- och grundutbildning för sjuksköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden.

En annan fråga som kommittén hade att lösa för att bredda och öka rekryteringsunderlaget till sjuksköterskeutbildningen var de stora privatekonomiska kostnader som hittills varit förknippade med utbildningen. Detta gällde framförallt de privata sjuksköterskeskolorna som tillämpade ett system med skolavgifter. Skolavgifterna utgjorde ett hinder för ekonomiskt svaga kvinnor att söka sig till sjuksköterskeyrket. Skolavgifter och exklusiva klosterliknande moderhus rimmade dåligt med tanken på en allmän och sekulariserad sjuksköterskeutbildning. Mot denna bakgrund förespråkade en majoritet av de sakkunniga att alla former av skolavgifterna skulle avskaffas och att det skulle inrättas särskilda statliga elevstipendier för studerande vid landets sjuksköterskeskolor (SOU 1948:17 sid. 168f). Väl medvetna om att dessa förslag skulle innebära betydande ekonomiska påfrestningar för de privata sjuksköterskeskolorna föreslogs att de privata sjuksköterskeskolorna skulle knytas närmare till staten genom statsbidrag. De privata sjuksköterskeskolorna skulle få rätt till statsbidrag i utbyte mot att staten fick majoritet i de privata skolornas styrelserum (a.a. sid. 163f). Utifrån ett organisations- och professionsteoretiskt perspektiv kan förslaget ses som ett försök från sjukvårdshuvudmännens och läkarkårens sida att vinna ökad kontroll över landets sjuksköterskeutbildningsresurser. Förslaget försvagade sjuksköterskornas organisatoriska ställning inom vården till förmån för staten.

Med undantag för förslaget att införa elevstipendier protesterade SSF:s representanter i utredningen. I ett särskilt yttrande till utredningens betänkande hävdade Elisabeth Dillner att förslaget hotade de privata sjuksköterskeskolornas ekonomiska förhållanden, särart och autonomi. Dillner menade att skolavgifterna tillsammans med sjukhusens ersättning för elevernas arbete var viktiga inkomstkällor för de privata sjuksköterskeskolorna. Utan dessa inkomstkällor skulle de privata sjuksköterskeskolorna, som tillsammans stod för ca. 42 procent av landets utbildningsplatser, tvingas minska sin utbildningsverksamhet. Detta skulle i sin tur försvåra statsmaktens intentioner att snabbt öka antalet verksamma sjuksköterskor. Hon såg det inte heller som någon bra lösning att kompensera skolorna för deras ekonomiska bortfall genom en statsbidragskonstruktion som urholkade skolornas självbestämmande Hon var dock villig att kompromissa i frågan; i utbyte mot statsbidrag skulle staten få rätt att utse ordföranden och en ledamot till de privata skolornas styrelser (a.a. sid. 184-188). Genom sitt yttrande markerade Dillner tydligt att gränsen för sjuksköt-

erskornas samarbete med staten gick vid de privata sjuksköterskeskolornas självbestämmande. Inför hotet att förlora kontrollen över en av sjuksköterskornas historiskt sett kanske mest betydelsefulla kollektiva resurs markerade hon sitt ogillande.

Kommitténs förslag ut på remiss

Under våren 1948 till gick kommitténs betänkande ut på remiss. Landstingsförbundet ansåg att förslaget till ny sjuksköterskeutbildning var väl anpassat till sjukvårdens framtida organisatoriska och medicinska behov. Även de rekryteringsbefrämjande åtgärderna och förslaget om en gemensam introduktions- och grundutbildning välkomnades. Med en gemensam introduktions- och grundutbildning hoppades Landstingsförbundet att de sociala barriärerna mellan olika grupper av befattningshavare skulle kunna raseras. Landstingens svåra ekonomiska situation tvingade emellertid Landstingsförbundet att gå försiktigt fram i utbildningsfrågan. Det stora flertalet landsting saknade ekonomiska resurser att lägga om utbildningen i enlighet med utredarnas förslag. Särskilt kostsamt var förslaget att frigöra eleverna från det dagliga arbetet på vårdavdelningarna eftersom sjuksköterskeelevernas arbetskraft då måste ersättas av anställd personal, främst sjukvårdsbiträden. Landstingsförbundet kom därför att förespråka en långsam och successiv omläggning av landets sjuksköterskeutbildning (Knapp Gaaserud 1991:144f).

Medicinalstyrelsen och läkarförbundet ansåg i likhet med Landstingsförbundet att kärnan i kommitténs betänkande var väl anpassad till vårdens behov. Dock ansåg Medicinalstyrelsen att det numerära behovet av sjuksköterskor, och då särskilt behovet av sjuksköterskor i ledande befattningar underskattats. För att införa den rationella arbetsorganisation och de enhetliga metoder som statens sjukhusutredning av år 1943 skisserat var det nödvändigt att öka antalet sjuksköterskor i ledande befattningar. Man hyste dessutom en viss tveksamhet huruvida förslaget om att inrätta en gemensam grundutbildning för blivande sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden skulle underlätta rekryteringen till sjuksköterskeutbildningen. Medicinalstyrelsen befarande att de gemensamma grundkurserna i alltför stor utsträckning skulle komma att fyllas med blivande sjukvårdsbiträden. Som lösning på problemet föreslog man att sjuksköterskeskolorna skulle få ordna egna grundkurser (Riksarkivet: 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen. Komm. nr 1193, vol 11). Från läkarförbundet varnade man för att låta bristen på kvinnlig vårdpersonal skapa två kategorier av sköterskor och för att sänka sjuksköterskeutbildningens standard (Svenska läkartidningen 1948:1911).

SSF ställde sig med få undantag positiva till kommitténs förslag (Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor 1948:691-698). Föreningen ansåg att de sakkunniga lyckats klargöra sjuksköterskans framtida arbetsuppgifter och skapat en sjuksköterskeutbildning anpassad för framtidens sjukvård. Och under förutsättning att utbildningen ställdes under ledning av en administrativt och pedagogiskt utbildad sjuksköterska kunde man även tänka sig att gå med på att inrätta en för sjuksköterskor och annan sjukvårdande personal gemensam grundutbildning. Sett utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv behöver detta dock inte ses som någon större uppoffring eftersom sjuksköterskorna härigenom inte bara skulle ha kontroll över sjukvårdsbiträdenas arbete utan också deras utbildning. Att acceptera en gemensam grundutbildning under ledning av en särskilt utbildad sjuksköterska kan ses som en klok strategi i en situation där man svårligen kunde undvika samröre med en underordnad yrkesgrupp.

SSF riktade kritik mot att kommittén underlåtit att ta upp frågan om legitimation för sjuksköterskor till behandling och mot att de sakkunniga underskattat det kvantitativa behovet av sjuksköterskor med högre påbyggnadsutbildning. Man noterade dock tacksamt att de sakkunniga ägnat stort utrymme åt det som föreningen ansåg vara den springande punkten i utbildningsproblematiken, nämligen användandet av elever som arbetskraft under den praktiska utbildningen. Systemet med att använda elever som arbetskraft var inte bara ett utbildningsmässigt problem utan också en bidragande orsak till svårigheterna att locka unga kvinnor att utbilda sig till sjuksköterska. Bakom rekryteringsargumentet kan man dock ana professionella överväganden. Standardiseringen och formaliseringen av den praktiska utbildningen kan ses som en strategi för att redan som elever fjärma sjuksköterskestudenterna från vårdens rutinbetonade och mindre prestigelösa arbetsuppgifter. Från föreningens sida betonade man emellertid att en omläggning av den praktiska utbildningen inte fick ske på bekostnad av de privata sjuksköterskeskolornas autonomi och ekonomi. De privata sjuksköterskeskolorna skulle så långt det var möjligt få behålla sin särart och självständighet. Föreningens hållning i frågan om de privata sjuksköterskeskolornas framtida öde kan både ses som ett uttryck för de historiskt starka och traditionsrika banden mellan SSF och de privata sjuksköterskeskolorna och som ett försök att skydda och bevara en för yrkeskåren kollektiv organisatorisk resurs. Med 42 procent av landets utbildningsresurser var de privata sjuksköterskeskolorna en maktresurs i sjuksköterskekårens förhandling med staten, och som sådan väl värd att kämpa för.

”När det statsfinansiella läget så tillåter” – omläggningen av sjuksköterskeutbildningen skjuts på framtiden

Någon proposition baserad på kommitténs förslag kom dock aldrig att läggas. Inrikesministern ansåg att det statsfinansiella läget inte tillät en omläggning av sjuksköterskeutbildningen. Att bredda rekryteringen och modernisera utbildningens innehåll och utformning var visserligen angelägna frågor men alltför kostsamma i den rådande ekonomiska situationen. Staten saknade ekonomiska resurser att kompensera landstingen och de privata sjuksköterskeskolorna för de ökade kostnader som den nya utbildningen skulle medföra, framförallt de stora kostnader som var förenade med att ersätta sjuksköterskeelevernas arbetskraft. I väntan på att statens finanser skulle förbättras valde inrikesministern att bolla över frågan till Medicinalstyrelsen, landstingen och landets sjuksköterskeskolor för fortsatt arbete kring utbildningsfrågorna (1949:1 Statsverkspropositionen, bilaga 13). Bakom statens tveksamma inställning till att lägga om sjuksköterskeutbildningen kan man emellertid även ana en osäkerhet kring frågan hur sjuksköterskeskolornas framtida huvudmannaskap skulle hanteras. Ett ökat statligt inflytande i de privata sjuksköterskeskolorna var en känslig fråga som staten av såväl utbildningspolitiska som resursskäl ogärna ville ta i.

I avsaknad av statlig finansiering och reglering kom tanken på en samlad utbildningsreform av sig. I dess frånvaro växte dock en långsam, gradvis och lokalt förankrad omläggning av sjuksköterskeutbildningen fram. År 1950 började de första sjuksköterskeskolorna lägga om utbildningen i överensstämmelse med förslaget i SOU 1948:17 och under perioden 1951-1955 kom övriga sjuksköterskeskolor att successivt lägga om utbildningen i enlighet med kommitténs förslag (Dillner 1963:634f). Efter påtryckningar från SSF och landets sjuksköterskeskolor utfärdade Medicinalstyrelsen 1952 ett nytt normalreglemente för landets sjuksköterskeskolor och 1955 och 1959 preciserade man anvisningarna för den teoretiska och praktiska undervisningens innehåll (Medicinalstyrelsens cirkulär 1952:129; Medicinalstyrelsens cirkulär med normalplaner för den teoretiska undervisningen vid sjuksköterskeskolorna 1955; Medicinalstyrelsens cirkulär angående sjuksköterskeskolornas praktiska utbildning 1959). Ingenting av Medicinalstyrelsens anvisningar förbjöd dock användandet av sjuksköterskeelever som arbetskraft. Det var fortfarande fritt fram för sjukhus och sjuksköterskeskolor att använda sig av sjuksköterskeelevernas arbetskraft.

Även den högre påbyggnadsutbildningen kom successivt att läggas om i enlighet med kommitténs förslag. På uppmaning av Medicinalstyrelsen och med stöd

av statsbidrag tog sig SSF an uppgiften att omforma sitt program av repetition- och vidareutbildningskurser till de krav som uppställdes på den högre utbildningen i SOU 1951:33. Bidragen från staten täckte emellertid inte på långt när föreningens kostnader för verksamheten. Från föreningens sida var man dock intresserad av att driva den högre utbildningen i egen regi. Dels stod det inskrivet i organisationens stadgar att föreningen skulle bedriva högre utbildning, dels innebar den organisatoriska friheten från staten att den högre utbildningen i stor utsträckning kunde utformas efter föreningens egna syften och ideal. Inte minst så kunde den högre utbildningen användas för att befrämja föreningsaktiviteten i organisationen. Många sjuksköterskor som tidigare inte varit föreningsmedvetna blev engagerade efter att ha genomgått någon av SSF:s vidareutbildningskurser. Den ekonomiska situationen gjorde emellertid läget ohållbart och efter uppvaktning från SSF 1954 tillsatte chefen för inrikesdepartementet 1955 en utredning inom Medicinalstyrelsen med uppgift att se över den högre utbildningens organisation. Motivet till utredningen var att det var otillfredsställande att låta en enskild organisation bära ett ekonomiskt ansvar för en utbildning som var av nationellt intresse. Som experter i utredningen tillkallades landstingsdirektören Erland von Hofsten, SSF:s ordförande Gerda Höjer samt föreståndarinnan vid statens sjuksköterskeskola i Stockholm, Astrid Janzon. Utredarnas föreslog att staten skulle ikläda sig huvudmannaansvaret för den högre sjuksköterskeutbildningen. Den första juli 1958 bildades Statens institut för högre utbildning av sjuksköterskor (Bohm 1961:375-378).

Samma år, 1958, vann också SSF den segdragna kampen om legitimation för utbildade sjuksköterskor. Frågan om legitimering av sjuksköterskor hade då stått på föreningens program sedan 1934. Fram till 1957 hade emellertid staten och Medicinalstyrelsen avslagit varje begäran från SSF om legitimation med hänvisning till att sjuksköterskan inte arbetade under eget ansvar och att sjuksköterskans arbetsuppgifter var svåra att definiera (a.a. sid. 187f). Beslutet om att utfärda legitimation för sjuksköterskor kan därför tolkas som ett statligt erkännande av sjuksköterskans jurisdiktion och som ett uttryck för hennes självständighet i förhållande till läkarkåren och andra yrkesgrupper inom vården.

Konsekvenser för sjuksköterskornas jurisdiktion

I detta avsnitt har jag lyft fram tre drivkrafter som på olika sätt samverkade och bidrog till att förändra sjuksköterskornas utbildning, arbetsuppgifter och yrkesroller, relation till läkare, undersköterskor och sjukvårdsbiträden; kort sagt drivkrafter som bidrog till att förändra sjuksköterskornas jurisdiktion. Två av dessa

drivkrafter härrör primärt från statens ökade sjukvårdspolitiska intresse, den tredje från förändringar inom sjuksköterskekåren och SSF.

Behovet av en modern och sekulariserad sjuksköterskekår: En första viktig drivkraft bakom förändringen av sjuksköterskornas jurisdiktion kan relateras till statens ökade sjukvårdspolitiska intresse under 1940-talet. Genom statens sjukvårdspolitiska intresse upprättades en tydlig förbindelselänk mellan sjukvårdspolitiska motiv och sjuksköterskeväsendets utveckling; de välfärdspolitiska ambitionerna att bygga upp en modern och nationell sjukvårdsapparat krävde en sekulariserad och modern sjuksköterskekår. För att tillfredsställa behoven inom den framväxande sjukvården krävdes att sjuksköterskeyrket omvandlades från ett kristet kall till ett borgerligt yrke. Moderniseringen av sjuksköterskekåren krävde inte bara att de privata sjuksköterskeskolornas inflytande över utbildningen bröts utan också att utbildningens innehåll och pedagogik moderniserades och att rekryteringsunderlaget breddades. Det var som led i denna politik som Statens sjuksköterskeskola inrättades och 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen tillsattes.

Sjukvårdspolitikens korporativa karaktär: En andra viktig drivkraft var att staten under denna period började betrakta sjukvårdspolitiken som en nationell angelägenhet. Härmed kom sjukvårdspolitiken att få en korporativ karaktär. Det statliga kommittéväsendet utvecklades i detta sammanhang till en viktig plattform för den korporativa politiken. Samtidigt blev det statliga kommittéväsendet en viktig legal arena för sjuksköterskekåren i dess professionella strävanden. Det var inom ramen för det statliga kommittéväsendets utredningar som sjuksköterskekårens jurisdiktion kom att skisseras och slås fast. Representanter för sjuksköterskekåren kallades att bistå i utredningsarbetet som ledamöter och experter, och de uppmanades att svara på remisser. Särskilt tydlig blev sjukvårdspolitikens korporativa karaktär i arbetet med att rationalisera och effektivisera vårdens organisation och arbetsmetoder, dvs. inom det arbete som bedrevs inom ramen för Statens sjukhusutredning av år 1943. Även i 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen kom den korporativa sjukvårdpolitiken till tydligt uttryck; här möttes representanter för vårdens huvudmannaintressen, statens högsta medicinska tillsynsmyndighet – Medicinalstyrelsen – och företrädare för vårdens yrkesgrupper – läkare, sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden.

Förändringar inom SSF: En tredje drivkraft bakom sjuksköterskornas förändrade jurisdiktion kan kopplas till de förändringssträvanden som pågick inom sjuksköterskåren under den aktuella tidsperioden. Av särskild betydelse var

SSF:s ökade intresse för fackliga frågor. De fackliga frågorna bar med sig fröet till en sekularisering av kåren. Moderniseringssträvandena inom SSF innebar att föreningens intresse på centrala punkter kom att sammanfalla med statens intresse av en sekulariserad och modern välfärdsstatlig yrkeskår. Att statens intressen på detta sätt sammanföll med intressen inom SSF och andra delar av sjuksköterskekåren torde ha varit av stor betydelse för det inflytande som representanter för sjuksköterskekårens olika delar gavs på den legala arenan. Av lika betydelse torde dock sjuksköterskekårens redan tidigare erkända position som remissinstans, kontakten med enskilda riksdagsmän, inspektristjänsten vid Medicinalstyrelsen samt de privata sjuksköterskeskolornas strategiska kontroll över landets knappa utbildningsresurser ha varit. Mot denna bakgrund kan sjuksköterskekårens privilegierade position på den legala arenan förstås som en kombination av med staten sammanfallande intressen och organisatoriska resurser. Genom de statliga utredningarna, och då särskilt 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen, fick sjuksköterskorna en välfärdspolitiskt plattform att artikulera sin professionella intressen ifrån. Härifrån kunde man arbeta för att utveckla den egna jurisdiktion och dra upp jurisdiktionella gränser mot sjukvårdsbiträden och undersköterskor.

I detta kraftfält påbörjades under 1940-talet ett målmedvetet arbete att forma och koppla sjuksköterskornas jurisdiktion till sjukvårdspolitiska målsättningar. I betänkanden från Statens sjukhusutredning av år 1943 och betänkandena från 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen drogs riktlinjerna för vårdens framtida arbetsorganisation och sjuksköterskornas jurisdiktion upp. Med utgångspunkt i rondsystemets principer för effektiv arbetsorganisation knöts sjuksköterskan närmare vårdens administrativa och medicinska strukturer samtidigt som hon fjärmades från vårdens basala vård och servicefunktioner. Med förtydligandet av sjuksköterskornas jurisdiktion följde dessutom en tydligare gränsdragning gentemot läkarnas jurisdiktion. Till sjuksköterskans tidigare ansvar för patienternas grundläggande omvårdnad tillkom nu rollen som arbetsledare för biträden och undersköterskor, rollen som vårdadministratör och rollen som medicinsk assistent till läkarna. Sjuksköterskans nya roller backades upp i förslaget till ny sjuksköterskeutbildningen vilken fick en tydligare medicinskteoretisk profil. Med den nya sjuksköterskeutbildningen togs ett första steg mot en akademisering av sjuksköterskornas utbildning; utbildningens teoretiska innehåll fick en större vikt på bekostnad av de praktiska inslagen.

Genom införandet av rondsystemet förstärktes sjuksköterskans överordnade position visavi undersköterskor och biträden. Rondsystemet stärkte sjuk-

sköterskans inomorganisatoriska position, hon befäste sin position i utrymmet mellan läkarkåren och den underordnade vårdpersonalen. Sjuksköterskans överordnade position kom nu inte längre att enbart vila på utbildningsmeriter och klassbakgrund utan även på organisatoriska kriterier för rationell vårdorganisering. Legitimeringen av sjuksköterskor kan ses som ett tecken på statens erkännande av sjuksköterskans jurisdiktion och på hennes självständiga roll och kompetens i utrymmet mellan läkarna och den underordnade sjukvårdspersonalen. Från och med 1959 ändrades skrivelsen i sjukhusstadgan så att endast den som var legitimerad sjuksköterska fick inneha tjänst som sjuksköterska vid landets vårdanstalter (SFS 1957:656). I kombination med den sedan tidigare etablerade kontrollen över arbetsförmedlingen av sjuksköterskor innebar den statliga legitimeringen av sjuksköterskor att sjuksköterskornas jurisdiktion kringgärdades av ett skyddande yrkesmonopol.

Trots de professionella framgångarna fanns dock orosmoln på sjuksköterskekårens himmel. Genom organisationer som Landstingsförbundet, Svenska sjukhusföreningen, Sjukhusens standardiseringskommitté, Centrala sjukhusarkivet m.fl. hade sjukvårdshuvudmännens intressen vuxit sig allt starkare på den legala arenan. Sjuksköterskornas professionella krav kom nu att matchas mot sjukvårdshuvudmännens krav på kostnadseffektiv och flexibel resursanvändning. Spänningen mellan sjuksköterskornas professionella krav och landstingens krav på effektiv resursanvändning var ett genomgående tema i 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen. I kommitténs arbete fanns en oförlöst spänning mellan sjukvårdshuvudmännens önskemål om att skapa en organisatoriskt sammanhållen utbildningsgång för sjukvårdsbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor, och sjuksköterskekårens önskan om att skapa och upprätthålla en tydlig och klart avgränsad jurisdiktion för sjuksköterskor. Resultatet blev en kompromiss. Å ena sidan mjukades de utbildningsmässiga gränserna mellan sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden upp, å andra sidan fjärmades sjuksköterskornas arbetsuppgifter och yrkesroller från sjukvårdsbiträden och undersköterskor.

Parallellt med denna utveckling gick sjuksköterskekåren organisatoriskt försvagade in i 1960-talet. Av ekonomiska skäl hade man tvingats frånhända sig kontrollen över den högre utbildningen till staten. Samtidigt var de privata sjuksköterskeskolornas ekonomiska situation och självständiga ställning hotad. Professionsmässigt var efterkrigstiden en framgång för sjuksköterskekåren, organisatoriskt var man dock på defensiven.

Det expansiva 1960-talet – akutsjukvårdens glansperiod

Med ATP-striden som stormsvala inleds kring 1960 de s.k. rekordåren i svensk välfärdspolitik (Premfors 1998:38). Inom stort sett alla av välfärdsstatens program sker förbättringar och utbyggnader av olika slag. Inom utbildningsväsendet ersätts 1962 den tidigare sexåriga folkskolan med en nioårig grundskola (Olsson, S 1990:119). För att tillgodose de äldres behov av välfärd ökar utbyggnaden av hemtjänst, servicehus, ålderdomshem och geriatriska kliniker. I socialförsäkringssystemet höjs successivt ersättningsnivåerna, först till 70 procent (1963) av inkomsten och sedan till 80 procent (1967). Från mitten av 1960-talet sker också en kraftigt utbyggnad av den kommunala barnomsorgen (a.a. sid. 130-136).

Den kraftigaste utbyggnaden kom dock att äga rum inom hälso- och sjukvårdens område. Runt om i landet accelererade sjukhusbyggandet. Antalet vårdplatser vid landets sjukhus ökade med drygt 3000 under 1960-talets första år (SOU 1964:45 sid. 192). Samtidigt kvarstod många av de problem som präglat 1940 och 1950-talets sjukvårdspolitiska debatt olösta. Bristen på kvinnlig vårdpersonal var fortsatt stor och sjukhusens driftskostnader fortsatte att raka i höjden. Med expansionen följde en tilltagande specialisering av vården. Sju högspecialiserade regionsjukhus med tillhörande forskning och undervisning byggdes upp för att tillgodose behovet av vård, forskning och personal runt om i landet (Olsson, S 1990:131).

> En av de tendenser, som hittills varit mest påfallande inom den medicinska utvecklingen och som tidigast och mest uttalat kommit att prägla sjukhusväsendet, är specialiseringen. Denna har i det stora hela följt tre principer: 1. sjukdomsgrupper (infektions-, nerv-, och könssjukdomar) eller organsystem (lungsjukdomar, ögonsjukdomar); 2. åldrar (pediatrik, geriatrik) eller kön (obstetrik, gynekologi) samt 3. tekniker (medicin, kirurgi). På senare tid har en fjärde princip gjort sitt inträde på scenen: laboratoriemässiga servicediscipliner utan egna patienter (röntgen, kliniska laboratorier, på sätt och vis även anestesiologi). (SOU 1964:45 sid. 59.

Mot bakgrund av de ökande sjukvårdskostnaderna, den tilltagande medicinska specialiseringen och bristen på kvinnlig vårdpersonal var det två frågor som mer än andra hamnade i centrum för statens sjukvårdspolitiska intresse under 1960-talet, dessa var utbildnings- och personalfrågor samt effektivitets- och rationa-

liseringsfrågor. I syfte att se över sjukvårdens övergripande organisatoriska struktur tillsattes 1956 en statlig enmansutredning. Som utredare kallades generaldirektören för Medicinalstyrelsen Arthur Engel. I centrum för utredningen stod den resurskrävande specialistsjukvården och frågan om hur sjukvårdens resurser skulle fördelas på mest effektiva sätt. I betänkandet (SOU 1958:26) föreslog Engel att landet skulle delas in i geografiska sjukvårdsregioner. Inom varje sjukvårdsregion skulle resurserna för sjukhusvården fördelas på tre nivåer: normalsjukhus, länssjukhus och regionsjukhus, där regionsjukhusen skulle utgöra den mest medicinskt specialiserade enheten.

Den nationella planen för sjukhusvårdens organisatoriska samordning fick betydande konsekvenser för sjukhusens organisatoriska utformning. I Landstingsförbundets regi utbildades särskilda rationaliseringsexperter (Olsson, Å 1985:156). Andra samverkansorgan inom detta område var Centrala sjukhusberedningen, Landstingsförbundets organisationsavdelning och Rådet för sjukhusdriftens rationalisering (Gustafsson 1987:400).[12] Den organisatoriska samordningen mellan och inom sjukhusregioner krävde nya administrativa system och metoder för koordinering vilket innebar en kraftig utbyggnad av sjukhusens administration. En rättvis fördelning av kostnaderna mellan de i regionvårdsavtalet ingående landstingen krävde nämligen att kostnaderna för vården kunde fastställas ned på kliniknivå. Som ett resultat av regionsjukvårdsplanen tillkom vid de flesta sjukhus nya administrativa uppgifter, befattningar och avdelningar (Tynelius & Grönwall 1981:31-43). För sjuksköterskorna skapade detta möjligheter till nya arbetsuppgifter.

Mest genomgripande organisatoriska förändringar genomgick de sjukhus som utsågs till regionsjukhus. Som exempel kan nämnas att för Uppsala akademiska sjukhus innebar regionsjukvårdsplanen att sjukhuset dimensionerades för en befolkning på 1.3 miljoner människor, dvs. efter en population som vida översteg befolkningen i Uppsala län. Uttryckt i vårdplatser innebar det att sjukhuset fick en kapacitet av ca 1700 vårdplatser. Samtidigt ökade sjukhusets lokalyta från 61 700 m^2 till 340 000 m^2. Genom regionsjukvårdsplanen kom även en betydande del av landets vårdutbildningar att förläggas till sjukhuset. Uppskattningsvis erhöll varje år omkring 1300 elever sin utbildning vid sjukhuset (a.a. sid. 68-74). Med sjukhusets expansion och medicinska specialisering följde en

[12] Centrala sjukhusberedningen, Landstingsförbundets organisationsavdelning och Rådet för sjukhusdriftens rationalisering gick 1968 upp i det nybildade Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (SPRI).

kraftig ökning av personalstyrkan och ett växande antal nya befattningshavare inom medicinska och medicinskt-tekniska specialiteter tillkom. Samtidigt fördes icke vårdande verksamheter bort från vårdavdelningarna; i samband med att det nya centralköket togs i bruk ändrades matordningen vid avdelningarna. Maten portionsförpackades i köket för vidare transport till avdelningarna. Detta system minskade antalet sjukvårdsbiträden på avdelningarna men ökade antalet ekonomibiträden i centralköket. Även städningen kom att organisatoriskt separeras från avdelningarna för att föras samman under en för sjukhuset gemensam städenhet (Berg 1985:13). För sjukhuset innebar denna utveckling ett samordningsproblem eftersom ingen yrkesgrupp eller avdelning kunde administrera sig själv utan att detta skulle få konsekvenser för sjukhusets samlade effektivitet. En särskild planeringsavdelning inrättades liksom en personalavdelning med en personalchef i ledningen. Sjukhusets kamerala avdelning ombildades och utökades till en särskild ekonomiavdelning (Tynelius & Grönwall 1981:31-43).

Sjuksköterskorna får professionell konkurrens – nya befattningar inom vården

Parallellt med försöken att effektivisera och rationalisera vårdens inre och yttre organisation pågick ett intensivt arbete med att se över landets vårdutbildningar och dra upp riktlinjerna för nya grupper av befattningshavare. För sjuksköterskorna innebar detta ökad inter-professionell konkurrens. I detta avsnitt ska jag presentera tre utredningar som alla kom att beröra och ha betydelse för sjuksköterskornas jurisdiktion, relation till näraliggande yrkesgrupper och position i sjukvårdens arbetsorganisation.

Den kraftiga utbyggnaden av vården förvärrade den redan stora bristen på kvinnlig vårdpersonal. Det var därför bara en tidsfråga innan frågan om rekryteringsbefrämjande åtgärder och sjukvårdsutbildningarnas innehåll, organisering och specialisering åter skulle hamna på den politiska dagordningen. Faktum var att de första proposerna redan hade kommit. Under 1958 hade inrikesminister Rune Johansson från flera håll uppmanats att se över bristen på sjuksköterskor (Motion FK 1958:B78; AK 1958:B100; Statsutskottets utlåtande 1958:B76)[13] Inrikesministern stod också i fortlöpande kontakt med Medicinalstyrelsen, Landstingsförbundet, Arbetsmarknadsstyrelsen och SSF i frågan (Ejvegård 1973:324). I både första och andra kammaren fick inrikesministern besvara

[13] Andra motioner som berörde frågan om en översyn av landets sjuksköterskeutbildningen var FK 1962:218; AK 1962:266; AK 1962:30.

frågor angående bristen på kvinnlig vårdpersonal (Riksdagsprotokoll FK 1958:B1 sid. 17f; AK 1958:B8 sid. 17). I sitt svar till riksdagen konstaterade inrikesministern att den snabba expansionstakten inom sjukvården fått till följd att bristen på utbildad vårdpersonal, främst sjuksköterskor, ökat markant och att åtgärder måste vidtas för att häva bristen (Riksdagsprotokoll FK 1958:B3 sid. 14-21).

Om möjligheten att överföra vissa arbetsuppgifter från sjuksköterskor till undersköterskor - den Thapperska utredningen

Utredningarna lät inte vänta på sig. I februari 1959 tillsattes en statlig utredning med direktiv att utreda möjligheterna att föra över vissa arbetsuppgifter från sjuksköterskor till undersköterskor. Tanken var att effektivisera användandet av sjuksköterskor genom att befria dem från icke direkt medicinska arbetsuppgifter (Berättelse till 1960 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Inrikesdepartementet I In:47). På eget initiativ beslutade kommittén att utvidga frågeställningen till att omfatta även andra grupper av befattningshavare såsom sjukvårdsbiträden och medicinsk-teknisk personal (SOU 1962:4 sid. 8). Som sakkunniga tillkallades riksdagsledamoten Fridolf Thapper, ombudsmannen i kommunalarbetarförbundet Einar Binett, sjuksköterskan Inga Johnsson, löne-direktören vid Landstingsförbundets kansli Hans Gröndal samt lasarettsläkaren Olof Odén. Till ordförande utsågs Fridolf Thapper och som sekreterare utsågs Landstingsförbundets representant Gillis Albinsson (Berättelse till 1960 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Inrikesdepartementet I In:47).[14] Kommittén tog namnet Utredningen angående vissa sjuksköterskornas och undersköterskornas arbetsuppgifter mm. Till historien har den emellertid kommit att gå under namnet Thapper-utredningen.

I november 1961 hade kommittén fullgjort sitt uppdrag och betänkandet *Arbetsuppgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal* (SOU 1962:4) överlämnades till inrikesministern. Förslagen i betänkandet präglades inte av något större nytänkande utan låg i linje med de tidigare fastslagna grund-principerna för rondsystemet. Huvudprincipen var att i möjligaste mån överföra icke direkt sjukvårdande arbetsuppgifter från sjuksköterskor till undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Härigenom skulle sjuksköterskan kunna frigöras för mer avancerade medicinska, arbetsledande och administrativa arbetsuppgifter. Enligt

[14] Kommittén tog namnet Utredningen angående vissa sjuksköterskornas och undersköterskornas arbetsuppgifter mm. Till historien har den emellertid kommit att gå under namnet Thapper-utredningen.

kommitténs förslag skulle undersköterskor i huvudsak användas för följande arbetsuppgifter: Samtliga former av desinfektion och sterilisering, materialvård och skötsel av förråd, matutdelning, liggsårsbehandling, toalett och bäddning åt svårt sjuka patienter, assistans vid omläggningar, vissa omläggningar, iordningställande och dukning av brickor för omläggningar, undersökningar och behandlingar, ansvaret för förbandsberedning samt tillsyn av vissa av sjukvårdsbiträde utförda arbetsuppgifter. Vid operationsavdelningar tillkom iordningställande av patient för operation, viss instrumentassistans och medverkan vid sårassistans samt assistans vid förbandsläggning. Till sjukvårdsbiträdets sysslor förde kommittén daglig städning av sjukrum, matning av patienter, temperaturtagning, mätning och vägning av patient, mätning av urin och tagning av urinprov, avföringsprov, förberedelse för röntgenundersökning och passning av patient efter operation. För att ytterligare bistå och avlasta sjuksköterskorna föreslogs dessutom att det vid sjukhusens vård- och mottagningsavdelningar – inom förlossning, operation, röntgen och laboratorietekniskt arbete – skulle införas en kår av specialutbildade undersköterskor (a.a. sid. 93-98).

Förslaget krävde en nationell och samordnad utbildningsinsats för undersköterskor och sjukvårdsbiträden. För att ge utbildningarna en nationell geografisk spridning och hög kvalitet skulle utbildningen föras till de landstingskommunala yrkesskolorna och ställas under tillsyn av Överstyrelsen för yrkesutbildning.[15] Landstingens kostnader för utbildningarna skulle delvis finansieras med statsbidrag. För att garantera flexibilitet och effektiv resursanvändning i utbildningssystemet skulle utbildningarna till sjukvårdsbiträde och undersköterska samordnas organisatoriskt och utbildningsmässigt. För att antas till den 24 veckor långa undersköterskeutbildningen skulle det krävas att man genomgått den 23 veckor långa sjukvårdsbiträdesutbildning samt därefter under två års tid arbetat som sjukvårdsbiträde. Men kommitténs tanke på utbildningsmässig samordning stannade naturligtvis inte där; i framtiden såg kommittén en organisatoriskt sammanhållen och påbyggnadsbar utbildningsgång, från sjukvårdsbiträde till sjuksköterska (a.a. sid. 93-98).

Från Landstingsförbundet ansåg man att den Thapperska utredningens förslag låg i linje med förbundets intressen och ståndpunkter (Ejvegård 1973:326). Landstingsförbundet hade länge drivit frågan om en sammanhållen yrkesutbildningen för den kvinnliga vårdpersonalen. Landstingsförbundets utbildningspoli-

[15] Överstyrelsen för yrkesutbildning var en statlig myndighet med tillsynsansvar för landets yrkesutbildningar.

tiska målsättning var att skapa likvärdighet mellan teoretiska och praktiska utbildningsbanor (a.a. sid. 88). Landstingsförbundets hållning kan ses som en reaktion på att alltför medicinskt specialiserade och professionsmedvetna yrkesgrupper hotade att försvåra en flexibel användning av vårdpersonalens arbetskraft.

Även SSF ställde sig i grunden positiva till den Thapperska utredningens förslag. Man delade kommitténs uppfattning om det lämpliga i att överföra ickedirekt vårdande arbetsuppgifter till undersköterskor och sjukvårdsbiträden i syfte att frigöra sjuksköterskorna för mer avancerade medicinska, administrativa och arbetsledande uppgifter. En sådan arbetsdelning låg i linje med sjuksköterskekårens egen uppfattning om den egna jurisdiktionens utformning och gräns till näraliggande yrkesgrupper. Innan en överföring av arbetsuppgifter från sjuksköterskor till undersköterskor och sjukvårdsbiträden kunde ske ville man dock att en statlig utredning skulle se över också sjuksköterskornas arbetsuppgifter och yrkesroller. SSF såg ogärna en utökning av undersköterskornas jurisdiktion innan de verksamhets- och behörighetsmässiga gränserna till sjuksköterskornas jurisdiktion var klarlagda. Remissyttrandet avslutades med en begäran om en allsidig och förutsättningslös utredning av sjuksköterskornas utbildning, arbetsuppgifter och yrkesroller (Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor 1962:213-220). Det är rimligt att anta att SSF genom en statlig utredning ville få ”svart på vitt” att undersköterskornas jurisdiktion och position i arbetsorganisationen var hierarkiskt underordnad den egna jurisdiktionen och positionen i arbetsorganisationen. Från SSF var man angelägen om att försäkra sig om att undersköterskorna inte skulle utgöra något hot mot den egna jurisdiktionen. SSF:s begäran kan ses som en konkurrensbegränsade strategi, en försök att hantera den interprofessionella konkurrenssituation som var på väg att uppstå.

Thapper utredningen resulterade aldrig i någon proposition. Sjukvårdsbiträdes- och undersköterskeutbildningen kom emellertid successivt att läggas om i enlighet med de riktlinjer som slagits fast i betänkandet (Skolöverstyrelsen 1978:9).

Ett ökat behov av medicinsk-tekniska assistenter – Treverksutredningen

Från statens sida begränsade man sig emellertid inte till att rationalisera användningen av sjuksköterskornas arbetskraft genom delegering av arbetsuppgifter till undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Parallellt, och delvis överlappande, med Thapper utredning bedrev den s.k. Treverksutredningen sitt arbete. Sommaren 1961 hade inrikesminister Rune Johansson givit Medicinalstyrelsen i uppdrag

att i samråd med Arbetsmarknadsstyrelsen och Överstyrelsen för yrkesutbildning undersöka möjligheterna att anordna särskilda utbildningar inom det medicinskt-tekniska området i syfte att avlasta eller ersätta sjuksköterskor inom dessa verksamhetsområden (Zetterström Lagervall 1985:10).

Kommittén arbetade snabbt. I september 1961 kallade Treverksutredningens ordförande medicinalrådet Olof von Zweigbergk SSF till överläggningar. Något överraskande för SSF:s vidkommande lämnades en lägesrapport som visade att kommittén i stort sett fullgjort sitt uppdrag. I utredningen drogs slutsatsen att sjuksköterskans arbete inom röntgen, operation, radioterapi och laboration i viss utsträckning kunde ersättas av grupper av medicinsk-tekniska assistenter. De tvååriga utbildningarna skulle knytas till de landstingskommunala yrkesskolorna. Kursstarten planerades till våren 1962. Som tillsynsmyndighet förordades Överstyrelsen för yrkesutbildning. Genom en kår av medicinsk-tekniska assistenter skulle fler sjuksköterskor kunna göras tillgängliga för det egentliga vårdarbetet samtidigt som sjukvården skulle få tillgång till särskilt utbildad personal rustad att möta den snabba medicinsk-tekniska utvecklingen (a.a. sid. 10). De medicinskt-tekniska assistentgrupperna skulle dock vara hierarkiskt underordnade sjuksköterskorna, och sjuksköterskorna skulle alltjämt få behålla ansvaret för arbetsledning, administration och utbildning för dessa grupper. Uttryckt i professionsteoretiska termer kan man säga att Treverksutredningen tydligt markerade att de nya assistentgruppernas jurisdiktion verksamhets- och utbildningsmässigt var underordnad sjuksköterskornas jurisdiktion.

Trots bristen på inflytande i kommittén ställde sig SSF välvilliga till Treverksutredningens förslag. I remissyttrandet markerade man dock tydligt att de medicinskt-tekniska assistentgruppernas jurisdiktion var underordnad sjuksköterskornas egen jurisdiktion. Man betonade att de nya assistentgrupperna primärt var ämnade att avlasta sjuksköterskorna inom de medicinsk-tekniska områdena, inte ersätta sjuksköterskornas arbete inom dessa områden. Vidare betonade man att de medicinsk-tekniska assistenter inte var någon lösning på bristen på sjuksköterskor. Bristen på sjuksköterskor kunde varken förslagen i Treverksutredningen eller Thapper utredningen avhjälpa. Bristen på sjuksköterskor kunde bara avhjälpas genom att utbilda fler sjuksköterskor (Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor 1961:718; 1962:45).

I remissyttrandet försökte SSF även fästa statens uppmärksamhet på att de båda utredningarna – Treverkskommittén och Thapper utredningen – delvis pekat ut samma område för undersköterskor och medicinsk-tekniska assistenter. Denna

oklarhet hotade inte bara att leda till interprofessionell konkurrens utan också till oklara behörighetsgränser. För sjuksköterskorna som hierarkiskt överordnad yrkesgrupp, arbetsledare och administratörer var detta en otillfredsställande situation som hotade att försvåra deras arbete. SSF var inte heller fullständigt enig med de båda kommittéerna om vilka arbetsuppgifter som skulle överföras till undersköterskor och medicinsk-tekniska assistenter. Mot bakgrund av dessa oklarheter ville SSF se en statlig utredning i syfte att klargöra sjuksköterskornas arbetsuppgifter och yrkesroller visavi medicinsk-tekniska assistenter och undersköterskor. Samma utredning borde även få till uppgift att ta fram en ny sjuksköterskeutbildning och kartlägga orsakerna bakom svårigheterna att rekrytera sjuksköterskor (Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor 1962:219f).

Bakom SSF begäran låg sannolikt en oro för den egna jurisdiktionen. För att upprätthålla den egna jurisdiktionen och positionen i arbetsorganisationen var det nödvändigt att få till stånd tydliga verksamhets-, ansvars- och befogenhetsgränser mellan sjuksköterskor, undersköterskor och medicinsk-tekniska assistenter. SSF:s önskan att göra de jurisdiktionella gränserna mellan sjuksköterskor, undersköterskor och medicinsk-tekniska assistenter till föremål för en statlig undersökning vittnar också om den stora betydelse som föreningen tillskrev det statliga kommittéväsendet som arena för kårens professionella strävanden. Med stor sannolikhet förstod SSF att en ny statlig sjuksköterskeutredning skulle ge sjuksköterskekåren en viktig arena för att artikulera och driva kårens professionella intressen; att staten skulle tillsätta en sjuksköterskeutredning utan representation från sjuksköterskekåren var föga troligt.

I enlighet med Treverksutredningens förslag påbörjades utbildningen av röntgen-, radioterapi- och operationsassistenter under vårterminen 1962. Året därpå, 1963, påbörjades utbildningen av laboratorieassistenter (Skolöverstyrelsen 1978:27). Sjuksköterskekåren kom att få ett visst inflytande över de nya assistentgruppernas utbildning. Dels gjordes SSF delaktiga i arbetet med att ta fram kursplaner för de medicinsk-tekniska assistentgrupperna, dels var det sjuksköterskor som sattes att handleda studenterna under utbildningens praktiska moment (Zetterström Lagervall 1985:11).

1962 års sjuksköterskeutredning

SSF:s begäran om en statlig sjuksköterskeutredningen hörsammades snabbt. Redan i mars 1962 beslutade inrikesminister Rune Johansson att tillsätta en statlig sjuksköterskeutredning. Överföringen av arbetsuppgifter från sjuksköterskor till undersköterskor tillsammans med de nya medicinsk-tekniska

assistentgruppernas intåg gjorde det nödvändigt att åter ta upp frågan om sjuksköterskornas utbildning, arbetsuppgifter och arbetsorganisatoriska ställning. För att snarast möjligt avhjälpa bristen på sjuksköterskor skulle dessutom möjligheterna att rationalisera och korta sjuksköterskeutbildningen utredas och möjligheten att ordna en avkortad studiegång för redan verksamma undersköterskor och sjukvårdsbiträden utredas. Innehållsmässigt skulle undervisningen i arbetsledning och administration stärkas. Inrikesministern ville även ha belyst den fråga som man så länge försökt att skjuta på, nämligen frågan om sjuksköterskeutbildningens finansiering, huvudmanna- och tillsynsansvar. Särskilt skulle möjligheterna att knyta sjuksköterskeutbildningen till de landstingskommunala yrkesskolorna undersökas. Förutom att en sådan konstruktion skulle göra sjuksköterskeutbildningen statsbidragsberättigande skulle den knyta sjuksköterskeutbildningen närmare undersköterske- och sjukvårdsbiträdesutbildningen (Berättelse till 1963 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Inrikesdepartementet I In:41).

Till utredningen kallades sju sakkunniga. Till ordförande utsågs överdirektören i Statens förhandlingsnämnd Lennart Rydback. Övriga ledamöter utgjordes av förbundssekreteraren Einar Binett, professor Gunnar Biörck, landstingsdirektören Hans Gröndal representerande Landstingsförbundet, ledamoten av riksdagens andra kammare Harald Kärrlander, ordföranden i SSF Gerd Zetterström Lagervall samt rektorn för statens sjuksköterskeskola i Göteborg Karin Lundgren. Till sekreterare utsågs sekreteraren i Svenska stadsförbundet Henry Björinder (a.a.). De sakkunniga antog benämningen 1962 års utredning angående sjuksköterskeutbildningen.

I fråga om den framtida sjuksköterskeutbildningens huvudmannaskap och finansiering samt möjligheten att ordna en avkortad sjuksköterskeutbildning för redan verksamma undersköterskor och sjukvårdsbiträden kom Landstingsförbundets representant att uttrycka samma åsikt som inrikesministern: Den nya sjuksköterskeutbildningen skulle så långt det var möjligt ges ett innehåll, form och organisation som byggde på utbildningen till undersköterska och sjukvårdsbiträde. I likhet med utbildningen till undersköterska och sjukvårdsbiträde skulle den nya sjuksköterskeutbildningen ställas under landstingskommunalt huvudmannaskap. Helst ville man också se att tillsynen för sjuksköterskeutbildningen flyttades från Medicinalstyrelsen till Skolöverstyrelsen (Ejvegård 1973:319f). Landstingsförbundets intresse för att foga sjuksköterskeutbildningen till de landstingskommunala yrkesskolorna handlade delvis om att lösa landstingens kostnader för utbildningen. Genom att föra utbildningen till yrkes-

skolorna öppnades en möjlighet för landstingen att erhålla statsbidrag för en verksamhet som var mycket ekonomiskt betungande. Men det fanns också andra motiv. Det fanns en önskan om att skapa en sjuksköterskeutbildning som motsvarade de faktiska behoven av arbetskraft och kompetens inom vården. Från Landstingsförbundets sida hade man vid ett flertal tillfällen riktat kritik mot vårdutbildningarna som man ansåg vara alltför teoretiska i förhållande till det faktiska vårdarbetets karaktär. Man ansåg dessutom att det fanns en alltför stor skillnad mellan vårdens praktiska och teoretiska utbildningar. Mot denna bakgrund efterlyste Landstingsförbundet en gemensam grundutbildning för alla slags vårdyrken (a.a. sid. 320).

Förutom de tidigare nämnda kraven om att få till stånd tydligare verksamhets-, ansvars- och befogenhetsgränser mellan sjuksköterskor, undersköterskor och medicinsk-tekniska assistenter gick SSF in i utredningen med en förhoppning om att statsmaktens krav på fler sjuksköterskor och utbildningsmässig effektivitet inte skulle försämra sjuksköterskeutbildningens kvalitet. Man hoppades också på en ordentlig utredning av sjuksköterskans arbetsuppgifter och yrkesroller, särskilt hennes funktion som arbetsledare, administratör och utbildare för den underordnade vårdpersonalen samt sjuksköterskans betydelse för patienternas personliga omvårdnad (Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor 1962:219f).

De sakkunniga tog ett brett grepp om sjuksköterskeproblematiken.[16] Bland annat gjordes internationella utblickar där sjuksköterskeutbildningen i andra länder studerades. Ambitionen var att i görligaste mån anpassa den svenska sjuksköterskeutbildningen till de rekommendationer och normer som ställdes upp av Världshälsoorganisationen (WHO), det internationella sjuksköterskeförbundet (ICN), Nordiska rådet och Europarådet. I tankarna fanns föreställningen om en framtida gemensam europeisk arbetsmarknad inom sjukvårdens område (SOU 1964:45 sid. 44-51). Störst betydelse i utformningen av utbildningen tillmättes dock nationella faktorer. Sjuksköterskeutbildningens omfattning och innehåll skulle i första hand relateras till de nationella arbetsuppgifter och yrkesroller som följde av rondsystemets principer för arbetsdelning. På

[16] Sammanlagt kom de sakkunniga att presentera tre betänkanden. I det första delbetänkandet (SOU 1964:45) presenterade utredarna sin syn på sjuksköterskans grundläggande arbetsuppgifter och yrkesroller och lade fram sitt förslag till grundläggande sjuksköterskeutbildning. I kommitténs andra delbetänkande (SOU 1964:46) presenterade en intervjuundersökning av avdelningssköterskans yrkesroll samt en undersökning av sjuksköterskornas yrkesaktivitet och rörlighet på arbetsmarknaden. Kommitténs sista betänkande (SOU 1966:73) handlade om den högre utbildningen och vidareutbildningen av sjuksköterskor.

denna punkt följde utredarna tidigare utredningskommittéer troget i spåren. Den svenska sjuksköterskans primära arbetsuppgifter fanns inom områdena vård, arbetsledning, utbildning och administration (a.a. sid. 65ff). Till skillnad mot tidigare utredningar uttrycktes dock sjuksköterskans verksamhetsområden och yrkesroller i termer av grundfunktioner snarare än i termer av specifika arbetsuppgifter. Valet att uttrycka sjuksköterskornas jurisdiktion i termer av grundfunktioner snarare än arbetsuppgifter avvek tydligt från den princip som användes av Treverks- och Thapper-utredningen där undersköterskors, sjukvårdsbiträdens och medicinskt-tekniska assistenters respektive verksamhetsområden definierades med utgångspunkt i noga specificerade arbetsuppgifter.

Till sjuksköterskans första grundfunktion hörde att själv eller under medverkan av underställd personal tillgodose patientens personliga behov av omvårdnad. I klartext betydde det att sjuksköterskan gjordes ansvarig för patientens grundläggande fysiska och psykiska behov. I sjuksköterskans omvårdnadsansvar skulle ingå att bedöma *vilka* omvårdnadsinsatser som skulle göras, *hur* dessa insatser skulle göras och av *vem*, samt *tillse* att insatserna blev korrekt utförda. I anslutning till den första grundfunktionen ställdes stora krav på sjuksköterskornas administrativa arbetsledande, undervisande förmåga (a.a. sid. 65f).

Sjuksköterskans andra grundfunktion handlade om att under medicinskt ansvarig läkare medverka i den medicinska behandlingen av patienten. Sjuksköterskan skulle biträda läkaren i dennes medicinska behandlingsarbete, på läkares ordination ge medicinsk behandling samt observera och rapportera till läkaren om patienternas tillstånd (a.a. sid. 65f).

Till sjuksköterskans tredje grundfunktion hörde att inför patienter, anhöriga och allmänhet medverka i hälsoupplysning och hälsovårdsarbete. Sjuksköterskan skulle tillsammans med läkaren informera patient och anhöriga om patientens sjukdom och behandling, och i anslutning till detta ge upplysningar och råd i förebyggande, botande och rehabiliterande syfte (a.a. sid. 65f).

Sett utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv var detta sätt att strukturera sjuksköterskornas jurisdiktion till klar fördel för kåren. Grundfunktionerna begränsade inte sjuksköterskornas jurisdiktionen på samma snäva sätt som en jurisdiktion baserad på konkret definierade arbetsuppgifter skulle göra. I jämförelse med en jurisdiktion baserad på konkreta arbetsuppgifter rymde en jurisdiktion baserad på grundfunktioner både flexibilitet och förändringspotential samtidigt som den gav kontroll över ett verksamhetsområde. Sjuk-

sköterskorna kunde göra anspråk på att få utföra och/eller kontrollera alla arbetsuppgifter som i vid bemärkelse kunde anses falla inom ramen för deras grundfunktioner.

Givet sjuksköterskornas grundläggande funktioner inom vården ansåg de sakkunniga att sjuksköterskeutbildningens medicinska, arbetsledande och administrativa kunskaper behövde stärkas. Sjuksköterskorna behövde mer av medicinska, arbetsledande och administrativa kunskaper för att på rätt sätt kunna uppfatta och fullfölja läkarnas intentioner samt leda den underordnade personalens arbete (a.a. sid. 67f). Till utbildningen fördes också en rad nya ämnen såsom klinisk fysiologi, klinisk kemi och sociologi (a.a. sid. 98).

Det ökade behovet av teoretisk kunskap fick konsekvenser för utformningen av sjuksköterskeutbildningens praktiska del. För att inte göra den grundläggande, legitimationsgrundade, delen av utbildningen alltför omfattande föreslogs en förkortning, effektivisering och rationalisering av den praktiska delen av utbildningen. Och som ett resultat av denna diskussion togs ånyo den tidigare sjuksköterskeutredningens förslag om att befria sjuksköterskeeleverna från plikten att delta i det dagliga arbetet på vårdavdelningarna upp. Återigen föreslogs en begränsning av sjukhusens användning av eleverna som arbetskraft. För att minska möjligheten att använda eleverna som arbetskraft skulle nationella kursplaner för den praktiska undervisningen inrättas (a.a. sid. 101-109). För den praktiska utbildningen skulle särskilt utbildade kliniklärare ansvara. Kliniklärarna skulle i samråd med avdelningssköterskan bära ansvaret för att samordna den teoretiska och praktiska utbildningen (a.a. sid. 146-151). För den medicinska undervisningen skulle som tidigare läkarna ansvara (a.a. sid. 99).

Den nya sjuksköterskeutbildningen delades upp i en grundläggande del och en påbyggnadsdel. Den grundläggande delen skulle omfatta fem terminer och leda fram till legitimation. Efter grundutbildningen skulle intresserade sjuksköterskor erbjudas möjlighet till fördjupning i en till två terminer inom något av områdena medicinsk- och kirurgisk sjukvård, intensivvård, anestesisjukvård, operationssjukvård, mentalsjukvård, barnsjukvård, öppen hälso- och sjukvård samt förlossnings- och mödravård (SOU 1966:73 sid. 162). Förslaget att dela upp utbildningen i två fristående delar var en kompromiss mellan två svårhanterliga och delvis motstridiga intressen; å ena sidan krävde den medicinska utvecklingen alltmer av medicinska specialistkunskaper från sjuksköterskorna, å andra sidan riskerade en alltför snäv medicinsk specialisering av sjuksköterskan att göra henna svåranvändbar utanför sitt specialområde (SOU 1962:4 sid. 41ff).

Inom kommittén ställde sig SSF mera positiva till en tidig och djupare medicinsk specialisering än Landstingsförbundet som hellre såg en bredare och mer generell sjuksköterskeutbildning (Ejvegård 1973:319f). En rimligt tolkning är att det från Landstingsförbundets sida handlade om att skapa flexibilitet i vårdorganisationen medan det för SSF handlade om att bibehålla och utöka sjuksköterskekårens utbildningsmässiga försprång visavi undersköterskor och medicinsk-tekniska assistenter.

För att öka tillströmningen till sjuksköterskeutbildningen föreslogs en rad rekryteringsbefrämjande åtgärder. En övergripande tanke var att göra sjuksköterskeutbildningen mera attraktiv genom att göra den mera lik andra yrkesutbildningar. De sista resterna av sjuksköterskeskolornas slutna och klosterlika karaktär skulle bringas att upphöra. Inträdesåldern till utbildningen skulle sänkas från 19 till 18 år och elever skulle kunna antas till utbildningen utan att behöva gå som provelev. Som motiv anförde kommittén att tiden som provelev tjänat ut sitt syfte som urvalsinstrument och att tanken på att gå som provelev kunde verka avskräckande på unga flickor (SOU 1964:45 sid. 73f, 81ff). För att förbättra sjuksköterskeelevernas utbildningsförmåner skulle naturaförmåner och internatboende ersättas av studiemedel och studentrum (a.a. sid. 172f).

För att ytterligare öka tillströmningen till sjuksköterskeutbildningen föreslog en avkortad tvåårig utbildning för elever med tidigare sjukvårdsutbildning (a.a. sid. 210).[17] Till den reguljära sjuksköterskeutbildningen skulle krävas examen från den nya gymnasieskolan alternativt slutbetyg från grundskolans teoretiska linjer, realexamen, normalskolekompetens eller examen från folkhögskola med normalkurser (a.a. sid. 209). Mot förslaget att införa en avkortad studiegång för sökande med tidigare vårdutbildning hade SSF inget att erinra. SSF:s representant delade övriga kommittéledamöters uppfattning om att personer med tidigare sjukvårdsutbildning skulle beredas möjlighet att utbilda sig till sjuksköterska. Från SSF:s sida menade man emellertid att kraven på dessa elevers skolunderbyggnad måste ställas lika högt som för övriga elever. Utan tillräckliga förkunskaper skulle det bli svårt att klara av den teoretiskt krävande utbildningen, vilket i sin tur skulle resultera i en ökad frekvens av studieavbrott och avhopp. En ökad frekvens av avhopp var inte bara olyckligt sett utifrån den enskilde studentens perspektiv utan också ett slöseri med värdefulla utbild-

[17] Den avkortade utbildningen skulle gälla för de elever som antingen genomgått landstingens mentalsjukvårdsutbildning eller yrkesskolornas utbildning till undersköterska i enlighet med de kursplaner som lades fram av den Thapperska utredningen.

ningsresurser (a.a. sid. 215f). På ett djupare plan torde emellertid SSF:s kritik även ha handlat om att skydda den egna yrkeskårens sociala anseende. Genom att släppa in personer med otillräckliga förkunskaper hotades sjuksköterskornas professionella anseende. Sett i detta perspektiv framstår SFF:s handlande snarare ses som en exklusionsstrategi än som en altruistisk handling i syfte att spara utbildningsresurser och personligt lidande.

För att skapa ett nationellt och enhetligt finansieringssystem för sjuksköterskeutbildningen föreslog de sakkunniga att all sjuksköterskeutbildning skulle ställas under landstingskommunalt huvudmannaskap och bli till en del av de landstingskommunala yrkesskolorna. Kommitténs ståndpunkt kan ses som ett tecken på att de privata sjuksköterskeskolorna ansågs ha spelat ut sin utbildningspolitiska roll. De var för små, resurssvaga och alltför specialiserade för att passa in i statens nya vårdutbildningspolitiska tanke. De privata sjuksköterskeskolorna passade dåligt in i ett utbildningssystem där olika vårdutbildningar organisatoriskt och kunskapsmässigt skulle bygga på varandra och samordnas. Att låta landstingen stå som huvudmän för utbildningen banade väg för ett effektivt resursutnyttjande av knappa resurser såsom undervisningslokaler, undervisningsmaterial, lärar- och handledarresurser (a.a. sid. 160-166). Liksom all annan yrkesutbildning föreslogs sjuksköterskeutbildningen ställas under Skolöverstyrelsens tillsyn. Då Skolöverstyrelsen saknade medicinsk sakkunskap ansåg kommittén emellertid att Skolöverstyrelsen tillsynsverksamhet borde ske i nära samarbete med Medicinalstyrelsen (a.a. sid. 151-160).

Ett starkt stöd för den nya sjuksköterskeutbildningen – utredningens förslag på remiss

De flesta tunga remissinstanser som Medicinalstyrelsen, Skolöverstyrelsen, Universitetskanslerämbetet, Landstingsförbundet, Kommunförbundet och SSF ställde sig bakom huvuddragen i kommitténs betänkande. Förslaget till ny huvudman, tillsynsmyndighet och utbildningsgång ansågs vara väl avvägt i förhållande till sjukvårdens framtida behov. Kommittén fick beröm för sitt sätt att klargöra sjuksköterskans verksamhetsområde och olika yrkesroller. De sakkunniga hade också på ett bra sätt lyckats omsätta sjuksköterskans funktioner och yrkesroller till konkreta utbildningsmål. Kommittén fick även beröm för förslagen till rekryteringsbefrämjande åtgärder. Exempelvis så mötte förslaget om att avskaffa tiden som provelev inte något motstånd då de flesta var eniga med kommittén om att tiden som provelev inte längre fyllde något syfte som urvalsinstrument. Flera remissinstanser varnade dock för att de formella förkunskapskraven var alltför högt satta. Bristen på sjuksköterskor gjorde det viktigare

med ett brett rekryteringsunderlag framför höga förkunskapskrav. Den stora bristen på sjuksköterskor fick även flertalet remissinstanser att ställa sig bakom förslaget om en avkortad sjuksköterskeutbildning för sjukvårdspersonal med tidigare vårdutbildning (Prop. 1965:161). Det starka stödet för rekryteringsbefrämjande åtgärder och oron för ökande förkunskapskrav kan ses som ett tecken på att de flesta remissinstanser var väl medvetna om den potentiella motsättning som förelåg mellan en generell och expansiv sjukvårdspolitik och sjuksköterskornas professionella strävanden. Och ställda i valet mellan sjukvårdspolitiska ambitioner och sjuksköterskornas professionella strävanden gavs prioritet åt de sjukvårdspolitiska målen.

Från Landstingsförbundets sida var man särskilt nöjd med utredarnas förslag. Förslagen låg väl i linje med förbundets utbildningspolitiska ambition att skapa en utbildningsmässigt och organisatoriskt samlad vårdyrkesutbildningsstruktur (Sveriges landstings tidskrift 1964:227-245; 1964:251-255; Ejvegård 1973:320f). I stort sett hade Landstingsförbundet bara tre invändningar mot utredarnas förslag. För det första menade man att kommittén borde ha tagit initiativ till och utarbetat ett konkret förslag till en sammanhållen och gemensam grundutbildning för alla vårdyrken. För det andra ansåg man att de av kommittén föreslagna statsbidragsnivåerna var för lågt satta i förhållande till landstingens kostnader för sjuksköterskeutbildningen (Sveriges landstings tidskrift 1965 nr 2:34-36). För det tredje så hade man helst sett att den avkortade sjuksköterskeutbildningen gjorts än kortare (Prop. 1965:161 sid. 82). Från vissa av landets större sjukhus hördes dock kritiska röster mot att avskaffa ”lärlingssystemet” och förbjuda sjukhusen att använda eleverna som arbetskraft. Att ersätta elevernas arbete ansågs vara både kostnads- och personalkrävande och hotade i förlängningen att förvärra personalbristen vid sjukhusen (a.a. sid. 81).

Även SSF ställde sig i grunden positiva till kommitténs förslag (Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor 1965:55-62). Kommitténs arbete var ett viktigt bidrag för att synliggöra sjuksköterskans betydelsefulla roll inom vården och öka intresset för sjuksköterskeyrket. Man ansåg dock att sjuksköterskans centrala grundfunktioner – arbetsledning, administration och undervisning – kunde behandlats än utförligare i betänkandet, vilket kan tolkas som att man från föreningens sida fortfarande såg gränsen mellan den egna jurisdiktionen och undersköterskor och medicinsk-tekniska assistenter som oklar. Man var däremot tacksam för att undervisningen i dessa ämnen givits en mer framträdande plats i den nya kursplanen. Ur kompetenssynpunkt hade det också varit önskvärt om utbildningen förlängts till sex terminer istället för fem. Med ytterligare en ter-

min hade ämnen som obstetrik, mödra- och barnavård samt gynekologisk sjukvård kunnat ges en fastare teoretiskt bas. Att man från SSF:s sida pekade ut dessa ämnen som utbildningsmässigt angelägna hängde troligtvis samman med att sjuksköterskekåren inte ville tappa professionell mark till barnmorskorna som hade bättre utbildning inom dessa områden.

Kring uppdelningen av utbildningen i en grund- och vidareutbildning hade föreningen inga invändningar. En tudelad utbildning låg i linje med hur utbildningen kommit att organiseras i många andra länder. En tudelad utbildning var också motiverat utifrån den allt snabbare medicinska och tekniska utvecklingen inom vården. En smalare och mer specialiserad grundutbildning riskerade att bli omodern och ställa den enskilda sjuksköterska inför omskolningsproblem. Kanske fanns det också hos SSF en medvetenhet om att en alltför medicinskt och tekniskt specialiserad sjuksköterskekår skulle få svårt att upprätthålla en jurisdiktion som baserade sig på och uttrycktes i termer av generella grundfunktioner.

I hopp om att öka rekryteringen till utbildningen gick föreningen med på avskaffa lärlingssystemet och bruket av naturaförmåner. Från föreningens sida såg man det som principiellt viktigt steg att se till att eleverna under utbildningstiden var ekonomiskt och socialt oberoende av såväl sjuksköterskeskolor som sjukvårdshuvudmän. Det gamla lärlingssystemet försvårade också en samordning och effektivisering av de praktiska inslagen i utbildningen. Lärlingssystemet ansågs vara orsaken till att många elever missat centrala övningsmoment i utbildningen. Att avskaffa lärlingsutbildningen kan också ses som ett försök från SSF:s sida att akademisera den egna utbildningen. Att frikoppla utbildningens praktiska inslag från det löpande sjukvårdsarbetet kan ses som en strategi från SSF:s sida att visa omvärlden att också utbildningens praktiska moment vilade på vetenskaplig grund.

Trots det ökade behovet av sjuksköterskor var SSF noga med att framhäva behovet av gedigna förkunskaper hos de sökande till sjuksköterskeutbildningen. Det var därför med stor tvekan som föreningen tillstyrkte de sakkunnigas förslag om avkortad studieplan för sjukvårdspersonal med tidigare vårdutbildning. Kanske av rädsla för att förlora fler arbetsuppgifter till näraliggande yrkesgrupper gick man dock med på att under en övergångsperiod pröva en sådan konstruktion i syfte att lindra bristen på sjuksköterskor. Även kommitténs förslag om att omforma sjuksköterskeutbildningen i riktning mot en mer traditionell yrkesutbildning stöddes av SSF.

Tvärtemot vad man kunde tänkas ha förväntat sig ställde SSF upp bakom förslaget att ställa sjuksköterskeutbildningen under landstingskommunalt huvudmannaskap. Den enda invändning man hade var att de privata sjuksköterskeskolorna även efter landstingens övertagande skulle få bibehålla sin särart. Och under förutsättning att Skolöverstyrelsens tillsynsansvar skedde i nära samarbete med Medicinalstyrelsen var man också villig att ge den delen av utredarnas förslag sitt stöd. SSF föreslog att Medicinalstyrelsen skulle göras huvudansvariga för utformningen av kursplanerna medan Skolöverstyrelsen skulle bära huvudansvaret för tillsynen av utbildningen. Eftersom ett delat myndighetsansvar innebar en risk för att sjuksköterskorna band till Medicinalstyrelsen skulle minska i betydelse underströk SSF att Skolöverstyrelsens inblandning inte fick leda till ett minskat inflytande för SSF. Av denna anledning föreslog man att det till Skolöverstyrelsens och Medicinalstyrelsens tillsyns- och läroplansansvar skulle knytas lärarutbildade sjuksköterskor. Man föreslog även organiserade former för samverkan mellan Skolöverstyrelsen, Medicinalstyrelsen, SSF och sjukvårdens huvudmän i utbildnings- och tillsynsfrågor. Dessutom borde staten, i syfte att kontinuerligt förbättra och utveckla sjuksköterskeutbildningen, behålla huvudmannaskapet för åtminstone en sjuksköterskeskola. Man ansåg också att rektorerna för de nya sjuksköterskeskolorna borde vara sjuksköterskor. Utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv kan SSF:s strävan ses som ett försökt att finna ersättningar för de organisatoriska resurser som kåren stod i färd med att förlora – kontrollen över de privata sjuksköterskeskolorna och banden till Medicinalstyrelsen – genom att föreslå nya organisatoriska band på nationell, landstingskommunal och myndighetsnivå som skulle kunna garantera sjuksköterskorna inflytande över utbildnings- och tillsynsfrågor.

En ny sjuksköterskeutbildning får sin utformning – regeringens proposition

Efter ett omfattande utrednings- och remissarbete presenterade regeringen sin proposition. I propositionen ställde sig regeringen med ecklesiastikminister Ragnar Edenman som ansvarigt statsråd bakom utredarnas förslag[18]. Förslaget till läroplan motsvarade i ecklesiastikministerns ögon de krav som man kunde ställa på en modern sjuksköterskeutbildning (Prop. 1965:161 sid. 90). I en situation där vårdens kvalitet och effektivitet hängde på en rationell arbetsorganisation och olika yrkesgruppers förmåga till samverkan var det nödvändigt att

[18] Under utredningsarbetets gång flyttades ansvaret för utredningen över från inrikes- till ecklesiastikdepartementet.

på ett tydligare sätt än tidigare precisera skilda personalgruppers funktions- och ansvarsområde (a.a. sid. 88).

För att öka rekryteringsunderlaget ansåg Edenman att samtliga elever från grundskolans årskurs 9 skulle vara behöriga att söka sjuksköterskeutbildningen. Bristen på sjuksköterskor var besvärande och alltför höga förkunskapskrav hotade att förvärra bristen. I denna fråga anslöt sig ecklesiastikministern till de remissinstanser som var villiga att prioritera utbyggnaden av en generell och expansiv sjukvårdspolitik på bekostnad av sjuksköterskornas professionella strävanden. För att ytterligare stärka sjuksköterskeutbildningens attraktionskraft skulle den nya utbildningen ges en fast terminsindelning, mellanliggande lov och studiemedel istället för naturaförmåner. Dessutom skulle tiden som provelev avskaffas och sjuksköterskeeleverna skulle inte längre få användas som arbetskraft i utbildningen (a.a. sid. 89f). Förslaget från ministern kan ses som ett tecken på att de sista resterna av den gamla sjuksköterskeutbildningens matriarkala struktur skulle brytas och det kvardröjande inslaget av lärlingsutbildning avskaffas. Den nya sjuksköterskeutbildningen skulle i alla avseenden omvandlas till en bred, sekulariserad och modern vårdutbildning.

För att snabbt avhjälpa bristen på sjuksköterskor ansåg Edenman, i enlighet med kommitténs förslag, att det borde inrättas en avkortad utbildning för vårdpersonal med tidigare sjukvårdsutbildning (a.a. sid. 90). Bristen på sjuksköterskor till trots handlade det emellertid inte om införa någon slags bristutbildning. Den avkortade utbildningen var inte ämnad att vara en temporär lösning på en akut sjuksköterskebrist. Snarare kan den ses som ett uttryck för statens nya sjukvårdsutbildningspolitiska ambition att undvika utbildningsmässiga stopp och återvändsgränder. Utbildningsmässigt skulle vårdens utbildningar bygga på varandra, organisatoriskt skulle de vara samordnade.

I överensstämmelse med statens nya sjukvårdsutbildningsspolitiska linje ansåg Edenman att landets sjuksköterskeutbildningar på sikt skulle ställas under landstingskommunalt huvudmannaansvar. Undantag gjordes för de statliga sjuksköterskeskolorna som redan nu skulle föras över till landstingskommunalt huvudmannaskap (a.a. sid. 92f). Vidare skulle tillsynen av sjuksköterskeutbildningen från och med den 1 januari 1966 flyttas över från Medicinalstyrelsen till Skolöverstyrelsen (a.a. sid. 91).

I allt väsentligt beslutade riksdagen i överensstämmelse med propositionen. Och med början 1966 lades sjuksköterskeutbildningen successivt om i enlighet

ecklesiastikministerns förslag och de av Skolöverstyrelsen utarbetade kursplanerna (Skolöverstyrelsen 1978:5). Frågan om kommunaliseringen av de privata sjuksköterskeskolorna visade sig emellertid vara ett svårare problem att lösa. 1968 träffade staten en överenskommelse med Landstingsförbundet och Stadsförbundet om att lägga de privata sjuksköterskeskolorna under landstingskommunalt huvudmannaskap. Mot detta protesterade de privata sjuksköterskeskolorna högljutt. Successivt, och under stort motstånd, kom dock samtliga privata sjuksköterskeskolor – undantaget Sophiahemmet, Ersta och Röda Korsets sjuksköterskeskola – att läggas under landstingskommunalt huvudmannaskap (Pernow 1995:101).

Konsekvenser för sjuksköterskornas jurisdiktion

Den snabba medicinska utvecklingen i kombination med en expansiv sjukvårdspolitik och långtgående rationaliseringssträvanden resulterade i ett ökat behov av sjuksköterskor, undersköterskor, medicinsk-tekniska assistenter och sjukvårdsbiträden. Från statens och landstingens sida ökade intresset för att ta ett fastare grepp kring frågor som rörde vårdpersonalens utbildning, arbetsuppgifter och ansvarsområden. Redan tidigt i utredningsarbetet stod det dock klart att ett fastare grepp kring dessa frågor krävde en översyn och samordning av vårdutbildningarnas splittrade organisatoriska struktur. Utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv kan man säga att den generella välfärdsstatens expansion skapade ett behov av effektiv resursallokering som tog sig uttryck i krav på organisatorisk renodling, arbetsfördelning och ansvar. I syfte att skapa en gemensam utbildningsmässig och organisatorisk bas för utbildning av sjuksköterskor, undersköterskor, medicinsk-tekniska assistenter och sjukvårdsbiträden kom sjuksköterskeutbildningen att läggas under landstingskommunalt huvudmannaskap. Den nya utbildningspolitiken stärkte landstingens organisatoriska resurser och sjukvårdspolitiska position. Till landstingens tidigare ansvar att producera vårdtjänster till landets medborgare fogades nu ett ansvaret och kontrollen över landets sjukvårdsutbildningar.

Utvecklingen under 1960-talet kom att få återverkningar på sjuksköterskornas organisatoriska resurser och jurisdiktion. Inte minst statens beslut att kommunalisera de privata sjuksköterskeskolorna och lägga dem under landstingskommunalt huvudmannaskap kom att innebära en viktig organisatorisk förlust för sjuksköterskekåren. Den organisatoriskt viktiga resurs som de privata sjuksköterskeskolornas utbildningsresurser utgjort höll på att glida sjuksköterskekåren ur händerna. Landstingens samlade utbildnings- och verksamhetsansvar

försvagade sjuksköterskekårens förhandlingsposition i utbildningsfrågor gentemot staten. Man kan uttrycka det som att sjuksköterskekåren förlorade något av statens öra till förmån för landstingen. Genom landstingens huvudmannaskap minskade sjuksköterskekårens inflytande *i* och *över* den egna utbildningen. Under 1960-talet kom SSF att överklaga många rektorstillsättningar där manliga ”yrkesrektorer” utan tidigare vårderfarenhet förordades framför välmeriterade sjuksköterskor (Rabo 1985:75). Men förutom att tillsättandet av manliga rektorer innebar en förlust av autonomi och prestige kom det också att organisatoriskt försvaga sjuksköterskekåren. Genom att tillsätta manliga rektorer för vårdskolorna kom det nära organisatoriska band som funnits mellan SSF och sjuksköterskeskolornas ledning att brytas. I samband med att tillsynsansvaret för utbildningen flyttades från Medicinalstyrelsen till Skolöverstyrelsen kom sjuksköterskekåren även att gå miste om en annan historiskt sett viktig organisatorisk resurs. Någon motsvarighet till den sjuksköterskeinspektris som sedan början av 1920-talet funnits vid Medicinalstyrelsen kom inte att inrättas vid Skolöverstyrelsen.

Från SSF:s sida tycks man emellertid inte ha varit alltför bekymrad över kommunaliseringen av sjuksköterskeutbildningen och de privata sjuksköterskeskolornas öde. Snarare välkomnade man förslagen till reformering av sjuksköterskeutbildningen. Ett sätt att tolka SSF:s hållning är att se den som ett tecken på ökad professionell och facklig medvetenhet. För att få sjuksköterskeyrket att framstå som en modern profession stödde SSF tankarna på att tona ned utbildningens karaktär av lärlingsutbildning samtidigt som man ställde sig positiva till att ge utbildningen en bredare teoretisk förankring. Man bejakade en utbildning där eleverna stod fria från ekonomiska och sociala bindningar till sjukvårdshuvudmän och skolor. Det sistnämnda kan även ses som ett tecken på ökad facklig medvetenhet från SSF:s sida; genom att skapa en sjuksköterska fri från lojalitetsband till arbetsgivare och moderhus lade man grunden till fackligt medveten sjuksköterskekår. För SSF representerade de privata sjuksköterskeskolorna en gammal struktur. Man var tacksam för deras historiska insats för sjuksköterskeväsendets utveckling. Men nu bad man dem stiga åt sidan. SSF tog nu över sjuksköterskornas fackliga och professionella kamp.

Utbildningsmässigt innebar kopplingen till de landstingskommunala yrkesskolorna att sjuksköterskorna fick svårt att upprätthålla utbildningens sociala status gentemot andra vårdutbildningar. Närheten till de landstingskommunala yrkesskolorna försvårade användandet av de sociala och kulturella markörer som sjuksköterskorna traditionellt använt sig av för att markera sin exklusiva

ställning inom vården. De privata sjuksköterskeskolornas inflytande över utbildningen bröts samtidigt som rekryteringen till den nya utbildningen kom att ske på bredast möjliga bas. I takt med att de privata sjuksköterskeskolorna tappade i inflytande förlorade sjuksköterskekåren möjligheter att exkludera icke önskvärda elever. Den nya sjuksköterskeutbildningen kom bara att bli en i raden av vårdutbildningar i landstingens regi.

Verksamhetsmässigt innebar dock konsolideringen av rondsystemet ett förtydligande av sjuksköterskornas yrkesroller och verksamhetsområden. Förtydligandet av sjuksköterskornas jurisdiktion kom att ske från två håll: Thapper- och Treverskutredningen detaljstuderade undersköterskors och medicinsk-tekniska assistenters arbetsuppgifter och gavs dem en hierarkisk och verksamhetsmässig avgränsning i förhållande till sjuksköterskornas jurisdiktion, medan 1962 års sjuksköterskekommitté uttryckte sjuksköterskornas jurisdiktion i termer av grundfunktioner vilket lade grunden till en verksamhetsmässig flexibel jurisdiktion och en jurisdiktion som tillät en hierarkisk underordning av sjukvårdsbiträden, undersköterskor och medicinsk-tekniska assistenter. Samtidigt uttryckte sjuksköterskornas grundfunktioner en tydlig underordning i förhållande till läkarkåren.

5. *Hemvårdarinnor*

I det här kapitlet är det hemvårdarinnornas uppkomst och fall som står i centrum. Hemvårdarinnorna kan ses ett av den tidiga välfärdsstatens första initiativ att aktivt skapa en välfärdsstatlig yrkeskår utanför hälso- och sjukvårdens område. Syftet med kapitlet är att studera hur hemvårdarinnekåren växte fram, utvecklades och upplöstes i spänningensfältet mellan statens familje- och äldrepolitiska intressen. I kapitlet fokuserar jag på de möjligheter och begränsningar som statens familje- och äldrepolitiska ambitioner utgjorde för hemvårdarinnornas professionella utveckling. I kapitlet ska jag belysa följande frågor:

- Hur såg den stat som hemvårdarinnorna först kom att möta ut? Vilka resurser för välfärdspolitisk intervention hade staten? Och hur förändrades staten och statens handlingskapacitet under den period som studeras?
- Vilket eller vilka välfärdspolitiska problem var hemvårdarinnorna tänkt att vara en lösning på under den aktuella tidsperioden?
- Vilket utrymme för professionalisering av hemvårdarinnorna skapade statens familje- och äldrepolitik? Och vilka aktörer förutom staten och hemvårdarinnorna deltog i utformningen av hemvårdarinnornas välfärdspolitiska roll och jurisdiktion under den period som studeras?

Hemvårdarinnornas uppgift var att avlasta alternativt ersätta husmor i familjen i samband med sjukdom, barnafödande eller liknande omständigheter. Verksamhetens rötter fanns i den verksamhet som Röda Korset och andra frivilligorganisationer sedan början av 1920-talet bedrivit i de större städerna. Från och med 1944 kom statsbidrag att utgå för verksamheten och till utbildningen av hemvårdarinnor. Samtidigt ställdes denna verksamhet och utbildning under Socialstyrelsens tillsyn. I kommuner och landsting inrättades särskilda hemhjälpsnämnder och hemhjälpsstyrelser för att leda och administrera verksamheten.

Hemvårdarinnornas glansperiod blev dock kort. Något förenklat kan man säga att hemvårdarinnornas storhetstid sammanföll med den period för vilken

kommunerna uppbar statsbidrag för verksamheten. År 1960 utgick för sista gången statsbidrag för verksamheten. Avskaffandet av statsbidragen för den sociala hemhjälpen minskade dramatiskt kommunernas intresse för hemvårdarinnor. Resultatet blev en snabb erodering av hemvårdarinnornas jurisdiktion. Studien av den statligt understödda hemvårdarinneverksamheten illustrerar därför på ett tydligt sätt avhandlingens övergripande tema: genom välfärdspolitiken skapas och omskapas välfärdsstatliga yrkesgruppers professionella villkor.

Med fokus på barnfamiljerna – den sociala hemhjälpens framväxt

I början av 1930-talet började man från politisk håll uppfatta en rad nya samhällsproblem. Nativiteten i landet var i kraftigt dalande samtidigt som allt fler av landets unga kvinnor visade ett ointresse för att utbilda sig och ta anställning i husligt arbete. Båda dessa problem var särskilt påtagliga på landsbygden (Lövgren 1993:17). Det talades allmänt om en ”befolkningskris” och ”kvinnors flykt från landsbygden”. Fram till början av 1920-talet hade befolkningstillväxten varit tillräcklig för att kompensera utflyttningen från landsbygden men i takt med den vikande nativiteten kom landsbygdens avfolkning att uppfattas som ett allt större samhällsproblem. Med de vikande födelsetalen ökade andelen äldre i befolkningen snabbt. I befolkningskrisens förlängningen hotade därför också försörjningen av de äldre att bli ett allt svårare samhällsproblem. Särskilt försörjningen av de äldre hörde till socialminister Möllers största befolkningsmässiga farhågor (Hatje 1974:32). Den mellankrigstida befolkningskrisen kom emellertid att domineras av familjepolitiska frågor. Det skulle komma att dröja ytterligare ett decennium innan det välfärdspolitiska intresset för de äldres behov av vård, omsorg och försörjning på allvar vaknade.

Genombrottet för politiseringen av befolkningsfrågan kom på hösten 1934 då makarna Myrdal presenterade sin bok *Kris i befolkningsfrågan*. I boken propagerade man för en aktiv statlig befolkningspolitik (Myrdal, A & Myrdal, G 1934). Den livliga debatt som makarna Myrdals bok utlöste kom att omfatta snart sagt alla kretsar i samhället. De flesta tycktes också vara eniga om att ett stort ansvar för befolkningsfrågorna vilade på staten. Befolkningskrisen satte genast spår i motionsfloden till 1935 års riksdag och en kommission med uppgift att utreda befolkningsfrågorna tillsattes (Höjer, K.J 1952:205ff). I sina betänkanden drog kommissionen upp riktlinjerna för en ny och aktiv social- och familjepolitik. Den nya politiken skulle ges en profylaktisk och förebyggande, karaktär (a.a. sid. . 211).

Genom befolkningskrisen uppmärksammades sambandet mellan befolkningspolitik och socialpolitik, eller annorlunda uttryckt: konflikten mellan kvinnan som barnaföderska och arbetskraft, och mellan hemarbete och förvärvsarbete (Lövgren 1993:17). I olika betänkanden riktades uppmärksamheten mot hemarbetande och förvärvsarbetande mödrars svårigheter och man presenterade en

rad välfärdspolitiska åtgärder – t ex. förebyggande mödra- och barnavård, förbättrad förlossningsvård, dagvård för barnen, bosättningslån, ekonomiskt stöd för barnaföderskor – i syfte att underlätta kvinnors dubbla samhällsroller (Höjer, K.J 1952:212). Flera av förslagen pekade i en riktning mot vad som skulle kunna beskrivas som grunden till en social servicestat.

Bland floran av förslag ingick även ett förslag om en statsunderstödd social hemhjälp (SOU 1938:57 sid. 134). Sedan 1920-talet hade en rad organisationer, däribland Uppsala Hemsysterskola, Sveriges Husmodersföreningars Riksförbund, Röda Korset, Vita Bandet, Fredrika Bremer förbundet, Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund, Svenska Landsbygdens kvinnoförbund, Kooperativa kvinnogillesförbundet m fl., engagerat sig för att erbjuda barnfamiljer, äldre och handikappade hjälp i hemmen. I vissa fall hade verksamheten bedrivits med stöd av kommuner och landsting (Hatje 1974:73f). Hjälpen från dessa organisationer var emellertid ur flera synpunkter otillräcklig. Många av de inblandade organisationerna saknade organisatoriska förutsättningar och ekonomiska resurser att utöka sin verksamhet. Basen i den sociala hemhjälpsverksamheten utgjordes i de flesta fall av oavlönade eller näst intill oavlönade kvinnor. Deras många gånger lokala förankring i kombination med en ekonomi baserad på donationer och bidrag gjorde det svårt för dem att geografiskt sprida och expandera sin aktivitet över landet. Av dessa anledningar hade den av ideella organisationer bedrivna hemhjälpsverksamheten svårt att utvecklas på landsbygden. Av landets 2400 landskommuner kunde endast 10 till 15 procent erbjuda sina invånare någon form av social hemhjälp. Motsvarande andel bland stadskommunerna var ca 80 procent (Prop. 1943:332 sid. 3.).

Bristen på huslig arbetskraft sattes i allmänhet i samband med nativitetsminskningen. Hembiträden och pigor gick inte längre att rekrytera i samma omfattning som tidigare. Särskilt påtagligt upplevdes bristen på huslig arbetskraft på landsbygden och bland de högre samhällsskikt som högerpartiet representerade. I en rad motioner under 1930-talet krävde högerpartiet, och i viss mån även folkpartiet och bondeförbundet, krav på ökad och bättre utbildning för kvinnor i hemvård, barnavård och andra husliga arbeten. Genomgående fick bristen på hembiträden motivera kraven på ökad hemutbildning för kvinnor. Kravet på kvinnors utbildning i hemarbete syftade inte enbart till att göra kvinnorna mera lämpade att ta anställning som pigor och hembiträden utan syftade även till att göra det lättare för dem att förena yrkesarbete med hemarbete (Hatje 1974:74f).

I ett försök att öka utbudet av huslig arbetskraft och minska konkurrensen om hembiträden tog högerpartiet i en riksdagsmotion 1939 upp frågan om ett statligt stöd till utbildningen av hemsystrar. Till skillnad mot befolkningskommissionen ville man emellertid inte ha något statsbidrag till själva hemhjälpsverksamheten, då detta skulle kunna leda till en oönskad standardisering av verksamheten, och i förlängningen utgöra ett hot mot det kommunala självbestämmandet (Motion i FK 1939:84; AK 1939:139). Högerns intresse för att understödja den sociala hemhjälpsverksamheten hade även befolkningspolitiska övertoner; en välutvecklad hemhjälpsverksamhet låg väl i linje med partiets befolkningspolitiska syn på familjen som samhällets grundbult (Hatje 1974:74).

Motionen sändes på remiss till Överstyrelsen för Svenska Röda Korset, Fritidsutredningen och Sveriges husmodersföreningars riksförbund. Samtliga tillfrågade tillstyrkte motionärernas förslag (SOU 1943:15 sid. 11f). Utredningen lät dock vänta på sig. Såväl befolkningskommissionens som högerpartiets förslag om att med statens hjälp stödja den sociala hemhjälpen kunde knappast lagts vid en olämpligare tidpunkt. Den första september 1939 bröt andra världskriget ut och i välfärdspolitiskt avseende fick man koncentrera sig på att bibehålla redan uppnådde resultat (Hatje 1974:47).

Den sociala hemhjälpen under utredning

Frågan om statens stöd till den sociala hemhjälpsverksamheten kom att dröja fram till 1941 då regeringen ånyo valde att tillsätta en befolkningspolitisk utredning.[19] Det konkreta utredningsarbetet av den sociala hemhjälpen kom dock att utföras av en särskilt tillkallad expertgrupp. Utredningen som denna expertgrupp lät göra kom att få en helt avgörande betydelse för den sociala hemhjälpens utformning och för framväxten av en ny kvinnodominerad välfärdsstatlig yrkesgrupp – hemvårdarinnorna. För att ge en bild av hur man via det statliga utredningsväsendet kom att formulera ett nytt välfärdspolitiskt åtagande samt dra upp riktlinjerna för en ny yrkesgrupps jurisdiktion ska jag i det som följer presentera tankegångarna och de bärande idéerna i betänkandet *Utredning och förslag angående statsbidrag till social hemhjälpsverksamhet* (SOU 1943:15)

[19] Som sakkunniga till 1941 års befolkningsutredning tillkallades ledamoten av andra kammaren, tillika statssekreterare Tage Erlander, docenten och överläkaren vid Sachsska barnsjukhuset Curt Gyllenswärd, kanslichefen vid Socialstyrelsen Alf Johansson samt professorn i statistik vid Stockholms universitet Sten Wahlund. Till ordförande utsågs Tage Erlander och till sekreterare förordnades hovrättsassessor Sven Romanus.

Att man från statsmaktens sida uppfattade frågan om hjälp och stöd i hemmen som en i första hand kvinnopolitisk välfärdsfråga fråga behöver man inte gå längre än till valet av sakkunniga för att utröna. I delegationen för hem och familjefrågor ingick enbart kvinnor, representerande kvinnliga organisationer.[20] Centralnämnden för Sveriges hemsysterskolor och landets lilla kår av hemvårdarinnor kom dock att ställas utanför utredningen. Kommitténs sammansättning, med tyngdpunkten på organisationer med politiska och sociala intressen, kan tyda på att man från statens sida ville undvika att blanda in professionella intressen i utredningen. En annan tänkbar förklaring är att de organisations- och resursmässigtmässigt var för små och betydelselösa för att erbjudas plats i utredningen. Härmed, och till skillnad mot den situation som sjuksköterskorna hade befunnits sig i 1911, kom landets lilla kår av hemvårdarinnor och hemsysterskolor att stå utan direkt inflytande över den utredning som var satt att dra upp riktlinjerna för hemvårdarinnornas framtida utbildning och verksamhetsområde. Centralnämnden för Sveriges hemsysterskolor kom dock att få ett indirekt inflytande genom att man kallades till de konferenser och överläggningar som kommittén höll under utredningsarbetet gång. Till dessa konferenser och överläggningar kallades även representanter för distriktssköterskekåren, Sociala hemhjälpsbyrån i Stockholm, Svenska landstingsförbundet, Socialstyrelsen, Medicinalstyrelsen, Skolöverstyrelsen och Statens arbetsmarknadskommission (a.a. sid. 5ff).

Mellan socialvård och sjukvård - den sociala hemhjälpens välfärdspolitiska betydelse

Den 10 mars 1943 presenterade kommittén sitt betänkande *Utredning och förslag angående statsbidrag till social hemhjälpsverksamhet*. Betänkandet präglades av en odelad positiv inställning till den sociala hemhjälpen och dess välfärdspolitiska betydelse. I betänkandet tog de sakkunniga ett brett grepp om den sociala hemhjälpsverksamheten. Förutom rena utbildnings-, finansierings- och organisationsfrågor tog sig kommittén an uppgiften att avgränsa, integrera och koordinera den sociala hemhjälpen med andra former av välfärdspolitiska åtaganden. Uttryckt i organisations- och professionsteoretiska termer kan man

[20] Här fanns ordföranden för Svenska landsbygdens kvinnoförbund Karin Collin; Signe Höjer och Annie Wallentheim från Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund; fröken Ingrid Osvald statens inspektris för lanthushållningsskolorna; fil dr Hanna Rydh Munck af Rosenschöld, ordförande för Fredrika-Bremer-förbundet, medlem i Sveriges husmodersföreningars riksförbund och Folkpartiets kvinnoförbund, Gertrud Wiklund från Sveriges husmodersföreningars riksförbund och Folkpartiets kvinnoförbund; samt fil lic. Brita Åkerman Johansson som varit anställd inom Fredrika-Bremer-förbundet (Hatje 1974:67).

säga att kommittén drog upp den sociala hemhjälpsverksamhetens och hemvårdarinnornas jurisdiktion gentemot statens övriga välfärdspolitiska åtaganden och yrkesgrupper.

Till skillnad mot den på frivillig grund organiserade hemhjälpsverksamheten som stod öppen för en bred kategori av hjälpbehov – äldre, handikappade och sjuka – var befolkningsutredningens uppfattning att en statligt understödd hemhjälpsverksamhet skulle inriktas mot barnfamiljernas behov av hemhjälp. Bakom uttalandena fanns tydliga familjepolitiska motiv; omvårdnaden om barnen och hemmets skötsel skulle inte få äventyras pga. husmors sjukdom, graviditet eller överansträngning. Men man använde sig även av effektivitetsargument. En utbyggd hemhjälpsverksamhet skulle minska risken för att husmor i familjen hamnade på sjukhusen. Härmed skulle dyr sjukhusvård delvis kunna ersättas med billigare hemhjälp. Den sociala hemhjälpen skulle underlätta och möjliggöra husmoderns konvalescens i hemmet. Ett statligt engagemang förväntades också ha en gynnsam effekt på rekryteringen av personal. Med statens hjälp skulle en kår av utbildade hemvårdarinnor byggas upp.

Som välfärdspolitisk idé betraktad byggde den sociala hemhjälpen på en tydligt könspräglad arbetsdelning, med kvinnan i hemmet och mannen i arbetslivet. Omsatt i arbetsuppgifter betydde det att hemvårdarinnan förväntades klara av alla förekommande hushållssysslor samt enklare vårduppgifter. De sakkunniga såg den sociala hemhjälpen som en ny gren av statens välfärdspolitiska åtaganden och som ett viktigt komplement till socialvårdens och sjukvårdens traditionella insatser. Den sociala hemhjälpen fyllde ett välfärdspolitisk tomrum genom att erbjuda hembaserad hjälp i situationer där hushållens normala funktioner hotades att sättas ur spel. Dessutom var den sociala hemhjälpen både mer human och samhällsekonomisk än andra former av samhällsstöd. En effektiv hemhjälp skulle göra det möjligt för en sjuk eller överansträngd husmoder att återvinna sina krafter utan att behöva lämna hemmet eller barnen (a.a. sid. 49). Att denna politik samtidigt konsoliderade mäns och kvinnors samhälleliga roller var ingenting som oroade utredarna, tvärtom betonades kvinnans betydelse för hemmet och familjen.

> Humanitära skäl tala för att familjer, som plötsligt berövats husmoderns arbetskraft, bispringas med tillfällig arbetshjälp på sådant sätt, att hemmet kan övervinna krisen utan alltför stora svårigheter och utan onödig splittring av familjeenheten (a.a. sid. 49).

I jämförelse med institutionsbaserade vårdformer som vård på sjukhus och konvalescenthem var den sociala hemhjälpen dessutom en relativt sett billig verksamhet. Att skapa förutsättningar för god vård i hemmet sågs därför som samhällsekonomiskt lönsamt (a.a. sid. 49).

> I många fall av lindrigare sjukdom eller konvalescens kan en god hemhjälp vara tillräcklig men också nödvändig för att medgiva vård i hemmet. Överallt där hemhjälpen genom att komplettera sjuksköterskans eller husmoderns arbete kan medverka till en utvidgad hemsjukvård, har hemhjälpen en samhällsekonomisk uppgift att fylla (a.a. sid. 50).

Till skillnad mot den traditionella socialvårdens insatser som huvudsakligen var inriktade mot de fattigaste hushållen gavs den sociala hemhjälpen en bredare och mera generell välfärdspolitisk inriktning. Med hänvisning till att den sociala hemhjälpen syftade till att lösa ett välfärdsproblem som överskred den traditionella social- och sjukvårdens åtaganden argumenterade de sakkunniga för att det var en samhällsplikt att erbjuda alla barnfamiljer i behov av tillfällig hjälp i hemmet möjlighet till kvalificerad social hemhjälp. Även relativt sett ekonomiskt välbärgade familjer skulle ha rätt till social hemhjälp. Familjer med låg inkomst skulle dock ges företräde då de saknade ekonomiska resurser för att köpa hemhjälp på den öppna arbetsmarknaden. Egenavgifterna för den sociala hemhjälpen skulle relateras till hushållens ekonomiska resurser; fattiga familjer skulle inte betala någon avgift alls (a.a. sid. 50).

Ett annat motiv för att göra den sociala hemhjälpen tillgänglig för alla barnfamiljer var den stora bristen på huslig arbetskraft. Bristen på huslig arbetskraft medförde att inte ens familjer med ekonomiska resurser kunde vara säkra på att i en krissituation finna kvalificerad hemhjälp. Mot denna bakgrund kom bristen på huslig arbetskraft att utgöra ett tungt vägande motiv till att foga den sociala hemhjälpen till statens generella välfärdspolitiska åtaganden och till att bygga upp en statligt understödd hemvårdarinnekår. Ett annat motiv var att de ideella organisationer som hittills varit drivande i utvecklingen av den sociala hemhjälpen saknade resurser att expandera och utveckla verksamheten vidare. Att bygga upp en kår av utbildade och heltidsanställda hemvårdarinnor krävde ett offentligt åtagande. Endast genom samordnade insatser från stat, landsting och kommuner kunde den sociala hemhjälpen ges den omfattning som man från kommitténs sida bedömde som välfärdspolitiskt erforderlig.

> I syfte att skapa det erforderliga ekonomiska underlaget för en utvidgad social hemhjälpsverksamhet finner utredningen därför nödvändigt, att samhället självt genom lämpliga organ träder in som huvudman för verksamheten (a.a. sid. 51f)

Hemvårdarinnornas arbetsuppgifter och utbildning

För att undvika onödig konkurrens och oro på arbetsmarknaden skulle hemvårdarinnornas arbetsuppgifter och utbildning noga definieras och avgränsas i förhållande till andra yrkesgruppers utbildning och verksamhet. Framförallt var det viktigt att avgränsa hemvårdarinnorna från sjuksköterskors och distriktssköterskors utbildning och arbetsuppgifter. Den sociala hemhjälpen skulle heller inte ges en utformning som riskerade att slå undan benen på den privata arbetsmarknaden för huslig arbetskraft. I det sistnämnda fallet handlade det inte så mycket om hänsyn till hembiträdenas intressen som om hänsyn till de som även fortsättningsvis ville kunna köpa privata hushållstjänster.

För att klarlägga gränsen mellan hemvårdarinnornas arbetsuppgifter och distriktssköterskornas arbetsuppgifter i enskilda hem sändes en enkät till 900 distriktsköterskor. Distriktssköterskorna tillfrågades om hemhjälpens framtida organisation och om hemvårdarinnornas arbetsuppgifter, utbildning och löneförmåner. Man tog även del av journaler som hemvårdarinnor vid Uppsala hemsysterskola och Stockholms Sociala hemhjälpsbyrå fört i sitt arbete (a.a. sid. 44). Genom journalerna kunde man bilda sig en uppfattning om hur hemvårdarinnornas arbete var till stöd för läkare och distriktssköterskor.

> Genom studier av journalerna får man vidare klart för sig hur hemvårdarinnan utan att ingripa i behandlingen av de sjuka måste bli ett gott stöd för läkare och sköterskor när det gäller att ge akt på och meddela symtom, att få den sjuke att följa givna ordinationer samt lugna de anhöriga (a.a. sid. 44).

Det övervägande antalet distriktssköterskor ställde sig positiva till tankarna på en statsunderstödd social hemhjälp och till en särskild kår av utbildade hemvårdarinnor. Av enkätsvaren framgick att det fanns ett stort behov av hushållshjälp som distriktssköterskorna själva såg sig som oförmögna att hantera. I vissa svar lyste dock oron för den egna jurisdiktionen igenom. I några fall varnade man för att hemsysterskolornas dräkter och emblem kunde förväxlas med distriktssköterskornas och sjuksköterskornas. I andra fall varnade man för att ge hemvårdarinnan en alltför omfattande utbildning, då denna kunde leda till att

den hjälpsökande familjen inte tordas be hemvårdarinnan om att utföra de tyngsta hushållssysslorna (a.a. sid. 40ff.).

Av enkätsvaren och journalerna drogs slutsatsen att distriktssköterskors och hemvårdarinnors arbetsuppgifter kompletterade varandra. De sakkunniga betonade dock att den sociala hemhjälpen inte fick förväxlas med den hemsjukvård som distriktssköterskor stod för. Hemvårdarinnan skulle emellertid vara förtrogen med enklare hemsjukvård i betydelsen att hon skulle klara av att sköta om en sjuk och sängliggande familjemedlem. För att minimera risken för att man från allmänhetens sida skulle förväxla distriktssköterskor och sjuksköterskor skulle de statligt understödda hemvårdarinnorna inte få titulera sig som hemsystrar, vilket varit brukligt bland de hemvårdarinnor som fått sin utbildning vid någon av landets hemsysterskolor (a.a. sid. 52). Sett ur ett professionssociologiskt perspektiv kan kommitténs ställningstagande ses som ett uttryck för att vilja skydda sköterskornas sociala prestige och bevara deras jurisdiktion intakt. Sett ur ett politiskt och organisatoriskt perspektiv kan kommitténs ställningstagande ses som ett uttryck för statens politiska ambition att bygga en organisatoriskt rationell och resurseffektiv välfärdsstat utan överlappande organisatoriska strukturer och jurisdiktioner.

Hemvårdarinnans huvudsakliga arbetsuppgifter skulle utgöras av de vanligast förekommande hushållssysslorna såsom matlagning, städning, diskning, lagning av kläder, sömnad och tvätt. Utöver dessa hushållssysslor skulle hon i husmors frånvaro ombesörja barnens vård och uppfostran, övervaka deras skolgång och fritid, tillse deras läxläsning, ordna matsäck osv. På landsbygden omfattade arbetsuppgifterna även skötseln av djuren, mjölkning och andra arbetsuppgifter som i normala fall ombesörjdes av husmor i familjen (a.a. sid. 53). Till dessa arbetsuppgifter lades dessutom att hemvårdarinnorna skulle tjäna som moraliskt föredöme.

> Hemvårdarinnan har vid sitt arbete stora förutsättningar att utöva ett gott inflytande på den personliga hygienen och levnadsvanorna i hemmen. Hon bör också utnyttja dessa förutsättningar efter sin förmåga och därigenom bidraga till samhällets strävande efter förbättrad folkhälsa, barnavård och hemvård i allmänhet (a.a. sid. 53).

För att klara sina arbetsuppgifter skulle hemvårdarinnorna, förutom personlig lämplighet och mognad, ha en gedigen utbildning. Den utbildningsmässiga förebilden hämtade de sakkunniga från de privata hemsysterskolorna. Och som en konsekvens härav kom de sakkunniga att oreflekterat överta de ideella hem-

hjälpsorganisationernas könskodning av den sociala hemhjälpsverksamheten; hemvårdarinnan konstruerades som ett exklusivt kvinnligt yrke. Utbildningens tyngdpunkt lades på hemmets skötsel och barnens vård. Utöver detta skulle utbildningen förmedla vissa grundläggande kunskaper i psykologi och sociala frågor. Mer konkret skulle hemvårdarinnorna utbildas i näringslära, teoretisk barnavård, sjukvård och hälsolära, hemekonomi och socialvård. Hemvårdarinnorna skulle även ges praktisk utbildning i matlagning, sömnad, städning, tvätt och övriga grenar av husligt arbete inklusive mjölkning. Utbildningen avslutades med en praktikperiod förlagd utanför skolan.

Även längden på utbildningen och inträdesfordringarna liknade de vid de privata hemsysterskolorna. Efter en 10 månader lång teoretisk kurs i husligt arbete följde 5 månaders praktiktjänstgöring. Den praktiska delen av utbildningen skulle delas mellan praktik i familj och tjänstgöring på institution – barnhem, ålderdomshem eller sjukvårdsinrättning. Den sökande skulle ha fyllt 20 år och arbetat minst ett år i familj med minderåriga barn. (a.a. sid. 61). Under utbildningen skulle statliga utbildningsstipendier delas ut på samma villkor som för annan yrkesutbildning. Att göra utbildningen stipendiegrundande sågs inte bara som en rekryteringsbefrämjande åtgärd utan också som ett sätt att minska elevernas ekonomiska beroende till skolorna. Elevstipendier var ett sätt att komma ifrån en tidigare vanligt förekommande praxis som innebar att eleverna under utbildningstiden lånade till kost och logi av skolan. Kommitténs ambition att minska elevernas beroende till hemsysterskolorna kan ses som ett utslag av samma politik som staten tillämpade i sina försök att bryta de privata sjuksköterskeskolornas makt över sjuksköterskeeleverna. För att göra en modern välfärdsstatlig yrkesgrupp av hemvårdarinnorna var det nödvändigt att tona ned hemvårdarinnornas band med frivilliga hjälporganisationer av filantropiska karaktär och hemsysterskolornas matriarkala struktur; de förstnämnda saknade resurser att ge hemvårdarinnorna drägliga löner och anställningsvillkor, de senare skapade lojalitetsband som försvårade statens inflytande och kontroll över yrkeskåren. Försöken att bryta hemvårdarinnornas band till hemsysterskolorna kan också uttryckas i termer av resursberoende. Det statsfinansiella läget gjorde det svårt för staten att snabbt och på egen hand bygga upp erforderliga utbildningsresurser. I detta avseende var staten organisatoriskt beroende av hemsysterskolornas utbildningsresurser. För att utbilda personal till den sociala hemhjälpsreformen var det nödvändigt för staten att bedriva ett nära samarbete med de privata hemsysterskolorna och andra utbildningsinstitutioner med huslig utbildning på programmet (a.a. sid. 60). Förutom hemsysterskolorna i Uppsala, Lund och Göteborg bedrevs undervisning i husligt arbete vid lanthushålls-

skolorna i Vackstanäs och Dalkarså, Sophie Löwenskiölds husmodersskola i Mariestad samt vid folkhögskolan i Gamleby och diakonissanstalten i Härnösand. För att främja hemsysterutbildningen i landet hade hemsysterskolorna i Uppsala, Lund och Göteborg samt lanthushållsskolorna i Vackstanäs och Dalkarså gått samman och bildat Centralnämnden för Sveriges hemsysterskolor. (a.a. sid. 15ff).

Skolornas sammanlagda utbildningskapacitet uppskattades till ca. 225 hemvårdarinnor per år. För att så snabbt som möjligt nå upp till det beräknade grundbehovet – 2800 heltidsanställda eller motsvarande antal deltidsanställda – föreslog de sakkunniga en avkortad utbildning för kvinnor med tidigare erfarenhet av husligt arbete och arbete med barn skulle inrättas. Målsättningen var att utbilda ca. 100 hemvårdarinnor årligen på detta sätt. Den avkortade utbildningen skulle omfatta två månader och innehålla bland annat näringslära, barnavård, sjukvård och hälsolära, hemekonomi och socialvård. För inträde till kursen skulle krävas grundlig och allsidig praktik i hemarbete och i skötsel av barn under en tid av minst fem år (a.a. sid. 61). Som tillsynsmyndighet av hemvårdarinneutbildningen, både den reguljära utbildningen och den avkortade varianten, föreslogs Socialstyrelsen. (a.a. sid. 63). Sett ur ett professionsteoretiskt perspektiv är de sakkunnigas förslag om dubbla utbildningsvägar mycket intressant eftersom det redan från början kom att bygga in professionella oklarheter i den sociala hemhjälpens struktur – å ena sidan skulle hemvårdarinnans yrkesutövning vila på utbildningsmässig grund, å andra sidan kunde den utbildningsmässiga grunden ersättas av långvarig praktisk erfarenhet. Kanske kan förslaget om dubbla utbildningsvägar ses som ett försök från den av parti- och kvinnopolitiska intresseorganisationer dominerade kommittén att tillförsäkra den sociala hemhjälpen en snabb kvantitativ uppbyggnad; ett försök att inte hamna i en situation där professionella intressen och faktorer fick styra utbyggnadstakten.

Lön och anställningsförmåner

För att förse den sociala hemhjälpen med en trogen och kompetent yrkeskår samt underlätta implementeringen av reformen var det viktigt att ge hemvårdarinnorna rimliga avlönings- och anställningsvillkor. Till skillnad från de ideella organisationer som i stor omfattning byggde sin hemhjälpsverksamhet på ideellt arbetande kvinnor skulle den statsunderstödda hemhjälpsverksamheten kräva en regelrätt yrkeskår för att få den omfattning och spridning som eftersträvades. Mot denna bakgrund skulle hemvårdarinnorna ges en lön som det gick att försörja sig på. För att stå sig i konkurrensen skulle hemvårdarinnornas löner

läggas i nivå med kvinnolönerna inom industri, handel och kontor, eller i nivå med lönen för andra kvinnodominerade välfärdsstatliga yrken som sjuksköterskor, distriktssköterskor, distriktsbarnmorskor och distriktstandsköterskor (a.a. sid. 51, 64f). Vidare skulle tjänsterna utformas som heltidstjänster med tillhörande sjuk-, semester-, bostads- och pensionsförmåner. Konstruktionen med heltidstjänster skulle locka unga kvinnor att utbilda sig till hemvårdarinnor samtidigt som den skulle bidra till att ge hemvårdarinnan en tydlig tjänstemannaställning. Hemvårdarinnornas tjänstemannakaraktär skulle höja yrkets anseende och underlätta hennes samarbete med övriga sociala samhällsorgan. Med en heltidsanställd och välutbildad yrkeskår skulle man också få en geografiskt flexibel yrkeskår. Tanken var att hemvårdarinnor som kunde leva på sin lön skulle stå fria att söka arbete varhelst i landet. Detta var en eftersträvansvärd egenskap hos en yrkeskår eftersom det skulle underlätta organiseringen och spridningen av den sociala hemhjälpen över landet (a.a. sid. 56). En viss användning av deltidsanställd personal var dock ofrånkomlig eftersom efterfrågan på social hemhjälp varierade cykliskt över året. I perioder av större sjuklighet ökade behovet av hemhjälp, för att under andra perioder av året sjunka under det normala. Från kommittén sida var man dock noga med att påpeka att deltidsanställd personal endast skulle användas för att klara av topparna i verksamheten. (a.a. sid. 58).

De sakkunnigas plädering för en kår heltidsanställda hemvårdarinnor kan ses som ytterligare en illustration över kommitténs ambivalenta hållning till att professionalisera hemvårdarinnorna och den sociala hemhjälpsverksamheten. Å ena sidan ville man undvika en alltför långtgående professionalisering eftersom det kunde utgöra ett hinder för verksamhetens expansion och utveckling, å andra sidan ansåg man sig vara tvungen att bygga upp en välutbildad, stabil och rörlig yrkeskår för att ge den sociala hemhjälpsreformen legitimitet, kontinuitet och geografisk spridning. Kommitténs syn på hemvårdarinnornas löne- och anställningsvillkor kan ses som ett tecken på att man ville skapa ett yrke som skulle vara något mer än bara ett arbete – det skulle gränsa mot att vara ett kall; hemvårdarinnorna skulle identifiera sig med sitt yrke och vara beredda att söka arbete över hela landet. Och med hjälp av heltidstjänster skulle hemvårdarinnorna ges möjlighet att prioritera arbete framför familj.

Organiseringen av den sociala hemhjälpen

Utredarna föreslog att den sociala hemhjälpen skulle ställas under kommunalt huvudmannaskap. Landstingen hade visserligen bättre ekonomiska förutsättningar för att driva verksamheten, men kommunernas bättre kännedom om de lokala hjälpbehoven övervägde landstingens ekonomiska fördelar. För att

underlätta för kommunerna att bära huvudmannaansvaret för den sociala hemhjälpen skulle kommunernas bristande ekonomiska och organisatoriska resurser kompletteras med insatser från stat och landsting (a.a. sid. 67f). För varje heltidsanställd hemvårdarinna skulle kommunen erhålla ett bidrag från staten på 1000 kr och ett bidrag från landstingen på 500 kr. Genom dessa bidrag skulle kommunernas andel av lönekostnaden kunna begränsas till 40 procent (a.a. sid. 72). På grund av det statsfinansiella läget såg sig emellertid de sakkunniga tvungna att initialt begränsa antalet bidrag. Det totala antalet bidrag begränsades till att motsvara 2800 heltidsanställda hemvårdarinnor. Tanken var dock att så snart det statsfinansiella läget tillät öka antalet statsbidrag. För verksamhetens första år skulle antalet statsbidrag maximeras till motsvarande 500 heltidsanställda hemvårdarinnor, vilket uppfattades vara antalet kvalificerade hemvårdarinnor i landet (a.a. sid. 74).

Det begränsade antalet statsbidrag gav den sociala hemhjälpen en tydlig fördelningspolitisk profil. På landsbygden fick kommunerna statsbidrag för en heltidsanställd hemvårdarinna per 2000 invånare, och i städerna en hemvårdarinna per 4000 invånare. Den strängare regeln för städerna motiverades med att avstånden mellan hemmen i allmänhet var längre på landsbygden och att invånare i städerna hade bättre möjlighet att på egen hand skaffa privat hemhjälp eller erhålla hjälp från någon ideell organisation. Till dess landsbygdens behov blivit tillfredsställda skulle den statsunderstödda hemhjälpen i städerna få stå tillbaka (a.a. sid. 73).

För den kommunala ledningen av den sociala hemhjälpen skulle det inom varje kommun inrättas en särskild hemhjälpsnämnd. Nämndens huvudsakliga uppgifter skulle vara att rekrytera hemvårdarinnor, leda och fördela det dagliga arbetet, ombesörja den administration som var förknippad med verksamheten samt arbeta för hemhjälpsverksamhetens lokala utveckling. Om nämndens sammansättning sades inte mycket förutom att den "husmoderliga sakkunskapen" förutsattes bli representerad i nämnden. Man betonade emellertid att ledningen och administrationen av verksamheten inte skulle överlämnas åt hemvårdarinnorna själva att ombesörja. Nämnden förutsattes även samarbeta med andra kommunala organ som exempelvis socialvårdsbyrån, barnavårdsnämnden och fattigvårdsstyrelsen (a.a. sid. 68).

Som komplement och stöd till de kommunala hemhjälpsnämnderna skulle landstingen inrätta särskilda hemhjälpsstyrelser. Styrelsen skulle planera och övervaka den sociala hemhjälpsverksamheten inom respektive landstings-

område, fastställa instruktioner för kommunernas hemvårdarinnor, bestämma patientavgifterna för verksamheten samt arbeta för en enhetlig utveckling av verksamheten. Hemhjälpsstyrelsen skulle även ha till uppgift att tillsammans med Socialstyrelsen bedöma, bevilja och fördela kommunernas ansökningar om stats- och landstingsbidrag. I likhet med de kommunala hemhjälpsnämnderna förutsattes den husmoderliga sakkunskapen skulle bli representerad i de landstingskommunala hemhjälpsstyrelserna (a.a. sid. 70).[21]

För att få en nationell kontroll och överblick av den sociala hemhjälpen skulle verksamheten ställas under Socialstyrelsens tillsyn. Socialstyrelsen skulle ansvara för att ta fram prognoser över det framtida behovet av hemhjälp, vidta åtgärder för att tillgodose behovet av utbildning av hemvårdarinnor, upprätta kursplaner för utbildningen samt fastställa enhetliga kompetenskrav för landets hemvårdarinnor. Dessutom skulle Socialstyrelsens utarbeta råd och anvisningar åt hemhjälpsnämnder och hemhjälpsstyrelser. Väl medvetna om Socialstyrelsens bristande erfarenhet och kompetens inom den sociala hemhjälpens område föreslog de sakkunniga att styrelsen under en övergångsperiod skulle inrätta en rådgivande samarbetsnämnd med representanter för Centralnämnden för Sveriges hemsysterskolor, Svenska Röda Korset och Husmödrarnas samarbetskommitté (a.a. sid. 71).[22]

Återigen ger kommittén uttryck för en ambivalent hållning till en professionalisering av den sociala hemhjälpsverksamheten och hemvårdarinnorna. Den här gången genom att föreslå en organisation med endast minimalt utrymme för hemvårdarinnorna att utöva inflytande och autonomi. Med undantag för den vaga formuleringen om att den husmoderliga sakkunskapen skulle finnas representerad i hemhjälpsnämnder och hemhjälpsstyrelser nämndes ingenting om hemvårdarinnornas roll och position i den sociala hemhjälpsverksamheten. Uttryckt i organisationsteoretiska termer kan man säga att den sociala hemhjälpens organisatoriska utformning gav hemvårdarinnorna små möjligheter att

[21] I de städer som stod utanför landsting föreslogs hemhjälpsnämnden få det fulla ansvaret för verksamheten. Av naturliga skäl kunde inte de landstingsfria städerna komma i åtnjutande av landstingsbidrag. Någon kompensation för detta inkomstbortfall föreslog emellertid inte de sakkunniga. De större städernas i allmänhet bättre ekonomi gjorde att de endast kunde räkna med det allmänna statsbidraget (SOU 1943:15 sid. 70f).

[22] Husmödrarnas samarbetskommitté representerade Sveriges husmodersföreningars riksförbund, Kooperativa kvinnogillesförbundet, Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund, och Svenska landsbygdens kvinnoförbund.

bygga upp organisatoriska resurser i anslutning till statens organisationer – på lokal, regional och nationell nivå.

Välfärdspolitik, organisation och professionalisering – remissyttranden kring den sociala hemhjälpens utformning

När kommitténs betänkande gick ut på remiss var det många som kände sig kallade att svara. En möjlig förklaring till svarsviljan kan ha varit den sociala hemhjälpens gränsöverskridande karaktär; den statsunderstödda sociala hemhjälpen försköt gränserna mellan avlönat och ideellt arbete, mellan stat och frivilliga hjälporganisationer, mellan statligt och kommunalt bestämmande, mellan selektiv och generell välfärdspolitik, mellan medicinsk vård och social omsorg, samt mellan distriktssköterskors och hemvårdarinnors jurisdiktioner. För flera aktörer fanns det centrala intressen att bevaka i utformningen av den sociala hemhjälpsreformen. Bland aktörerna återfanns traditionella remissinstanser såsom landsting och primärkommuner – med tillhörande intresseorganisationer – länsstyrelser, myndigheter, ämbetsverk och statliga kommittéer. Men här fanns också professionella organisationer såsom Svensk sjuksköterskeförening (SSF), politiska organisationer som Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund och Högerns centrala kvinnoråd, ideella hjälporganisationer som Röda Korset och Vita bandet samt andra intresseorganisationer som Sveriges husmodersföreningars riksförbund, Fredrika-Bremer förbundet, Yrkeskvinnors riksförbund, Centralnämnden för Sveriges hemsysterskolor (Prop. 1943:332 sid.22).

En välfärdspolitisk viktig reform – stödet för den sociala hemhjälpen

Flera tunga remissinstanser ställde sig positiva till tanken på en statsunderstödd social hemhjälpsverksamhet. Till de positivas skara hörde Medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen som båda godtog de sakkunnigas förslag utan större invändningar. Medicinalstyrelsen pekade på att en utbyggd social hemhjälpsverksamhet skulle vara av stor betydelse för barnfamiljernas välfärd samtidigt som verksamheten skulle underlätta distriktssköterskornas möjlighet att bedriva effektiv hemsjukvård (a.a. sid. 23). Socialstyrelsens såg den sociala hemhjälpen som ett viktig komplement till fattigvårdens materiella insatser. Hushållens problem att skaffa huslig arbetskraft kunde inte ersättas med materiellt bistånd (a.a. sid. 23f).

Överlag positiva tongångar hördes också från Landstingsförbundet, Svenska landskommunernas förbund och Svenska stadsförbundet. Från Svenska landskommunernas förbund och Svenska stadsförbundet ansåg man visserligen att

förslaget till statsbidragsregler riskerade att stänga ute de ideella organisationer som tidigare engagerat sig i hemhjälpsfrågor, men att frågan kunde lösas med flexiblare statsbidragsregler (a.a. sid. 28). Bakom kommunförbundens önskan om att bibehålla banden med de ideella hjälporganisationerna kan man ana bristande kommunala organisatoriska resurser. Innan kommunerna hunnit bygga upp egna resurser inom den sociala hemhjälpen ville man ogärna klippa banden med de ideella organisationerna.

Uppfattningen om att en statsunderstödd social hemhjälp även skulle omfatta enskilda organisationer delades av flera organisationer som på ett eller annat sätt engagerat sig för att på frivillig väg bereda hemhjälp (a.a. sid. 40). Samtidigt välkomnade de ideella organisationerna ett ökat statligt engagemang. Överstyrelsen för Svenska Röda Korset uttryckte det som att det inte längre var möjligt för de ideella organisationerna att utveckla den sociala hemhjälps-verksamheten utan inblandning från stat, kommun och landsting. För Röda Korset var den sociala hemhjälpen ekonomiskt betungande och föreningen saknade ytterligare resurser för att bygga ut verksamheten (a.a. sid. 32f). Man var dock inte beredd att helt släppa taget om den sociala hemhjälpen. Föreningen ansåg att den sociala hemhjälpen borde bygga vidare på:

> "den redan lagda grunden och alltså låta Röda Korset jämsides med andra lämpliga föreningar och primärkommuner även i fortsättningen fungera såsom huvudmän för verksamheten" (a.a. sid. 41).

Välfärdspolitikens gränser, risken överorganisering och hemvårdarinnornas jurisdiktion - kritiken av en den sociala hemhjälpen

De positiva omdömena blandades dock med stundtals hård kritik. Enkelt uttryckt kretsade kritiken om hur långt den nationella statens välfärdspolitiska ansvar skulle sträcka sig, hur den sociala hemhjälpen skulle organiseras samt hur hemvårdarinnornas arbetsuppgifter, utbildning, löne- och anställningsvillkor skulle utformas.

Kritiken mot en ökad statlig inblandning inom ett område av politiken som av tradition tillhört kommunerna kom från såväl statlig, kommunal och landstings-kommunal nivå. Från statligt håll menade Länsstyrelsen i Jönköpings län, Statskontoret och Lantbruksstyrelsen att det var en kommunal angelägenhet att skaffa hemhjälp. Den sociala hemhjälpen borde därför även fortsättningsvis bedrivas utan statlig inblandning i regi av ideella organisationer och enskilda

kommuner (a.a. sid. 25-28). Om kritiken från statlig nivå tolkas som en tveksamhet inför att låta staten överta ett primärkommunalt välfärdspolitiskt ansvar så kan kritiken från de kommunala aktörerna tolkas som en rädsla för att få det kommunala självbestämmandet inskränkt. Tydligast framkom denna kritik i remissyttrandena från Östergötlands, Gävleborgs och Södermanlands läns landsting och Svenska stadsförbundet som menade att de sakkunnigas förslag till organisatorisk struktur hotade att förvandla den sociala hemhjälpen till en onödigt byråkratisk, dyr och oflexibel verksamhet. Antalet tjänstemän som var satta att administrera den sociala hemhjälpen på olika nivåer skulle vida överstiga antalet verksamma hemvårdarinnor. Mot denna bakgrund efterlystes en mindre byråkratisk, mera flexibel och mindre kostsam organisation kring den sociala hemhjälpen. Kommuner och landsting skulle i ökad utsträckning få organisera och bedriva social hemhjälp utan att låsas av de "stela och byråkratiska former som utformats i förslaget" (a.a. sid. 30).

Även i fråga om hemvårdarinnornas arbetsuppgifter och utbildning samt löne- och anställningsvillkor fanns oenighet. Bland remissyttrandena fanns aktörer som förespråkade en tydlig professionalisering av den sociala hemhjälpen och aktörer som intog en närmast motsatt position. Till den sistnämnda kategorin hörde flera kommunala och landstingskommunala aktörer och partipolitiska kvinnoorganisationer. Från kommunalt och landstingskommunalt håll varnade man för att ge hemvårdarinnornas alltför vårdorienterade arbetsuppgifter. En sådan inriktning ansågs hota att fjärma hemvårdarinnorna från de tunga hushållssysslorna. (a.a. sid. 55ff). Bakom denna ståndpunkt fanns säkerligen en medvetenhet om det husliga arbetets låga status och om svårigheterna att rekrytera huslig arbetskraft. Kommunernas utspel kan tolkas som ett försök att skaffa sig garantier för att den sociala hemhjälpsreformens skulle bibehålla sin inriktning mot husligt arbete. Mot kravet på formell utbildning protesterade bland annat Kooperativa kvinnogillesförbundet, Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund, Folkpartiets kvinnoförbund och Yrkeskvinnors riksförbund. För dessa organisationer representerade den sociala hemhjälpen inte bara en välfärdspolitiskt angelägen reform utan också en ypperlig möjlighet för äldre kvinnor att vinna inträde på arbetsmarknaden. (a.a. sid. 63f). Även här torde dock bristen på huslig arbetskraft ha utgjort ett tungt vägande motiv. Äldre kvinnor representerade en betydande och outnyttjad arbetskraftsreserv. Höga krav på utbildning hotade emellertid att försvåra rekryteringen av äldre kvinnor till den sociala hemhjälpen. Kritiken fick stöd från Svenska Landskommunernas förbund som menade att stora rekryteringsproblem väntade landsbygden om kompetenskraven på hemvårdarinnor inte mildrades (a.a. sid. 65).

Hos Skolöverstyrelsen, Sveriges husmodersföreningars riksförbund, Fredrika-Bremer förbundet och Centralnämnden för Sveriges hemsysterskolor levde dock tankarna på en välutbildad kår hemvårdarinnor kvar. Hos dessa organisationer låg en stor del av den sociala hemhjälpens välfärdspolitiska betydelse i hemvårdarinnornas formella kompetens. Endast i en situation av stor brist på hemvårdarinnor var det befogat att utbilda hemvårdarinnor genom kompletteringskurser. Skolöverstyrelsen yttrade:

> För alla, som syssla med hemarbete och barnavård, är det av synnerlig vikt att äga en gedigen yrkeskunskap. För hemvårdarinnan, som skall övertaga skötseln av andras hem och barn, ofta under svåra förhållanden, är det av minst lika stor vikt att ha förvärvat en allsidig yrkeskunskap, som ger henne de bästa förutsättningar att fullfölja sin uppgift på ett tillfredsställande sätt (a.a. sid. 63).

Ifråga om hemvårdarinnornas löne- och anställningsvillkor var det framförallt Medicinalstyrelsen, Svenska landstingsförbundet och Svensk Sjuksköterskeförening som hade invändningar mot de sakkunnigas förslag. För de två förstnämnda handlade det primärt om att försöka undvika att lönesättningen av hemvårdarinnor ökade lönekraven hos distriktssköterskor, sjuksköterskor och barnmorskor. Medicinalstyrelsen argumenterade för att det knappast var rimligt att jämställa hemvårdarinnor i lön och anställningsförmåner med distriktssköterskor, därtill saknade hemvårdarinnorna distriktsköterskornas kvalifikationer och ansvarfulla position. Från Svensk Sjuksköterskeförening ville man behålla ett lönemässigt gap till vad man uppfattade vara en mindre kvalificerad yrkesgrupp. Enligt Svensk sjuksköterskeförening var lönesättningen av hemvårdarinnor ett avsteg från principen om att basera lön och anställningsförmåner på kvalifikation, ansvar och arbetsuppgifter (a.a. sid. 68-74).

Den sociala hemhjälpsreformen tar form – propositionen från regeringen

Den sociala hemhjälpens omfattning och gränsöverskridande karaktär innebar att beredningen av propositionen kom att äga rum i samarbete mellan Socialdepartementet, Ecklesiastikdepartementet och Finansdepartementet (a.a. sid. 1). Det huvudsakliga ansvaret för propositionen vilade emellertid på Socialdepartementet och socialminister Gustav Möller. I ett utslag av befolkningspolitisk retorik inledde socialminister Möller propositionen med att konstatera att:

> För samhällets sunda växt är familjens trygghet, sammanhållning och ekonomiska stabilitet av utslagsgivande betydelse (a.a. sid. 81).

Mot denna befolkningspolitiska bakgrund var det en nationell angelägenhet att ge barnfamiljer stöd i ekonomiskt och socialt svåra situationer. Sedan tidigare hade mödra- och bostadshjälp, familjebidrag, livsmedelsbidrag och skatte-differentieringar varit viktiga delar i denna befolkningspolitiska välfärdspolitik. Hittills hade man dock inom familjepolitiken saknat skydd för de problem som kunde uppstå när modern i familjen tillfälligtvis blev oförmögen att sköta hushållets arbetsuppgifter. Sett i detta sammanhang var en statsunderstödd social hemhjälpsverksamhet ett viktigt komplement till socialvårdens och familjepolitikens materiella insatser.

> Blir husmodern av sjukdom eller andra orsaker urståndsatt att sköta sina uppgifter, förlamas vissa av familjelivets viktigaste funktioner. Särskilt i sådana fall, där man har minderåriga barn, kan detta äventyra familjens trygghet och leda till dess upplösning (a.a. sid. 81).

Eftersom behovet av hemhjälp inte var begränsat till enbart de obemedlade i samhället ansåg socialministern att en statsunderstödd social hemhjälpsverksamhet skulle stå öppen för alla familjer. Familjer utan eller med små ekonomiska möjligheter att skaffa privat hemhjälp skulle emellertid ges företräde till den sociala hemhjälpens tjänster. Att bygga ut verksamheten till att omfatta fler än enbart de som kunde betraktas som obemedlade skulle visserligen bli dyrt men de ökade kostnaderna för stat, landsting och kommuner skulle komma att uppvägas av minskade kostnader inom andra delar av familjevården (a.a. sid. 82).

För att ge den sociala hemhjälpen den kvalitet, inriktning, omfattning och geografiska spridning som eftersträvades krävdes emellertid mer av staten än enbart ett ekonomiskt stöd. Möller menade att staten aktivt måste engagera sig för att få till stånd en nationellt fungerande hemhjälp. Det vilade på statens ansvar att bygga upp en välutbildad yrkeskår av hemvårdarinnor och ge den sociala hemhjälpen en fungerande organisatorisk struktur. I synen på statens roll och ansvar hamnade socialministern nära den linje som de sakkunniga företrädde. I stora drag fann Möller de sakkunnigas förslag till utbildning, jurisdiktion och organisering väl avvägt. Den sociala hemhjälpen skulle ställas under kommunalt huvudmannaskap, men under överinseende av Socialstyrelsen och landstingen (a.a. sid. 83-86). Tanken på att ge den sociala hemhjälpens lokala organisation ett tydligt lekmannainflytande torde ha tilltalat Möller som hyste en utpräglad misstro mot välfärdspolitiska experter och hierarkiska byråkratier, och som gärna överlät förvaltningen av välfärdspolitiska reformer till lokala och folkligt

förankrade organ (Lindqvist 1990:74f). Eftersom en del av den sociala hemhjälpens kostnadsbesparande effekter föll på landstingen fann Möller det naturligt att låta landstingen vara med och täcka en del av kommunernas kostnader (Prop. 1943:332 sid. 84). Ett totalt kommunalt bestämmande över den sociala hemhjälpen ville han emellertid inte se. För att ge den sociala hemhjälpen en nationellt enhetlig karaktär samt för att pröva och fördela statsbidragen i enlighet med fastställda regler skulle Socialstyrelsen utöva tillsyn över verksamhet och utbildning. Till Socialstyrelsen föreslogs en särskild hemhjälpskonsulent knytas samt ett rådgivande organ bestående av representanter för Centralnämnden för Sveriges hemsysterskolor, Svenska Röda Korset och Husmödrarnas samarbetskommitté (a.a. sid. 86).

Inledningsvis skulle bidragen till kommunerna riktas mot landskommunerna där behoven av social hemhjälp bedömdes vara störst (a.a. sid. 82). Möller var villig att anslå statsbidrag till 2800 heltidsanställda hemvårdarinnor eller motsvarande antal deltidsanställda. Till dess man hunnit bygga upp en kår av kvalificerade hemvårdarinnor skulle statsbidragen begränsas till en nivå som motsvarade det faktiska antalet kvalificerade hemvårdarinnor (a.a. sid. 88f). Bidraget skulle kunna utgå både till kommuner och ideella organisationer (a.a. sid. 84f). Statsbidrag skulle också utgå till de skolor som utbildade hemvårdarinnor enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Bidrag skulle både utgå för den egentliga hemsysterutbildningen och till de kortare kompletteringskurserna (a.a. sid. 86f). Utbildningen skulle vara kostnadsfri och stipendier skulle inrättas för att täcka elevernas kostnader för mat och husrum (a.a. sid. 90).

Möller förordade också att den normala anställningsformen skulle utgöras av heltidsanställning. För att bättre kunna anpassa verksamheten efter skiftande kommunala förutsättningar och behov skulle det dock vara möjligt för kommunerna att anställa hemvårdarinnor på deltid. I fråga om lön och andra anställningsförmåner ville han inte likställa hemvårdarinnor med distriktssköterskor. Av utbildnings och kompetensskäl var det mera rättvisande att relatera hemvårdarinnornas lön och anställningsförmåner till de förmåner som gällde för privatanställd huslig arbetskraft (a.a. sid. 86f).

Sammanfattningsvis: Ser man propositionen i sin hel helhet är det uppenbart att också socialministern stod och vacklade i frågan om den sociala hemhjälpens och hemvårdarinnornas professionalisering. Å ena sidan betonas vikten av en välutbildad, heltidsarbetande och stabil yrkeskår för verksamhetens utveckling och geografiska spridning. Å andra sidan signalerade lön- och anställnings-

förmåner att det i grunden handlade om prestigelöst husligt arbete. Utformningen av den sociala hemhjälpens organisatoriska struktur tyder också på att man från statens sida var mera mån om att skapa utrymme för kommunal flexibilitet, styrning och kontroll än professionell autonomi för hemvårdarinnorna.

Hemvårdarinnan – födelsen av en välfärdsstatlig profession?

Den sociala hemhjälpsreformen kom att rymma både professionella möjligheter och begränsningar för hemvårdarinnorna. Statens ambition att bygga upp en kår av heltidsanställda hemvårdarinnor, ge den sociala hemhjälpen en enhetlig utformning, geografiskt spridning och organisatorisk stadga skapade förutsättningar för en facklig och kollegial organisering kring den sociala hemhjälpsverksamheten. Inom den av staten understödda sociala hemhjälpen åtnjöt hemvårdarinnorna yrkesmonopol. Den 3 juli 1945 bildades Svenska Hemvårdarinneförbundet i syfte att bevaka hemvårdarinnornas fackliga och professionella intressen. Den av staten erkända jurisdiktion gav Svenska Hemvårdarinneförbundet en stabil rekryteringsbas samtidigt som den utgjorde en plattform för förbundets fackliga och professionella strävanden. Förbundet stod öppen för både dem som genomgått den reguljära hemvårdarinneutbildningen och den kortare kompletteringsutbildningen. Fackligt kom Svenska Hemvårdarinneförbundet att tillhöra Svenska kommunaltjänstemannaförbundet. Redan ett år efter bildandet hade förbundet över 300 medlemmar (Svenska Hemvårdarinneförbundets arkiv: Styrelseprotokoll 19/1 1946).

Den välfärdspolitiska satsningen på social hemhjälp gav hemvårdarinnorna en egen jurisdiktion att förvalta och utveckla. Från statens sida avgränsade man hemvårdarinnornas jurisdiktion verksamhetsmässigt och utbildningsmässigt från näraliggande yrkesgrupper som hembiträden och distriktssköterskor. Hemvårdarinnornas jurisdiktion hamnade i skärningspunkten mellan hembiträdets traditionella husliga arbetsuppgifter och distriktssköterskans vårduppgifter. Hemvårdarinnornas jurisdiktion skyddades av att endast dem som låtit utbilda sig till hemvårdarinna, eller efter prövning befunnits vara kvalificerad, kunde komma i åtnjutande av de statsunderstödda hemvårdarinnetjänsterna.

Samtidigt kom staten att ge den sociala hemhjälpsreformen en utformning som i vissa avseenden direkt motverkade en professionalisering av hemvårdarinnekåren och den sociala hemhjälpsverksamheten. En sådan begränsning utgjordes av att den sociala hemhjälpen gavs en organisatorisk utformning som inskränkte hemvårdarinnornas autonomi. Hemvårdarinnorna blev inte själva satta att

utveckla, planera, leda, kontrollera och administrera den sociala hemhjälpsverksamheten. Inte heller fick man något inflytande över utbildningen till yrket.

Även statsbidragskonstruktionens utformning kom att motverka en alltför snabb och långtgående professionalisering av den sociala hemhjälpsverksamheten genom att kommunerna inte kunde expandera verksamheten i den omfattning som motsvarade det faktiska hjälpbehovet. Det stora flertalet av landets kommuner kunde inte räkna med att få statsbidrag för mer än en handfull hemvårdarinnor.

En snabb professionalisering av hemvårdarinneyrket försvårades dessutom av statens beslut att inrätta dubbla utbildningsvägar in i yrket. Genom de dubbla utbildningsvägarna kom man att skapa en utbildningsmässigt heterogen yrkeskår. Inte heller kom hemvårdarinnorna status- och lönemässigt att få den position och de privilegier som skisserades i befolkningsutredningens betänkande. Hemvårdarinnorna fick inte samma löne- och anställningsvillkor och tydliga tjänstemannakaraktär som distriktssköterskorna. Hemvårdarinnornas lön, status och anställningsvillkor kom mer att likna hembiträdenas villkor än distriktssköterskornas.

Ett sätt att tolka statens kluvna hållning till en professionalisering av den sociala hemhjälpen och hemvårdarinnekåren är i termer av politiskt ambivalens. Den sociala hemhjälpen kom att få sin utformning efter både socialpolitiska/familjepolitiska och arbetsmarknadspolitiska motiv. Den ambivalenta inställningen till den sociala hemhjälpens och hemvårdarinnornas välfärdspolitiska roll löpte som en röd tråd genom hela den politiska hanteringen av den sociala hemhjälpsfrågan; från befolkningskommissionens och högerpartiets propåer om ett statligt engagemang i frågan, över till 1941 års befolkningsutredning och de remissyttranden och den proposition som följde på utredningsbetänkandet. De social- och familjepolitiska ambitionerna handlade om att bygga upp en välfärdspolitisk verksamhet och yrkesgrupp med kapacitet att förse hemmen med både huslig arbetskraft och modern kunskap i husligt arbete. Sett utifrån detta perspektiv skulle hemvårdarinnorna bidra till att modernisera och rationalisera det husliga arbetet. För att tillgodose barnfamiljernas kvalitativa behov av huslig arbetskraft krävdes en professionell yrkesgrupp med villkor och samhällsstatus i paritet med sjuksköterskor, distriktssköterskor och distriktstandsköterskor. Utifrån ett arbetsmarknadspolitiskt perspektiv kom däremot den sociala hemhjälpen mer att handla om att finna lösningar på bristen på huslig arbetskraft och kvinnans plats i arbetslivet. Den sociala hemhjälpen skulle i

detta perspektiv inte bara bidra till att öka tillgången på huslig arbetskraft utan också skapa möjligheter för såväl yngre som äldre kvinnor att vinna inträde på en del av arbetsmarknaden där det saknades arbetskraft. Genom att öppna yrket för både äldre och yngre kvinnor tog man tillvara de äldre kvinnornas gedigna erfarenheter av husligt arbete samtidigt som man ställde yngre kvinnor bättre rustade inför den egna familjebildningen. Sett utifrån detta perspektiv handlade det inte så mycket om att skapa en professionell yrkesgrupp med tjänstemanna-karaktär, som att skapa en yrkesgrupp som kunde tillgodose hushållens – och då framförallt landsbygdens – kvantitativa behov av huslig arbetskraft.

Klämd mellan två, delvis förenliga och delvis oförenliga, välfärdspolitiska ambitioner kom den sociala hemhjälpen och hemvårdarinnekåren att få en otydlig professionell karaktär. Å ena sidan fanns det en politisk ambition att skapa en verksamhet och ett yrke med professionella drag, å andra sidan fanns det en politisk vilja att begränsa den sociala hemhjälpen och hemvårdarinnornas arbete till att handla om att tillgodose barnfamiljers kvantitativa behov av hemhjälp.

Den sociala hemhjälpsverksamheten stöter på problem

Med statens uppbackning och allmänhetens stöd såg den sociala hemhjälpsverksamheten och landets hemvårdarinnor ut att kunna bli ett bestående inslag i den gryende svenska välfärdsstaten. Till organisation, omfattning och utbildning utvecklades verksamheten i enlighet med de riktlinjer som slagits fast i betänkande och proposition. Under åren 1944 till 1947 ökade antalet hemvårdarinnor raskt med ca 500 per år, därefter mattades ökningstakten något i takt med att allt fler kommuner nådde den övre gränsen för statsbidrag. Enligt Socialstyrelsens statistik för 1951 utgick statbidrag för 2790 heltidsanställda och 161 deltidsanställda hemvårdarinnor (Socialstyrelsen Sociala meddelanden nr 9 1952:587).

För Svenska Hemvårdarinneförbundet innebar den sociala hemhjälpens expansion en stadig medlemstillströmning och ett ökat engagemang i fackliga och professionella frågor. I november 1951 kunde förbundet räkna in 1316 medlemmar (Svenska Hemvårdarinneförbundets arkiv: Styrelseprotokoll 9/11 1951). Under våren 1950 utkom det första numret av *Hemvårdarinnan* vars syfte var att öka kontakten mellan medlemmarna och hålla medlemmarna underrättade i förbundets fackliga och professionella arbete. Bland förbundets tidiga fackliga frågor fanns kravet på bruttolön, reglerade arbetstider och lika lön för stadskommunalt och landsbygdskommunalt anställda hemvårdarinnor (Hemvårdarinnan nr 1 1951). Successivt, och på punkt efter punkt, kom hemvårdarinnornas fackliga arbete att krönas med framgång. I halvårskiftet 1951 infördes bruttolön och reglerad arbetstid för hemvårdarinnor och under våren 1952 infördes lika lön för hemvårdarinnor i landskommunal och stadskommunal tjänst.

Bland de professionella frågor som tidigt kom att engagera Svenska Hemvårdarinneförbundet fanns hemvårdarinneutbildningen. En viktig fråga var att verka för en enhetlig utbildning. Att det fanns två utbildningsvägar till yrket var något man ogillade. Från förbundet ansåg man att en delad utbildning på sikt hotade att splittra yrkeskåren i två läger. Den korta kompletteringskursen ansågs även vara otillräcklig i förhållande till hemvårdarinnornas ansvarsfulla arbetsuppgifter. Förbundet ansåg att staten genom kompletteringskurserna satte de kvantitativa målen framför de kvalitativa. Enligt förbundet var en liten men välutbildad yrkeskår att föredra framför en stor och illa utbildad yrkeskår. Man krävde därför att alla hemvårdarinnor skulle genomgå den 15 månader långa hemvårdarinneutbildningen (Svenska Hemvårdarinneförbundets arkiv: Styrelse-

protokoll den 1/4 1951). Från förbundets sida drev man också frågan om en påbyggnadsutbildning i hemsjukvård och barnsjukvård (Hemvårdarinnan nr 2 1953).

I avvaktan på en förbättrad och enhetlig utbildning ordnade förbundet årliga utbildningsveckor för sina medlemmar. Återkommande platser för dessa utbildningsveckor var Karlskoga (Karlskoga praktiska läroverk), Sigtuna (Svenska kyrkans lekmannaskola) och Hålland (Hållands folkhögskola). Verksamheten under dessa utbildningsveckor var knappast att betrakta som vidareutbildning i en mera strikt mening; kursplaner saknades och innehållet kunde spänna över allt ifrån fackliga frågor till frågor kring abort och alkoholmissbruk. Som lärare och föredragshållare engagerades ofta läkare, hemvårdskonsulenter och psykologer. Ofta fick man även besök av någon representant för Socialstyrelsen, vanligtvis hemvårdskonsulenten vid Socialstyrelsen Marianne Nordström (Andrén 1992:39ff). Utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv är det rimligt att anta att valet av inbjudna föreläsare speglade förbundets syn på den egna jurisdiktionen och utgjorde en strategi för att bygga upp professionella allianser med vad man uppfattade vara välfärdspolitiskt viktiga aktörer.

Svenska Hemvårdarinneförbundet blev dock aldrig särskilt framgångsrika i sina professionella strävanden. Den delade utbildningen kvarstod och någon påbyggnadsutbildning med inriktning mot hemsjukvård och barnsjukvård utvecklades aldrig. Dessutom tärde de årliga utbildningsveckorna hårt på förbundets och de enskilda medlemmarnas ekonomi. Till skillnad mot exempelvis den vidareutbildning som Svensk sjuksköterskeförening bedrev för sina medlemmar utgick varken statsbidrag eller statliga stipendier för hemvårdarinnornas vidareutbildningsverksamhet. Ett fåtal hemvårdarinnor hade förmånen att få sitt uppehälle betalt under förbundets utbildningsvecka av den kommun de arbetade för. Bristen på framgång i utbildningsfrågor kan relateras till statens ambivalens inför att professionalisera hemvårdarinneyrket i kombination med yrkeskårens brist på organisatoriska resurser. Å ena sidan ville staten ha en välutbildad, homogen och kvalificerad yrkeskår, å andra sidan ville man ha en verksamhet och organisation med lokal förankring, inflytande och flexibilitet. Statens ambivalens inför att professionalisera hemvårdarinnorna kom även till uttryck i den sociala hemhjälpens organisatoriska struktur, där hemvårdarinnorna systematiskt hölls utanför de organ som byggdes upp för att planera, leda och administrera den sociala hemhjälpsverksamheten. Hemvårdarinnornas brist på orga-

nisatoriska resurser kan därför delvis ses som knuten till gruppens organisatoriska marginalisering.

Social hemhjälp för äldre och handikappade

Det verkliga hotet mot hemvårdarinnornas jurisdiktion kom emellertid inte att ligga i svårigheterna att få till stånd en förbättrad utbildning, utan i statens välfärdspolitiska ambitionen att låta även äldre, kroniskt sjuka och handikappade ta del av den sociala hemhjälpen. Genom att öppna den sociala hemhjälpen för äldre, sjuka och handikappade hamnade hemvårdarinnorna i ett nytt välfärdspolitiskt sammanhang. Den välfärdspolitiska omsvängningen – att ställa den sociala hemhjälpens resurser till de äldres och handikappades förfogande – kan delvis förstås mot bakgrund av att kurvorna över antalet födda nu åter pekade uppåt. Man kan uttrycka det som att den ena sidan av befolkningskrisen nu var, om än inte löst, så i varje fall under kontroll. Kvar att lösa var den andra sidan av befolkningskrisen, nämligen det snabbt ökande antalet äldre i samhället. Det välfärdspolitiska intresset för hemhjälp till äldre kan ses som ett försök att finna former för att ge äldre en värdig och trygg ålderdom i eget boende.

Behovet av att låta andra grupper än barnfamiljer ta del av den sociala hemhjälpen uppmärksammades redan av Utredningen för hem- och familjefrågor i dess betänkande *Familjeliv och hemarbete* från 1947 (SOU 1947:46).[23] Enligt kommittén borde även äldre, sjuka och handikappade ges möjlighet att ta del av den statsunderstödda sociala hemhjälpen (a.a. sid. 224). Ett tungt vägande motiv i sammanhanget var det ökande antalet äldre. Befolkningsstatistik visade att antalet ålderspensionärer, dvs. de i befolkningen över 67 år, under perioden 1940 till 1970 skulle öka från 503 000 till över 800 000 personer. Även med en kraftig utbyggnad av ålderdomshemmen skulle en stor del av dem förbli kvar i eget boende eller bo hos nära anhörig. Flertalet anhöriga saknade dock kompetens och resurser för att själva ta hand om och vårda sina äldre (a.a. sid. 66).

I stort sett samtliga tillfrågade remissinstanser ställde sig bakom förslaget att öppna den statsunderstödda hemhjälpsverksamheten för andra grupper än barnfamiljer. I linje med hem- och familjeutredningens förslag ändrades därför 1948

[23] Ledamöterna i Utredningen för hem- och familjefrågor var identisk med 1941 års befolkningsutrednings delegation för hem- och familjefrågor, dvs. identisk med den delagation som utarbetade förslaget om en statsunderstödd social hemhjälp (SOU 1947:46 sid. 6).

statsbidragskungörelsen för den sociala hemhjälpen så att det blev möjligt för landets kommuner att låta hemvårdarinnor ge hjälp till äldre, sjuka och handikappade (SOU 1952:38 sid. 44). I enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer skulle dock även fortsättningsvis barnfamiljernas behov av social hemhjälp prioriteras i förhållande till de äldres och handikappades behov. Endast efter det att barnfamiljernas behov av social hemhjälp var tillgodosett kunde de av statens understödda hemvårdarinnor användas till att hjälpa andra grupper (SFS 1951:225). Socialstyrelsens restriktioner innebar att den sociala hemhjälpen endast i ringa omfattning kom att gå till andra grupper än barnfamiljer. Socialstyrelsens egen statistik visade att endast 20 procent av den sociala hemhjälpens insatser gick till äldre och handikappade (Socialstyrelsen Sociala meddelanden nr 9 1952:592). Av denna anledning kom problemet med att tillgodose de äldre och handikappades behov av social hemhjälp att ånyo bli föremål för utredning.

Den sociala hemhjälpen under omstrukturering – Bostadskollektiva kommitténs arbete

Utredningsuppdraget gick till Bostadskollektiva kommittén. Kommitténs uppdrag var att genom kollektiva välfärdslösningar underlätta det dagliga livet för olika familjetyper och åldersgrupper av människor (SOU 1952:38 sid. 5). För att tillgodose hushållens behov av huslig arbetskraft var det kommitténs åsikt att den statsunderstödda hemhjälpen var en av 1940-talets mest betydelsefulla välfärdspolitiska reformer; de utbildade hemvårdarinnorna hade visat sig vara väl lämpade för sin arbetsuppgifter samtidigt som kostnaderna för verksamheten var låga i förhållande till de uppnådda resultaten. En enkät som kommittén sända ut till kommuner, landsting och statliga myndigheter, hemkonsulenter, lanthushållsskolor och kvinnoorganisationer visade att den sociala hemhjälpen var av stort värde inte bara för barnfamiljernas behov utan också för äldre, handikappade och tillfälligt sjuka ensamboende. Samma enkät visade emellertid också att behovet av social hemhjälp vida överskred tillgången på hemvårdarinnor (a.a. sid. 63). Mot denna bakgrund talade det mesta för en fortsatt kraftig utbyggnad av den sociala hemhjälpsverksamheten. Att bereda det stora och ökande antalet äldre plats på ålderdomshem var både en dyrbar och tidskrävande lösning. Platserna på ålderdomshem och inom den slutna vården behövdes för de mest vårdkrävande, friska äldre måste därför hållas kvar i eget boende så länge som möjligt.

Samtidigt kunde utredarna konstatera att det inte var helt oproblematiskt att bygga ut den sociala hemhjälpen. Många kommuner rapporterade om betydande

svårigheter att rekrytera kvalificerade hemvårdarinnor. Statistik från Socialstyrelsen visade att närmare 15 procent av landskommunernas hemvårdarinnebefattningar under 1951 var helt eller delvis obesatta. Motsvarande andel i städerna var 3 procent. Bristen på kvalificerade hemvårdarinnor försvårades dessutom av att i genomsnitt tio procent av yrkeskåren slutade varje år. Samtidigt minskade intresset för att utbilda sig till hemvårdarinna. Både tillströmningen till den reguljära hemvårdarinneutbildningen och till kompletteringskurserna minskade (Socialstyrelsen Sociala meddelanden nr 9 1952:589ff). Enligt Svenska hemvårdarinneförbundet var den enskilt vanligaste orsaken till att man lämnade yrket giftermål, följt av pensionering. Man även hemvårdarinnornas dåliga löne- och anställningsvillkor anfördes som motiv till yngre kvinnors bristande intresse för hemvårdarinneyrket (Hemvårdarinnan nr 2 1952).

Ett annat problem för kommunerna var utformningen av de regler som styrde tilldelning av statsbidrag för den sociala hemhjälpen. Kommunernas tilldelning av statsbidrag styrdes av dess befolkningsmängd, och inte av det reella behovet av hemhjälp i kommunerna. I praktiken innebar systemet att många kommuner slog i bidragstaket långt innan behovet av social hemhjälp var tillgodosett. Från kommittén efterlyste man ett nytt fördelningssystem som bättre tog hänsyn till kommunernas verkliga behov av social hemhjälp. Ett nytt förslag till bidragskonstruktion för den sociala hemhjälpen arbetades fram. Det tidigare behovsprövade bidraget föreslogs ersättas av ett generellt bidrag till kommunerna. För att bättre ta hänsyn till olika kommuners betalningskraft föreslogs bidraget basera sig på kommunernas skatteunderlag (SOU 1952:38 sid. 71). Det nya systemet beräknades öka statens kostnader för social hemhjälp från 3,6 miljoner kronor till 5,8 miljoner kronor. Från kommitténs sida pekade man emellertid på att ökade kostnader var ofrånkomliga ifall den sociala hemhjälpen skulle bibehålla sin välfärdspolitiska betydelse. Det nya bidragssystemet skulle inte bara möjliggöra en expansion av den sociala hemhjälpen utan även bidra till att stoppa den successiva urholkning av statsbidraget som ägt rum sedan det infördes 1944. Inflationen i kombination med ökade kostnader för lön och regleringen av hemvårdarinnornas arbetstid innebar att kommunerna fått bära en allt större andel av kostnaderna för den sociala hemhjälpen. Under perioden 1944 till 1951 ökade kommunernas andel av kostnaderna för den sociala hemhjälpen från 40 procent till över 70 procent (a.a. sid. 51). För många kommuner blev den sociala hemhjälpsverksamheten en allt tyngre ekonomisk börda. Detta tog sig bland annat uttryck i att många kommuner ogärna anställde fler hemvårdarinnor än vad som deras statsbidrag medgav. Och sett över landet i dess

helhet översteg antalet hemvårdarinnor endast marginellt det antal för vilket statsbidrag utgick.

Bristen på utbildade hemvårdarinnor, bidragsreglernas begränsande utformning samt urholkningen av statsbidraget resulterade i att många kommuner sökte nya vägar för att utveckla den sociala hemhjälpen. I många kommuner, framförallt på större orter, började en ny form av organiserad hemhjälp för äldre och handikappade växa fram i nära samverkan med lokala ideella hjälporganisationer, främst Röda Korset. Verksamheten omfattade primärt hjälp med enklare hushållssysslor men i vissa kommuner arrangerades även matservice och enklare sjukvård (a.a. sid. 56; Gaunt 1996:55ff). Stommen i arbetskraften utgjordes av medelålders och äldre gifta, eller förut gifta, kvinnor som kunde tänka sig att arbeta några timmar om dagen mot en mindre ersättning. Att rekrytera medelålders och äldre kvinnor sågs som en både billig lösning och som en garanti för att de som rekryterades hade rikligt med erfarenhet av husligt arbete (SOU 1952:38 sid. 52).

Trots upptäckten av en billig och tidigare oanvänd arbetskraftsreserv var det långt ifrån alla kommuner som erbjöd hemhjälp för äldre. Bostadskollektiva kommitténs kartläggning visade att 1951 var det endast 15 procent av landets kommuner som hade organiserad hemhjälp för äldre och handikappade utanför den statsunderstödda hemhjälpsverksamheten (a.a. sid. 57). Från kommitténs sida ställde man sig dock inte helt okritisk till kommunernas försök att bygga upp en särskilt hemhjälp för äldre och handikappade. En särskild hemhjälp för äldre vid sidan av den statsunderstödda sociala hemhjälpsverksamheten innebar en organisatorisk och verksamhetsmässig splittring av den sociala hemhjälpen. Två separata kommunala hemhjälpsorganisationer för att administrera en i stort sett likartad verksamhet var en både onödig och ineffektiv konstruktion (a.a. sid. 65). För att bringa organisatorisk och verksamhetsmässig klarhet föreslogs båda formerna av hemhjälp knytas till de kommunala hemhjälpsnämnderna och göras statsbidragsgrundande. Statsbidraget skulle kommunerna få använda både till att avlöna utbildade hemvårdarinnor och för att anställa outbildad deltids- och timanställd personal, s.k. hemsamariter. Deltids- och timanställd personal skulle huvudsakligen användas för vardagliga, rutinartade och återkommande hjälpinsatser för äldre och handikappade av mindre kvalificerad art. För denna typ av enklare hushållssysslor ansågs ingen särskild utbildning utöver den egna erfarenheten vara nödvändig. Basen i den sociala hemhjälpsverksamheten skulle dock fortfarande utgöras av heltidsanställda och välutbildade hemvårdarinnor (a.a. sid. 66).

När Bostadskollektiva kommitténs förslag gick ut på remiss blottades en djup och grundläggande spänning mellan de kommunala huvudmannaintressena och hemvårdarinnornas professionella intressen. Svenska stadsförbundet och Svenska landskommunernas förbund välkomnade förslaget om att förstärka den sociala hemhjälpen med timanställd personal medan Svenska hemvårdarinneförbundet uttryckte stor oro för att förslaget skulle leda till att kommunerna i ökad utsträckning skulle börja anställa okvalificerad arbetskraft istället för hemvårdarinnor (Prop. 1954:1 bilaga 7). Den flexibilitet som Svenska stadsförbundet och Svenska landskommunernas förbund såg i förslaget uppfattades av Svenska hemvårdarinneförbundet som ett hot mot den egna yrkesgruppens jurisdiktion.

Socialministern ställde sig tveksam till förslagen i betänkandet. Att få till stånd en fungerande social hemhjälpsverksamhet för äldre och handikappade var visserligen en välfärdspolitiskt angelägen fråga men att finansiera denna utbyggnad med statsbidrag bedömde han som alltför kostsamt för statskassan. Därtill ansåg han att social hemhjälp till äldre och handikappade var en i grunden utpräglad kommunal angelägenhet. Socialministern underströk dessutom att det statsbidrag som utgått till den sociala hemhjälpen aldrig haft något annat syfte än att stimulera kommunerna till att själva bygga upp en fungerande hemhjälpsverksamhet. När verksamhet nu var erkänd och etablerad såg han ingen anledning att gå in med ytterligare statsbidrag även om det handlande om att bereda hemhjälp till nya grupper av behövande. Utvidgningen av den sociala hemhjälpen till äldre och handikappade fick ske utanför den statsunderstödda sociala hemhjälpens ramar. Givet kommunernas intresse för att på egen hand organisera hemhjälp för äldre trodde socialministern att det bara var en tidsfråga innan verksamheten var allmänt spridd och etablerad i landets kommuner. Socialministern såg inte heller några tungt vägande motiv till att organisatoriskt foga de kommunala hemhjälpsinsatserna för äldre och handikappade till de kommunala hemhjälpsnämnderna. För de kommuner som så önskade skulle det emellertid vara fritt att organisatorisk knyta de båda verksamheterna till varandra. Det nuvarande statsbidraget till den sociala hemtjänsten skulle dock inte få användas för att avlöna andra grupper än utbildade hemvårdarinnor. (a.a.).

Hemvårdarinnornas jurisdiktion luckras upp

Statens beslut att varken utvidga eller utöka statsbidragen till den sociala hemhjälpsverksamheten skulle visa sig få förödande konsekvenser för hemvårdarinnornas jurisdiktion. Statens principfasta hållning att statsbidraget endast

skulle få användas till att avlöna utbildade hemvårdarinnor var i rask takt på väg att ändra kommunernas prioritering av rekrytering och anställning av huslig arbetskraft. Kommunernas redan tidigare svala intresse för att på egen hand finansiera och anställa kvalificerade hemvårdarinnor förstärktes. De flesta kommuner nöjde sig med att anställa endast så många hemvårdarinnor som deras statsbidrag berättigade till (SOU 1956:32 sid. 89). Istället för kvalificerade hemvårdarinnor valde kommunerna att i ökad utsträckning anställa deltids- och timanställd arbetskraft. Förutom att deltids- och timanställd personal var enklare att rekrytera och billigare i drift än kvalificerade hemvårdarinnor utgjorde de en mera flexibel arbetskraft för kommunerna. Till skillnad mot hemvårdarinnorna kunde den deltids- och timanställda personalen användas till alla förekommande arbetsuppgifter och grupper inom den sociala hemhjälpsverksamheten – äldre och handikappade likväl som barnfamiljer. En kår av deltids- och timanställd personal gjorde det därför lättare för kommunerna att hantera variationer i efterfrågan på hemhjälp.

Det enda område inom den sociala hemhjälpen där hemvårdarinnor fortfarande ansågs passa bättre än deltids- och timanställd personal var för längre uppdrag i barnfamiljer. Inom Svenska hemvårdarinneförbundet såg man därför med oro på hur kommunernas tilltagande intresse för billig och flexibel arbetskraft resulterade i att man försökte styra efterfrågan på social hemhjälp mot tidsbegränsade och okvalificerade arbetsuppgifter. Genom kraftigt höjda patientavgifter försökte många kommuner styra efterfrågan av hemhjälp mot korta och rutinartade arbetsinsatser (Hemvårdarinnan nr 3 1955). Kommunernas agerande gjorde det inte bara möjligt att tillfredsställa vissa av barnfamiljernas behov genom deltids- och timanställd personal utan bar även med sig fröet till en uppluckring av hemvårdarinnornas jurisdiktion; i takt med att kommunerna höjde patientavgifterna minskade antalet barnfamiljer som hade råd att anlita hemvårdarinnor under en längre sammanhängande period. Detta i sin tur ledde till att hemvårdarinnorna successivt kom att styras över mot kortare och mindre kvalificerade arbetsuppgifter. Gränsen mellan de kvalificerade hemvårdarinnornas arbetsuppgifter och den övriga hemhjälpspersonalens arbetsuppgifter var på väg att suddas ut. Särskilt otydlig blev gränsen i de kommuner där man valt att samla all social hemhjälp under en och samma organisation.

Upplösningen av hemvårdarinnornas jurisdiktion tog ytterligare fart genom införandet av det kommunala bostadstillägget för pensionärer och den proposition som följde på åldringsvårdsutredningens slutbetänkande *Åldringsvård*

(SOU1956:1).[24] I enlighet med förslaget i kommitténs slutbetänkande betonade socialministern att den öppna åldringsvården skulle ses som huvudalternativet för vård av äldre.[25]

> Det alldeles övervägande flertalet åldringar har alltid levat i sina hem, d.v.s. utanför anstalterna. Det råder ingen oenighet om att allt bör göras för att även i framtiden så många gamla som möjligt skall kunna få leva kvar i sina invanda miljöer. I strävan att hålla tillbaka behovet av anstaltsvård måste man emellertid i vår tid med dess utpräglade hushållssplittring vidta särskilda hjälpåtgärder för de gamla i deras hem, s.k. öppen åldringsvård (Prop. 1957:38 sid. 58).

Troligtvis var det inte bara av omtanke om de äldre som socialministern betonade den öppna åldringsvårdens fördelar. I jämförelse med den institutionsbaserade vårdens höga anläggnings- och driftskostnader var den öppna åldringsvården betydligt billigare för samhället (a.a. sid. 58). Trots den öppna åldringsvårdens välfärdspolitiska betydelse var socialministern inte redo att utfästa några särskilda statsbidrag för verksamheten. Att utveckla den öppna åldringsvården betraktade han som en kommunal angelägenhet. Dessutom ansåg han att staten redan lämnade ett visst bidrag till den öppna åldringsvården genom den statsunderstödda sociala hemhjälpsverksamheten. Hemvårdarinnorna gav den öppna kommunala åldringsvården kompetens, stadga och kontinuitet. Förutom de kompetenskrav som gällde för anställning som hemvårdarinna ville han dock inte ställa upp några särskilda kompetenskrav för personalen inom den öppna åldringsvården. Den öppna åldringsvården skulle byggas upp kring den arbetsförmåga och yrkeskunnighet som kvinnor utanför den vanliga arbetsmarknaden, i första hand hemmafruar, besatt (a.a. sid. 59).

Mot denna utveckling hade Svenska hemvårdarinneförbundet lite att sätta emot. Man var en liten organisation med begränsade resurser. Av landets drygt 3000 hemvårdarinnor var mindre än hälften organiserade i Svenska hemvårdarinneförbundet. Förbundet hade också stora svårigheter med att rekrytera och behålla yngre hemvårdarinnor som medlemmar, vilket fick till följd att medelåldern på

---

[24] Det kommunala bostadstillägget gjorde det ekonomiskt möjligt för många äldre att stanna kvar i eget boende och till och med konkurrera om moderna lägenheter (Prop 1957:38 sid. 54).

[25] I åldringsvårdsutredningens betänkande slog man fast att "Åtgärderna inom åldringsvården måste i första hand och i största möjliga utsträckning inriktas på att med alla medel förhjälpa de gamla att utan alltför stora personliga påfrestningar få leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem (SOU 1956:1 sid. 185).

förbundets medlemmar ökade i rask takt. Från förbundets sida oroade man sig för att yngre kvinnornas ovilja att utbilda sig och söka anställning inom den sociala hemhjälpen på sikt skulle försvåra förbundets möjligheter att skaffa sig ett bärkraftigt medlemsunderlag (Hemvårdarinnan nr 2 1958).

Något förvånande tog sig Svenska hemvårdarinneförbundets oro för den egna jurisdiktion aldrig uttryck i någon fientlig inställning till den oftast outbildade deltids- och timanställda personalen. Man önskade visserligen inte bli sammanblandade med den outbildade arbetskraften, men man gjorde inte heller några försök att exkludera den deltids- och timanställda personalen ur den sociala hemhjälpen eller öppna åldringsvården. En förklaring till detta var att Svenska hemvårdarinneförbundet betraktade den deltids- och timanställda personalen som en möjlig rekryteringsbas för hemvårdarinneyrket och som potentiella hemvårdarinnor. Mot bakgrund av unga kvinnors ointresse för att utbilda sig till hemvårdarinnor och förbundets svårigheterna att rekrytera nya medlemmar hade man inga valmöjligheter än att anta en öppen och tolerant hållning mot den outbildade arbetskraften. Från hemvårdarinneförbundet försöka man framställa sig som ett utbildnings- och yrkesmässigt föredöme, något för den outbildade personalen att sträva mot. Förbundet försökte inte heller utöka den egna jurisdiktion genom att förskjuta gränserna gentemot sjuksköterskornas och distriktssköterskornas arbetsuppgifter inom hemsjukvården. Inte heller försökte man ta sig in i den institutionsbaserade äldreomsorgen. Tvärtom kritiserade förbundet de medlemmar som passade på att lämna yrket för en karriär som ålderdomshemsföreståndare när bristen på utbildade ålderdomshemsföreståndare möjliggjorde ett sådant karriärbyte (Hemvårdarinnan nr 1 1959). Svenska hemvårdarinneförbundet höll envist fast vid den egna jurisdiktionen och vidhöll att hemvårdarinnan utgjorde kärnan i de hembaserade omsorgerna kring barn, äldre och handikappade (Hemvårdarinnan nr 1 1960).

Den statsunderstödda sociala hemhjälpen upphör

Vid halvårsskiftet 1960 avskaffades statsbidraget till den sociala hemhjälpsverksamheten. Härmed beseglades hemvårdarinnornas öde; den jurisdiktion som staten dragit upp 1944 men som successivt urholkats fick nu definitivt dödsstöten.

Bakom statens beslut att avskaffa statsbidragen till den sociala hemhjälpen fanns både välfärdspolitiska motiv och förvaltningspolitiska överväganden. I syfte att förenkla den statliga och kommunala förvaltningsapparaten samt underlätta för kommunerna att anpassa den generella välfärdspolitiken efter lokala förhållanden föreslog finansministern 1957 i en proposition att alla statsbidrag till kommunerna som inte längre kunde anses ha någon stimulerande effekt skulle dras in och ersättas med ett generellt statligt schablonbidrag (Prop. 1957:112 sid. 47). Propositionen grundade sig på Allmänna statsbidragsutredningens betänkande *Förenklad statsbidragsgivning* (SOU 1956:8). I betänkandet föreslogs att specialdestinerade statsbidrag endast skulle utgå till kommunala verksamheter som kunde tänkas komma att upphöra eller minska ifall staten understöd föll bort eller begränsades. I fallet med den sociala hemhjälpen ansåg såväl allmänna statsbidragsutredningen som finansministern att verksamheten nått en tillräcklig utbredning och stadga för att man utan risk skulle kunna avskaffa statsbidraget till kommunerna. Och efter överläggningar med socialministern beslutade man att det särskilda statsbidraget till social hemhjälp skulle upphöra från och med halvårsskiftet 1960.

Finansministerns förslag stöddes av Svenska stadsförbundet och Svenska landskommunernas förbund med motiveringen att det skulle öka den kommunala handlingsfriheten att anpassa den sociala hemhjälpen efter olika kommuners skiftande förutsättningar (Prop. 1957:112 sid. 33). De båda kommunförbundens entusiasm delades dock inte av alla remissinstanser. Från Socialstyrelsen riktade man skarp kritik mot förslaget som man menade hotade den sociala hemhjälpens fortsatta utveckling och expansion. Enligt Socialstyrelsen saknade de flesta kommuner tillräckligt med resurser för att på egen hand utveckla och upprätthålla den sociala hemhjälpens standard. Socialstyrelsen fruktade en stagnation av den sociala hemhjälpens fortsatta utbyggnad och utveckling, och inte minst fruktade man att kompetenskraven för hemvårdarinnorna skulle åsidosättas (a.a. 34f).

I ett sista försök att bibehålla en nationell utvecklingsplan och standard inom den sociala hemhjälpen gick Socialstyrelsen den 23 maj 1959 in med en skrivelse till socialdepartementet. I skrivelsen begärde man att staten skulle införa normerande bestämmelser för hur kommuner och landsting skulle organisera och bedriva den sociala hemhjälpen. Bland annat skulle landstingen åläggas ett fortsatt ekonomiskt och organisatoriskt stöd och tydliga bestämmelser införas för vilka kvalifikationer som skulle krävas för anställning som hemvårdarinna. Socialstyrelsen ville också kvarstå som nationell tillsynsmyndighet för all kommunal hemhjälpsverksamhet (Prop. 1960:1, bilaga 7).

Överstyrelsen för yrkesutbildning och Svenska kommunaltjänstemannaförbundet – genom vilka Svenska hemvårdarinneförbundet uttalade sig – stämde in i Socialstyrelsens kritik medan Svenska landstingsförbundet, Svenska landskommunernas förbund och Svenska stadsförbundet ställde sig avvisande till skrivelsen. De tre kommunförbunden ansåg att en statlig reglering av den sociala hemhjälpsverksamheten skulle motverka syftet med den allmänna bidragsreformen och verka inskränkande på den kommunala handlingsfriheten. Från Svenska landstingsförbundet aviserade man dessutom tydligt att man ställde sig högst tveksam till en fortsatt landstingskommunal medverkan. Förbundet såg den sociala hemhjälpen som en primärkommunal angelägenhet (a.a.).

Även socialministern ställde sig avvisade till socialstyrelsens skrivelse. Enligt socialministern fanns det inga skäl till att tro att kommunerna inte skulle upprätthålla de tidigare fastställda kompetenskraven för hemvårdarinnor

> Jag förutsätter, att kompetenskraven skall komma att upprätthållas också i framtiden, även om de inte längre har karaktären av bidragsvillkor (a.a. sid. 27).

Socialstyrelsens oro var dock inte utan grund. Efter statsbidragets avskaffande kom hemvårdarinnorna i snabb takt att marginaliseras. Den sociala hemhjälpsverksamheten kom i allt mindre utsträckning att handla om hemvårdarinnornas traditionella familjevårdande arbete. I välfärdspolitiskt avseende började den sociala hemhjälpen allt mer bli synonymt med äldreomsorg. Redan året efter statsbidragets avskaffande visade Socialstyrelsens årliga statistiska sammanställning att antalet kommunalt anställda hemvårdarinnor minskat från 3 397 till 3 244 (Socialstyrelsen Sociala meddelanden 1962:636). Samma år visade socialpolitiska kommitténs kartläggning att antalet hemsamariter i kommunerna

var fem gånger större än antalet hemvårdarinnor. Antalet hemsamariter uppgick 16 500 varav den absoluta majoriteten var kommunalt anställda (SOU 1963:47 sid. 61). Parallellt med denna utveckling började dessutom flera landsting avveckla sin finansiella medverkan i den sociala hemhjälpsverksamheten (a.a. sid. 57).

Den sociala hemhjälpens välfärdspolitiska tyngdpunktsförskjutning framkom inte minst tydligt i Socialpolitiska kommitténs båda betänkanden *Åldringsvårdens läge* (SOU 1963:47) och *Bättre åldringsvård* (SOU 1964:5). Enligt socialpolitiska kommitténs bedömning var behoven av social hemhjälp för äldre i det närmaste omättligt stora. Lågt räknat skattade man att antalet pensionärer i behov av hemhjälp ökade med drygt 2000 personer varje år (a.a. sid. 115). För att fylla de existerande och framtida arbetskraftsbehovet inom den sociala hemhjälpen för äldre uppskattade man att man inom de närmaste åren behövde rekrytera 3000 till 4000 personer årligen (a.a. sid. 116). Mot bakgrund av det stora behovet av arbetskraft ville man från kommitténs sida inte ställa upp något krav på särskild utbildning för personalen. Utbildning sågs visserligen som önskvärt men av underordnad betydelse i det expansiva skede som den kommunala hemhjälpen för äldre befann sig i. För att ge den kommunala hemhjälpen för äldre ekonomisk och organisatorisk stadga, nationell spridning och enhetlighet föreslog man att ett särskilt statsbidrag skulle inrättas. Från och med 1964 kom också ett särskilt statsbidrag motsvarande 35 procent av kommunernas kostnader att utgå till de kommuner som ordnade särskild hemhjälp för äldre (Prop. 1964:85 sid. 48ff).

Konsekvenser för hemvårdarinnornas jurisdiktion

Avskaffanden av det särskilda statsbidraget för hemvårdarinnor i kombination med förändringen av den sociala hemhjälpens välfärdspolitiska inriktning raserade i snabb takt hemvårdarinnornas jurisdiktion; kommunernas minskade åtaganden inom den familjeorienterade sociala hemhjälpen drev hemvårdarinnorna in i en verksamhet som primärt handlade om återkommande och rutinbetonade hushållssysslor såsom inköp av mat, matlagning, städning och tvättning. Härmed försvann de kvalitativa aspekterna av hemvårdarinnornas arbetsuppgifter. Genom att frikoppla hemvårdarinnornas arbete från barnfamiljernas behov blev hennes professionella kunskaper ej längre efterfrågade. Hemvårdarinnornas arbete kom nu inte längre att handla om att förmedla huslig kunskap till de hjälpbehövande utan endast huslig arbetskraft. Genom detta fick hemvårda-

rinnorna även svårt att göra den egna kunskapen till föremål för krav på en överordnad position i den öppna äldreomsorgens arbetsorganisation.

Genom att avskaffa det särskilda statsbidraget för den sociala hemhjälpsverksamheten upphävde staten i praktiken det ekonomiska incitament som funnits för kommunerna att anställa hemvårdarinnor. Härmed blev hemvårdarinnorna en professionell anomali i en verksamhet som inte längre byggde på professionella kriterier. Kommunernas ointresse för att anställa hemvårdarinnor förstärktes dessutom ytterligare genom införandet av den obligatoriska föräldraförsäkringen och utbyggnaden av barnomsorgen. Genom införandet av föräldraförsäkringen och utbyggnaden av den kommunala barnomsorgen minskade barnfamiljernas behov av kvalificerad huslig arbetskraft.

Avskaffandet av det särskilda statsbidraget för hemvårdarinnor innebar slutet för den verksamhet som gett hemvårdarinnornas jurisdiktion stadga och enhetlighet. Socialstyrelsen som utövat tillsyn över hemvårdarinneverksamheten förlorade sin roll som tillsynsmyndighet och flera landsting började dra sig ur verksamheten. Uttryckt i organisationsteoretiska termer kan man säga att den öppna kommunala äldreomsorgen kom att skapa en ofördelaktig organisatorisk omgivning för hemvårdarinnorna. Genom att ta bort statsbidraget till den sociala hemhjälpsverksamheten och knyta hemvårdarinnorna till äldreomsorgen förändrades grunden för hemvårdarinnekårens omgivningsberoende. I den nya organisatoriska omgivningen kom hemvårdarinnornas professionella och organisatoriska resurser att förlora i betydelse. Varken från statens eller kommunernas sida fanns det något större intresse för att bibehålla och utveckla en kår av välutbildade och heltidsanställda hemvårdarinnor.

I takt med att hemvårdarinnornas arbetsuppgifter allt mer började likna hemsamariternas valde många hemvårdarinnor att lämna SKTF och Svenska hemvårdarinneförbundet till förmån för Svenska kommunalarbetareförbundet, dvs. den fackliga organisation som organiserade hemsamariterna. En del hemvårdarinnor försökte dock orientera sig mot den s k *hemma-hos-verksamhet* som flera kommuner började bygga upp under slutet av 1960-talet och början 1970-talet. Hemma-hos-verksamheten syftade till att utveckla och hjälpa familjer med sociala problem att klara av och förbättra sin livssituation. Hemma-hos-arbetet hade dock en socialpedagogisk karaktär för vilken hemvårdarinnorna saknade utbildning och erfarenhet. I många kommunerna anställde man därför andra personalgrupper än hemvårdarinnor, framförallt socialarbetare (Andrén 1992:44f). De som arbetade med hemma-hos-arbete kallades inte heller hemvårdarinnor

utan hemterapeuter, vilket kan ses som en ytterligare markering att hemma-hos-verksamheten inte skulle förväxlas med social hemhjälp.

Man kan spekulera i varför hemvårdarinnorna inte valde att orientera sig mot den expanderande barnomsorgen. Visserligen saknande man de pedagogiska kunskaperna, men man hade å andra sidan gedigna kunskaper och erfarenheter från arbete med barn. En tänkbar förklaring kan vara att hemvårdarinnorna in i det längsta försökte hålla sig kvar inom det husliga arbete. Det var det husliga arbetet man var utbildad för och som man i nära tjugo år försökt bygga sin jurisdiktion kring. I valet mellan att försöka följa barnen till barnomsorgen eller stanna kvar i hemmen och ta hand om de äldres behov av hemhjälp valde man det sistnämnda.

6. *Arbetsterapeuter*

I detta kapitel är det framväxten och etableringen av en arbets- och sysselsättningsterapeutisk jurisdiktion som står i centrum. Jag kommer att beskriva hur en ny välfärdsstatlig yrkesgrupp tog form i gränslandet mellan sjukvårdens expansion, socialförsäkringssystemets reformering och framväxten av en aktiv arbetsmarknads- och rehabiliteringspolitik. För att blottlägga statens och andra välfärdspolitiska aktörers roll, samt de välfärdspolitiska motiven bakom utvecklingen av en ny yrkeskår ska jag i kapitlet belysa:

- Hur den stat som arbetsterapeuterna först kom att möta såg ut och hur den förändrades under den period som studeras.
- Vilket eller vilka välfärdsspolitiska problem som arbetsterapeuterna var en lösning på under den period som studeras.
- Vilka aktörer förutom staten som deltog i utformningen av arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll och jurisdiktion under den period som studeras.

Tyngdpunkten i framställningen ligger på perioden 1940 fram till mitten av 1960-talet även om jag inledningsvis berör perioden före 1940. Valet att inte ägna perioden före 1940 någon utförligare diskussion hänger samman med att tanken på arbetsterapi som organiserad och medveten medicinsk behandlingsform började ta form i Sverige först mot slutet av 1930-talet. Det tycks inte heller ha funnits någon kollegial känsla av att vara "arbetsterapeut" före slutet av 1930-talet. I allt väsentligt framstår 1940-talet som en central utgångspunkt om man vill studera arbetsterapins framväxt och etablering i Sverige. Befolkningskrisen och den förväntade bristen på arbetskraft medförde att blickarna vändes mot de partiellt arbetsföra, den enda "outnyttjade" resursen på arbetsmarknaden. Frågan om hur man på bästa sätt skulle kunna ta tillvara de partiellt arbetsföras restarbetsförmåga klättrade snabbt upp på den välfärdspolitiska dagordningen och med den följde frågan om behovet av arbets- och sysselsättningsterapi. Från statens sida gav man emellertid uttryck för en påtaglig ambivalens i sitt förhållande till arbetsterapi. Samtidigt som man vid upprepade tillfällen lyfte fram behovet av kvalificerad arbets- och sysselsättningsterapi var

man ovillig att satsa de resurser som krävdes för att ge verksamheten en stabil utbildnings- och verksamhetsmässig grund. På grund av denna obeslutsamhet blev arbetsterapeuternas uppgift och förankring inom vården diffus. Det kom att dröja ända fram till mitten av 1960-talet innan statens ambivalens ersattes av en mer målmedveten satsning på arbetsterapi som behandlingsform och yrke. Bakom satsningen låg ett ökat välfärdspolitiskt intresse för medicinsk rehabilitering.

I vårdens periferi – arbets- och sysselsättningsterapi fram till slutet av 1930-talet

Vid slutet av 1930-talet var arbets- och sysselsättningsterapi fortfarande en underutvecklad behandlingsform vid svenska vårdinrättningar. I jämförelse med länder där arbets- och sysselsättningsterapi kommit att bli en viktig del av rehabiliteringen av krigsskadade och krigsinvalider var Sverige att betrakta som ett u-land. I länder som Tyskland, USA, Kanada och England var arbetsterapi en väl etablerad behandlingsform med en för verksamheten särskilt utbildad personalkategori. I dessa länder hade man tidigt upptäckt att arbets- och sysselsättningsterapi kunde användas för att träna upp och/eller bibehålla patienternas fysiska och psykiska förmågor i samband med långdragna sjukdomsförlopp (SOU 1946:65 sid. 8; SOU 1947:44 sid. 24).

I Sverige, där krigsskadade och krigsinvalider i det närmaste var okända företeelser, saknades däremot tydliga politiska motiv och aktörer för att bygga upp en arbets- och sysselsättningsterapeutisk verksamhet vid landets sjukvårdsinrättningar. Den till omfattning blygsamma svenska arbets- och sysselsättningsterapeutiska verksamheten kom primärt att inrikta sig mot att försöka bereda olika patientkategorier sysselsättning. Tanken var att patienten genom aktivitet skulle förhindras att försjunka in i overksamhet, sjukdomsgrubbleri och apati. Patienterna skulle fostras till ett aktivt liv genom att ge institutionslivet en struktur som liknade livet utanför institutionen. (SOU 1929:7 sid. 110). Vid vårdanstalter för sinnessjuka, sinnesslöa och vanföra växte denna form av arbets- och sysselsättningsterapi fram redan före sekelskiftet. Under 1900-talets första decennier spred sig sedan verksamheten vidare till epileptikervården, sanatorier, kuranstalter. Till vårdanstalterna för kroniskt sjuka, kropps- och epidemisjukhusen nådde verksamheten först under 1930-talet (SOU 1947:44 sid. 15; Nyström 1969:4f).

Talet om brist på lokaler – läkarkårens ointresse för arbets- och sysselsättningsterapi

Till omfattningen och geografisk spridning var den svenska arbets- och sysselsättningsterapeutiska verksamheten ytterst begränsad. Endast vid ett fåtal vårdanstalter skapades möjligheter att ge patienterna en systematisk och terapeutiskt meningsfull sysselsättning. Från många vårdinrättningar anfördes brist på lämp-

liga lokaler som förklaring till frånvaron av terapeutisk meningsfull patientsysselsättning (1929:7 sid. 110f). En viss brist på lokaler förekom säkerligen också då flertalet vårdinrättningar var utformade efter sängliggande patienter. Landets vårdinrättningar hade fått sin utformning efter den gängse medicinska uppfattningen att vila och sängläge utgjorde en central del av behandlingen vid i stort sett alla sjukdomstillstånd (SOU 1948:37 sid. 10; Nyström 1969:6).

Bakom talet om bristen på lokaler kan man emellertid ana en misstro bland sjukvårdspolitiker och inom läkarkåren mot det terapeutiska värdet av att sysselsätta och aktivera patienterna. Bristen på lokaler kan tolkas som en ovilja från läkarkårens sida att stödja en behandlingsform som man i grunden uppfattade som icke-medicinsk. Många läkare hyste en misstänksamhet mot att införa en behandlingsform som gick stick i stäv mot den dominerande synen på medicinsk behandling. Läkarkårens ointresse minskade utrymmet för en medveten och systematisk bedriven arbets- och sysselsättningsterapi. Läkarkåren hade stor makt att själva bestämma över sjukvårdens utformning och inriktning. Formellt sett stod arbets- och sysselsättningsterapi under den behandlande läkarens ansvar. På de vårdinrättningar där man aktivt arbetade med arbets- och sysselsättningsterapi leddes verksamheten ofta av en engagerad läkare (SOU 1947:44 sid. 17; Nyström 1969:12).[26]

Arbets- och sysselsättningsterapi – utanför statens intressesfär

I avsaknad av reella sjukvårdspolitiska motiv kom man varken från statens, landstingens och kommunernas sida att ta några större initiativ till att öka inslaget av arbets- och sysselsättningsterapi inom vården. Från statens sida var man ovillig att anslå medel för att bygga bort lokalbristen. Istället menade man att lokalbristen var temporär och skulle lösa sig i takt med att vårdinrättningarna successivt renoverades och byggdes om (SOU 1929:7 sid.5). Inte heller tog den av läkarintressen dominerade Medicinalstyrelsen några initiativ till att utveckla eller sprida de arbets- och sysselsättningsterapeutiska idéerna. Utan statsmakternas, Medicinalstyrelsens och läkarkårens stöd var den svenska arbets- och sysselsättningsterapin dömd att leva kvar i form av lokalt förankrade projekt. Det behandlingsmässiga värdet av arbets- och sysselsättningsterapi stöddes av ett fåtal läkare och patientorganisationer som Nationalföreningen mot tuberku-

[26] Namn som nämns i dessa sammanhang är bland annat doktor Ernst Westerlund, doktor Jacob Billström, doktor Hakon Sjögren, medicinalrådet och överläkaren Rolf Bergman, doktor Allan Rülcker, marinläkare Pierce Butler och doktor Bengt Åkerblad (Nyström 1969:12)

los, De blindas förening och Riksorganisationen de Vanföras Väl. En mera allmän spridning av arbets- och sysselsättningsterapi låg bortom den nationella, regionala och lokala statens intressesfär och utanför Medicinalstyrelsens och läkarkårens intresse. Dessa förhållanden verkade mot en allmän spridning och nationell utveckling av det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet. Uttryckt i professionsteoretiska termer kan man säga att bristen på sjukvårdspolitiska motiv i kombination med läkarkårens ointresse inte gav upphov till några arenor där förespråkarna för arbets- och sysselsättningsterapi kunde artikulera sina åsikter och intressen inför staten.

Personal och kompetens inom arbets- och sysselsättningsterapi

Bristen på sjukvårdspolitiska incitament i kombinationen med läkarkårens bristande intresse kom att ge den arbets- och sysselsättningsteraputiska verksamheten en praktisk inriktning, med liten eller ingen terapeutisk eller organisatorisk anknytning till annan vård och behandling. I den mån som patienterna aktiverades kom de att sysselsättas i anslutning till den löpande sjukhusdriften, dvs. i kök, tvätteri, verkstäder och trädgårdar. Vanligtvis ersattes sängläge eller promenader med arbete under 1 till 4 timmar per dag. I vissa fall saknades emellertid helt resurser för att sysselsätta patienterna. Endast i en mycket begränsad omfattning kom den arbets- och sysselsättningsterapeutiska verksamheten att utgöras av aktiviteter som låg utanför den löpande driften av sjukhuset. I den utsträckning patienterna sysselsattes utanför den löpande sjukhusdriften handlade det om olika former av slöjd och hantverk som sömnad, vävning, trä- och metallslöjd, bokbinderi, borstbindning etc. (SOU 1947:44 sid. 17).

Utformningen och inriktningen av patientaktiviteterna kom att få konsekvenser för vilken personal och kompetens som kom att knytas till verksamheten. Generellt kan man säga att verksamhetens starka koppling till vårdinrättningarnas löpande verksamhet endast undantagsvis resulterade i särskilda tjänster i arbets- och sysselsättningsterapi. I den mån det förekom var det vid vårdinrättningar där någon läkare visat intresse för verksamheten och på eget bevåg iordningställt arbetssalar och avskilt verksamheten från den löpande sjukhusdriften. De som rekryterades till dessa tjänster hade oftast sin utbildningsmässiga och yrkespraktiska bakgrund inom slöjd och hantverk, exempelvis som handarbetslärarinna, vävlärarinna, slöjdlärare, och snickare. Det vanligaste var dock att verksamheten ombesörjdes av den ordinarie driftspersonalen (a.a. sid. 17). För de manliga patienterna innebar det ofta att maskinisten vid anstalten, någon slöjdkunnig vaktmästare eller trädgårdsmästaren sattes att leda verksam-

heten. För de kvinnliga patienterna vilade oftast ansvaret på husmor eller på någon annan ur köks-, städ- eller tvätteripersonalen. I de fall patienten var sängliggande gick uppgiften vanligtvis, beroende på patientens kön, till en sköterska eller skötare. I mer sällsynta fall kunde även sjukgymnaster engageras i arbetet. På sina håll förekom det också frivilliga insatser från organisationer som Röda Korset och Diakonin (Nyström 1969:4).

Arbets- och sysselsättningsterapins heterogena och lokala karaktär skapade dåliga förutsättningar för en kollegial organisering och en arbets- och sysselsättningsterapeutisk jurisdiktion. Härtill var det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet alltför diffust. Uttryckt i professionsteoretiska termer kan man säga att verksamheten saknade en tillräckligt enhetlig och konkret kärna för att kunna göras till föremål för fackliga och professionella strävanden. För det första var den arbets- och sysselsättningsterapeutiska verksamheten strikt könsuppdelad där manlig personal användes för att sysselsätta manliga patienter med typiska manliga sysslor och vice versa. För det andra så utgjorde de arbets- och sysselsättningsterapeutiska inslagen för det stora flertalet anställda endast en smärre del av deras ordinarie arbetsuppgifter. För det tredje förelåg avsevärda skillnader i utbildningsnivå mellan de olika grupper av anställda som kom att användas inom arbets- och sysselsättningsterapi. Det fåtal anställda som enbart sysslade med arbets- och sysselsättningsterapi hade oftast någon form av yrkes- eller fackutbildning medan övriga saknade högre utbildning än folkskola. Förutsättningarna för kollegial organisering underlättades inte av att det lilla antal fasta tjänster inom området arbets- och sysselsättningsterapi gavs vitt skilda beteckningar. Förutom arbets- och sysselsättningsterapeut användes beteckningar som slöjdföreståndare, ledarinna, arbetsföreståndarska, arbetsföreståndare, arbetsinstruktör. terapiföreståndare, vävlärarinna, barnträdgårdslärarinna, leklärarinna m.fl. (a.a. sid. 4f).

Sammanfattningsvis: Under perioden fram till slutet av 1930-talet saknades ett reellt politiskt och professionellt intresse för arbets- och sysselsättningsterapi. Verksamheten låg utanför såväl den nationella, regionala och lokala statens som läkarkårens intresseområden. Man kan uttrycka det som att arbets- och sysselsättningsterapi aldrig på allvar blev föremål för diskussion på den legala arenan. Av denna anledning blev aldrig några initiativ tagna för att standardisera och systematiskt bygga ut verksamheten över landet. Resultatet blev att den terapeutiska målsättningen med verksamheten, arbets- och sysselsättningsterapins behandlingsformer och klientgrupper samt kraven på personalen att förbli otydliga. Det arbets- och sysselsättningsterapeutiska praxisfält som växte fram kom

att involvera ett flertal olika personalkategorier samt få en strikt könsuppdelad och tydligt praktisk karaktär; det förefaller därför meningslöst att tala om en kår av arbets- och sysselsättningsterapeuter eller om en arbets- och sysselsättningsterapeutisk jurisdiktion under denna period.

Statsmakternas intresse för arbets- och sysselsättningsterapi väcks – perioden 1940-talet

I allt väsentligt framstår 1940-talet som en central utgångspunkt om man vill studera arbetsterapins framväxt och etablering i Sverige. Den svenska välfärdsstaten började ta form vilket bland annat tog sig uttryck i en expansiv sjukvårdspolitik, preventiv socialpolitik och aktiv arbetsmarknadspolitik. Arbetslöshet, medicinsk- och social ohälsa skulle i görligaste mån förebyggas. Krisen i befolkningsfrågan och den förväntade bristen på arbetskraft medförde att blickarna vändes mot de partiellt arbetsföra, den enda ”outnyttjade” resursen på arbetsmarknaden. Frågan om hur man på bästa sätt skulle kunna ta tillvara de partiellt arbetsföras restarbetsförmåga blev snart välfärdspolitiskt intressant och med den följde frågan om behovet av arbets- och sysselsättningsterapi. Härmed skapades ett professionellt utrymme för den yrkeskår som 1944 slöt sig samman i Föreningen för Sysselsättnings- och Arbetsterapi (FAST). Från statens sida gav man emellertid uttryck för en påtaglig ambivalens i sitt förhållande till arbetsterapi. Samtidigt som man vid upprepade tillfällen lyfte fram behovet av arbets- och sysselsättningsterapi som kvalificerade var man ovillig att satsa de resurser som krävdes för att snabbt bygga ut och permanenta verksamheten. På grund av denna obeslutsamhet blev arbetsterapeuternas uppgift och förankring inom vården diffus.

Arbets- och sysselsättningsterapi får en välfärdspolitisk inramning

Mot slutet av 1930-talet och i början av 1940-talet vaknade intresset för arbets- och sysselsättningsterapi i Sverige. Från flera håll höjdes röster som prisade nyttan av arbets- och sysselsättningsterapi och som förespråkade en nationell utbyggnad av verksamheten. Bland dem organisationer som Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos, De blindas förening och Riksorganisationen de Vanföras Väl (SOU 1945:26 sid. 1). Arbets- och sysselsättningsterapi lyftes fram som en nationell och rikspolitisk angelägenhet. Bakom denna förändrade inställning fanns flera faktorer, framförallt av välfärdspolitisk men också av beredskapspolitisk karaktär. Dessa motiv skänkte arbets- och sysselsättningsterapi en behandlingsterapeutiskt och välfärdspolitisk betydelse samtidigt som de pekade ut arbets- och sysselsättningsterapins arbetsuppgifter och klientgrupper.

De beredskapspolitiska motiven

I det motivkomplex som kom att få betydelse för arbets- och sysselsättningsterapins etablering i landet fanns beredskapspolitiska motiv. På regeringens uppdrag hade Medicinalstyrelsen den 13 mars 1942 fått i uppgift att planera och vidta åtgärder för att man i händelse av krig skulle kunna bedriva arbets- och sysselsättningsterapeutisk behandling vid landets beredskapssjukhus. Erfarenheter från de krigförande länderna visade att arbets- och sysselsättningsterapi var en viktig behandlingsform för att motverka den psykiska nedstämdhet och den apati som ofta drabbade krigsskadade personer under deras långa rehabilitering. I Medicinalstyrelsens uppdrag ingick att reservera och utrusta särskilda lokaler för arbetsterapi samt se till att särskilt utbildad personal fanns att tillgå. Parallellt med Medicinalstyrelsen arbetade också en annan av regeringen tillsatt kommitté med att se över hur man på bästa sätt skulle kunna rehabilitera krigsinvalider tillbaka till ett arbetsfört liv (SOU 1947:44 sid. 22).

Beredskapsplanerna lämnade dock aldrig skrivbordet. Med undantag för den lärobok i arbetsterapi som rektorn vid Steneby yrkesskolor Erland Borglund tillsammans med föreståndarinnan vid vanföreanstalten i Stockholm Sigrid Höjer utarbetade på Medicinalstyrelsens uppdrag fick inte det beredskapspolitiska intresset för arbets- och sysselsättningsterapi någon praktisk betydelse för arbetsterapins fortsatta utveckling. Beredskapsarbetets betydelse kom att ligga på ett idémässigt plan. Genom beredskapskommittéernas arbete knöts den svenska föreställningen av arbets- och sysselsättningsterapi till den internationella synen på arbets- och sysselsättningsterapi som en medicinsk och rehabiliterande behandlingsform. Härmed lade man grunden till att betrakta arbets- och sysselsättningsterapi som en modern och rationell och behandlingsform. Arbetsterapi kom att ses som en viktig del i patientens väg tillbaka till arbetslivet. I anslutning till det beredskapspolitiska arbetet svänger Medicinalstyrelsen i sin syn på arbets- och sysselsättningsterapi. Medicinalstyrelsen menar nu att arbets- och sysselsättningsterapi även i fredstid borde kunna vara av stor nytta inom vården.[27]

De välfärdspolitiska motiven

Arbets- och sysselsättningsterapins fortsatta utveckling kom att ske i anslutning till mer renodlat välfärdspolitiska motiv. De välfärdspolitiska motiven skapade

[27] I förordet till Borglunds & Höjers bok *Sysselsättningsterapi på sjukhus och vårdanstalter* framhöll Medicinalstyrelsen att arbets- och sysselsättningsterapi även i fredstid borde vara av stor nytta inom vården.

en arena för arbets- och sysselsättningsterapins utveckling och expansion i landet. På denna arena kom en rad frågor rörande arbets- och sysselsättningsterapins välfärdspolitiska roll och arbetsuppgifter, dess klienter samt arbetsterapeuternas utbildning och avgränsning till andra kvinnliga vårdyrken att tas upp till diskussion.

Redan under 1930-talet hade visionen om en svensk välfärdsstat formulerats inom den socialdemokratiska rörelsen. Visionen var att alla medborgare oavsett inkomst, klass och position på arbetsmarknaden skulle garanteras vård, omsorg och ekonomisk trygghet (Hansson 1944:10ff). Det var emellertid först i början av 1940-talet som planerna på en svensk välfärdsstat på allvar började ta form. Den tyska krigslyckan hade vänt och man började ana att slutet på kriget inte kunde vara långt borta. Samtidigt pekade flera ekonomiska bedömningar på att krigsslutet kunde innebära ökad arbetslöshet och ekonomisk stagnation (Höjer 1952:230f). Att i detta läge påbörja en expansiv och ekonomisk kostsam välfärdspolitik var inte utan problem. Samtidigt var det uppenbart att det just var en ny politik som behövdes. Det behövdes en välfärdspolitik som kunde garantera medborgarna ekonomisk och social trygghet i samband med strukturella och konjunkturella förändringar på arbetsmarknaden. I ett anförande i Kinna den 25 november 1944 yttrade sig statsrådet Tage Erlander i välfärdsfrågan:

> "Hela socialpolitiken har genom detta världskrig kommit i stöpsleven, och tryggheten måste bli en realitet för alla, både för dem, som stå uppe i produktivt arbete, och för dem, som på grund av sjukdom, ålderdom m.m. inte kommit in i den ordinarie produktionen. *Trygghetsproblemets lösning kräver arbetslöshetens borttagande."*(SOU 1945:26, sid. XII. kursivering i original).

Den politiska lösning som kom att skisseras byggde på en kombination av dessa tillsynes motstridiga behov. Välfärdspolitiken skulle vara generell och omfattande på samma gång som den skulle vara produktiv, dvs. inriktad på att återföra människor till arbetslivet (Lindqvist 1990:78). Om människor hade arbete skulle kostnaderna kunna hållas nere samtidigt som staten skulle erhålla en tillräckligt bred skattebas för att finansiera systemet.

Om den ekonomiska förutsättningen för den nya välfärdspolitiken formulerades i termer av arbetslöshetens avskaffande så formulerades välfärdspolitikens organisatoriska förutsättningar i termer av specialisering, rationalisering och koordinering. Välfärdsstatens delar skulle vara specialiserade i förhållande till sina uppgifter. Statens uppgift skulle vara att utreda och planera medan landsting och

kommuner skulle stå för den konkreta produktionen. Specialisering var en grundbult för att rationellt utnyttja välfärdspolitikens resurser, en väg att minska drifts- och personalkostnader samt korta vård- och behandlingstider. Ett optimalt behandlingsresultat och resursutnyttjande krävde emellertid också en effektiv koordination av välfärdsstatens olika delar. Ett stort mått av samarbete mellan välfärdsstatens olika delar var en nödvändighet för att få systemet att fungera (SOU 1945:26 sid. XV).

I planeringen av den framväxande välfärdsstaten kom man från politiskt håll att uppmärksamma behovet av yrkesgrupper som kunde överbrygga klyftan mellan sjukdom och hälsa, arbetsoförmögen och arbetsför. Det fanns ett behov av yrkesgrupper som behandlingsmässigt och organisatorisk kunde binda samman välfärdsstatens två huvuddelar – sjukvården och arbetsmarknadspolitiken. Arbets- och sysselsättningsterapi passade bra in i detta sammanhang, åtminstone på papperet. Från att ha varit en relativt ouppmärksammad verksamhet i den gryende välfärdsstatens utkanter började arbets- och sysselsättningsterapi ses som en intressant behandlingsform. Det man fann tilltalande var arbets- och sysselsättningsterapins löfte, att genom aktivitet rehabilitera patienternas aktivitets- och arbetsförmåga, så att dessa snabbt kunde återgå till produktivt arbete. (Berättelse till 1944 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Socialdepartementet I S:42; SOU 1946:24 sid. 13; SOU 1947:61 sid. 41). Vissa ansåg till och med att arbetsterapi inom en inte alltför avlägsen framtid skulle visa sig vara *"ett av de verksammaste medlen i läkarnas hand att hjälpa de sjuka att övervinna sin sjukdom och återvinna hälsan"* (Motion i AK 1945:347). Rätt använd kunde arbets- och sysselsättningsterapi rationalisera sjukvården genom att korta behandlingstiderna. Inom mentalsjukvården hoppades man på att arbets- och sysselsättningsterapi skulle kunna bidra till att minska kostnaderna för verksamheten genom att bättre ta tillvara patienternas produktiva förmåga i den löpande driften (SOU 1948:37 sid. 40f).

Det är tydligt att det fanns starka samhällsekonomiska motiv bakom det politiska intresset för arbets- och sysselsättningsterapi. För statskassan fanns det stora pengar att spara genom kortare behandlingstider och en snabb och systematisk rehabilitering tillbaka till arbetslivet. Betydelsen av arbets- och sysselsättningsterapi kom att få sitt tydligaste uttryck i frågan om problemet med de *partiellt arbetsföra*. Till gruppen partiellt arbetsföra räknades de vars sjukdom eller handikapp medförde ökade svårigheter att skaffa eller behålla arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Som exempel på grupper av patienter som fördes till gruppen partiellt arbetsföra kan nämnas reumatiker, tuberkulösa (eller

på annat sätt lungsjuka), hörselskadade, synskadade samt människor med andra former av rörelse- och funktionshinder (SOU 1946:24 sid. 14).

För den generella välfärdspolitiken innebar de partiellt arbetsföra ett betydande ekonomiskt och socialt problem. Undersökningar pekade på att så många som 26 procent av befolkningen i arbetsför ålder i ett eller annat avseende kunde betraktas som partiellt arbetsför (Blomqvist 1990:46). Andelen partiellt arbetsföra förväntades dessutom stiga i takt med att rationaliseringar och strukturomvandlingar ställde ökade fysiska och psykiska krav på arbetskraften (SOU 1946:24 sid. 9). Från statens sida bedömde man det som mycket angeläget att minska antalet partiellt arbetsföra då det stora flertalet partiellt arbetsföra uppbar någon form av offentligt understöd. Även befolkningspolitiska skäl talade för att man behövde minska antalet partiellt arbetsföra; en tilltagande skevhet befolkningsstrukturen gjorde det angeläget att ta tillvara de partiellt arbetsföras produktiva förmåga (Berättelse till 1944 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Socialdepartementet I S:42). Från patientorganisationer som Nationalföreningen mot tuberkulos, De blindas förening och Riksorganisationen de Vanföras Väl hördes sociala och humanitära skäl för att införa arbets- och sysselsättningsterapi vid landets vårdinrättningar (SOU 1945:26 sid. 1). Nationalföreningen mot tuberkulos hade redan 1939 tagit upp frågan om arbets- och sysselsättningsterapi i den utredning man lät göra angående förbättringar inom tuberkulosvården (Nationalföreningen mot tuberkulos. Meddelande nr 27. 1939).

Mot bakgrund av den problembild som tecknades kom man från statens sida att efterlysa fler och effektiva åtgärder för att öka de partiellt arbetsföras möjligheter till arbete. Dessa åtgärder innefattade såväl sjukvårdande som social- och arbetsvårdande insatser. Som en del av de sjuk- och arbetsvårdande insatserna föreslogs en allmän och systematisk arbets- och sysselsättningsterapi. Genom arbets- och sysselsättningsterapi skulle patienternas arbetsförmåga vidmakthållas och utvecklas under sjukdomsperioden. Som behandlingsform betraktat ansågs dessutom arbets- och sysselsättningsterapi ha en socialmoraliskt fostrande effekt. Betoningen på arbete och aktivitet i behandlingen sågs som ett viktig led i patienternas fostran till lönearbete.

> Arbete är en profylax mot asocialitet och utgör också ett viktigt led i eftervården för konvalescenten, till och med en förutsättning för tillfrisknande (SOU 1946:24 sid. 25).

Även arbetsterapeuten kom att tillskrivas en gränsöverskridande roll. De partiellt arbetsföras behov av aktivitetsbefrämjande och rehabiliterande sjuk-, social- och arbetsvårdande insatser aktualiserade behovet av samverkan över de välfärdspolitiska sektors- och organisationsgränserna. I arbetsterapeutens yrkesroll kom man att se fröet till en framtida länk mellan sjukvårdande, sociala och arbetsvårdande insatser (a.a. sid. sid. 33f; SOU 1947:44 sid. 41).

Arbets- och sysselsättningsterapi som behandlingsform och yrke kom dock inte att få den framträdande position som den välfärdspolitiska diskussionen initialt pekade mot. Välfärdspolitiken kom att få en inriktning och organisering som endast i begränsad omfattning gav utrymme för en expansion och utveckling av arbets- och sysselsättningsterapi. Det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet kom att brytas mot skilda välfärdspolitiska aktörers målsättningar och intressen. För att klarlägga motiven bakom denna omsvängning och lokalisera de inblandade välfärdspolitiska aktörerna ska jag följa den arbets- och sysselsättningsterapeutiska frågan genom det statliga utredningsväsendet under 1940-talet, fram till den första arbetsterapeututbildningen 1949.

Arbets- och sysselsättningsterapi under utredning

De enskilt två viktigaste kommittéerna för utformningen av en arbets- och sysselsättningsterapeutisk jurisdiktion var Kommittén för partiellt arbetsföra och Statens sjukhusutredning av år 1943. Som jurisdiktion kom arbets- och sysselsättningsterapi i allt väsentligt att få sin form inom ramen för dessa två kommittéers arbete. Av denna anledning ska jag dröja kvar vid dessa båda kommittéer, studera deras förslag samt det mottagande och de konsekvenser som betänkandet fick för arbets- och sysselsättningsterapins utveckling i landet.

Kommittén för partiellt arbetsföra och Statens sjukhusutredning kom att närma sig frågan om arbets- och sysselsättningsterapi från delvis olika utgångspunkter. I direktiven till Kommittén för partiellt arbetsföra relaterades behovet av arbets- och sysselsättningsterapi till de partiellt arbetsföras behov av arbetsrehabiliterande insatser, medan Statens sjukhusutredning hade i uppdrag att se över i vilken utsträckning arbets- och sysselsättningsterapi kunde bidra till vårdens rationalisering. Frågan om arbets- och sysselsättningsterapi stod emellertid inte i centrum för någon av kommittéernas utredningsuppdrag. Kommittén för partiellt arbetsföra hade tillsats i syfte att underlätta för partiellt arbetsföra att ta sig in på arbetsmarknaden medan Statens sjukhusutredning hade att utreda hur statens kostnader för sjukvård och mentalsjukvård skulle kunna minskas. I kom-

mittédirektiven ålade man dem dock att samarbeta i de frågor som rörde arbets- och sysselsättningsterapi (a.a. sid. 12f).

Arbets- och sysselsättningsterapi inom arbetsmarknadspolitiken – Kommittén för partiellt arbetsföra

I syfte att finna åtgärder för att öka de partiellt arbetsföras möjligheter att komma in på den reguljära arbetsmarknaden tillsatte regeringen den 15 oktober 1943 Kommittén för partiellt arbetsföra. Från regeringen såg man med oro på att en växande andel av befolkningen ställdes utanför arbetslivet utan möjligheter att dra försorg om sig själva eller sina familjer (SOU 1946:24 sid. 28). Bakom omsorgen om den enskilda medborgaren fanns dock andra motiv såsom de ökande kostnaderna i trygghetssystemen och den förväntade bristen på arbetskraft. I den rådande situationen utgjorde de partiellt arbetsföra en ekonomisk belastning för staten, men rätt använd skulle de kunna utgöra en betydande arbetskraftsreserv för landet (SOU 1947:44 sid. 12).

Som sakkunniga kallades Alva Myrdal, Richard Sterner och Gösta Rehn. Till ordförande utsågs landshövding Hilding Kjellman. I kommittén ingick även representanter för de partiellt arbetsföra, först Charles Hedkvist från De blindas förening, och senare även Sixten Hammarberg från De lungsjukas riksförbund (Blomqvist 1990:78f). Någon arbetsterapeut fanns inte bland utredningens ledamöter, men inom kommittén fanns ett allmänt starkt intresse för arbets- och sysselsättningsterapeutiska frågor. Detta intresse tog sig bland annat uttryck i att kommittén i samarbete med grevinnan Estelle Bernadotte på hösten 1944 tog initiativ till att bilda föreningen Kommittén för kurser i sysselsättningsterapi (SOU 1947:44 sid. 8).[28] Syftet med kommittén var att propagera för införandet av arbets- och sysselsättningsterapi i Sverige (SOU 1946:65 sid. 7).[29]

---

[28] Estelle Bernadotte hade kommit i kontakt med arbets- och sysselsättningsterapi under sina resor i USA. I en artikel i tidskriften Hertha beskrev hon sina erfarenheter av arbets- och sysselsättningsterapi och pekade ut yrket som ett synnerligen passande yrke för unga flickor (Hertha 1944 nr. 10 sid. 179).

[29] Tillsammans med Röda Korset stod Kommittén för kurser i sysselsättningsterapi bakom de två första kurserna i arbets- och sysselsättningsterapi i landet 1944 och 1945 (SOU 1947:44 sid. 23). Till ordförande i Kommittén för kurser i sysselsättningsterapi utsågs grevinnan Estelle Bernadotte. Bland övriga ledamöterna återfanns John Lundqvist, chefsöverläkaren vid Sollidens sanatorium tillika Medicinalstyrelsen expert i tuberkulosfrågor, förste byråläkaren vid försvarets sjukvårdsförvaltning K-E Groth, medicine professor Sten Friberg och generalsekreteraren för överstyrelsen för svenska Röda Korset, S. Rydman (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: Medlemsförteckning över ledamöter i Kommittén för kurser i sysselsättningsterapi den 5/3 1946). Som representant och ledamot för Kommittén för partiellt arbetsföra ingick Stadsdistriktsläkaren Allan Rülcker (SOU 1946:24 sid. 6). Samarbetet mellan de båda kommittéerna fortsatte under

Sett i relation till det totala utredningsuppdraget utgjorde frågan om de partiellt arbetsföras behov av arbets- och sysselsättningsterapi endast en mindre del. Den utredningsmässiga tyngdpunkten låg på arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. I direktiven ingick att kommittén skulle studera de partiellt arbetsföras möjligheter till anställning i allmän och enskild tjänst, möjligheter till yrkesvägledning, yrkesutbildning, yrkesprövning och omskolning samt arbetsvårdens och socialväsendets organisering (SOU 1946:24 sid. 6). Under utredningsarbetets gång började det också stå alltmer klart att arbets- och sysselsättningsterapi endast marginellt kunde bidra till att underlätta de partiellt arbetsföras möjligheter till arbete. De partiellt arbetsföras grundläggande problem stod att finna i en bristande överensstämmelse mellan arbetsmarknadens krav och de partiellt arbetsföras arbetsförmåga och kompetens (a.a. sid. 30). I detta perspektiv framstod utbudsbefrämjande åtgärder – yrkesvägledning, yrkesutbildning, omskolning, yrkesprövning, anlagsprövning och platsförmedling – som en lösning på de partiellt arbetsföras problem (a.a. sid. 13f). Sett ur ett välfärdspolitiskt perspektiv skulle de partiellt arbetsföras problem lösas med hjälp av produktivitetsbefrämjande, kollektiva och storskaliga insatser framför individualinriktade och medicinska insatser som exempelvis arbetsterapi. Prioriteringen av arbetslivsinriktade insatser placerade statens arbetsmarknadskommission, länsarbetsnämnderna och arbetsförmedlingen som arbetsvårdens organisatoriska nav medan sjukvårdens organisationer och yrkesgrupper, däribland arbetsterapeuter, tillskrevs en underordnad roll inom arbetsvården.[30] (a.a. sid. 76f). Sjukvårdens roll inom arbetsvården reducerades till att handla om att medicinskt förbereda patienterna inför mötet med arbetsvården. Genom att betrakta de partiellt arbetsföras problem som ett arbetsmarknadsproblem upprättade kommittén en organisatorisk och verksamhetsmässig bodelning mellan sjukvård och arbetsvård, eller om man så vill, mellan medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering.

---

hela utredningsperioden. Bland annat utsåg och samfinansierade man den studiedelegat som Kommittén för partiellt arbetsföra sände till USA för att studera arbets- och sysselsättningsterapi.

[30] I begreppet *arbetsvård* lät man rymma alla de åtgärder av förberedande och direkt natur, som man ansåg nödvändiga för att inlemma de partiellt arbetsföra i produktionslivet. Dessa handlade om rörelse, arbets- och sysselsättningsterapi, yrkesvägledning, arbetsprövning, yrkesutbildning, arbetsträning samt arbetsförmedling. Dessutom ingick ekonomiska åtgärder för att trygga försörjningen under tiden för arbetsvårdens behandling (SOU 1946:24 sid. 13).

Arbets- och sysselsättningsterapi inom sjukvården – Statens sjukhusutredning av år 1943

I syfte att finna former för att rationalisera och effektivisera vården – minska driftskostnaderna och bättre tillvarata personalens arbetskraft – tillsattes under våren 1943 en statlig sjukhusutredning (Post och Inrikes Tidningar 18/6 1943).[31] Till skillnad mot kommittén för partiellt arbetsföra ingick emellertid inte frågan om arbets- och sysselsättningsterapi i sjukhusutredningens ursprungliga uppdrag. Frågan om arbets- och sysselsättningsterapi landade på sjukhusutredningens bord genom ett tilläggsdirektiv 1945. Bakgrunden var en motion i andra kammaren där frågan ställdes huruvida arbets- och sysselsättningsterapi skulle kunna effektivisera och rationalisera vården genom kortare vårdtider (Motion i AK 1945:347). Medicinalstyrelsen ställde sig tveksam till arbets- och sysselsättningsterapins möjligheter att rationalisera och effektivisera vården, man var dock villig att utreda frågan vidare. Från läkarkårens organisationer stödde man motionen medan Landstingsförbundet ansåg att den korta liggtiden vid sjukhusen gjorde det omotiverat att införa arbets- och sysselsättningsterapi (SOU 1947:44 sid. 98f).

Den av riksdagspolitiker, läkare, sjukvårdshuvudmän och rationaliseringsexperter sammansatta sjukhusutredningen hade en i grunden positiv inställning till arbets- och sysselsättningsterapi. Arbets- och sysselsättningsterapi hade en stor terapeutisk betydelse för att bibehålla aktivitetsnivån och träna upp funktionsförmågan hos patienter med långa vårdtider. Sjukhusutredningen ville emellertid gå försiktigt fram då man menade att en alltför omfattande satsning på arbets- och sysselsättningsterapi hotade att öka sjukhusens redan höga driftskostnader (SOU 1947:61 sid. 41). Dokumenterade erfarenheter av huruvida arbets- och sysselsättningsterapi verkligen bidrog till att korta vårdtiderna saknades (SOU 1947:44 sid. 101). Från kommitténs sida ville man därför i första hand slå vakt om och prioritera den medicinska vårdens kvalitet och omfattning, framför att införa en ny behandlingsmetod med osäker terapeutisk effekt.

Kompromisser kring en jurisdiktion – det gemensamma förslaget

Trots att arbets- och sysselsättningsterapi varken sågs som en lösning på de partiellt arbetsföras problem eller vårdens rationalisering kom Kommittén för partiellt arbetsföra och Statens sjukhusutredning i ett gemensamt betänkande – *Utredning och förslag angående sysselsättnings- och arbetsterapi vid vissa sjukhus och vårdanstalter* – att dra upp riktlinjerna för ett arbets- och syssel-

[31] För direktiven till Statens sjukhusutredning se kapitel 5 sid. 75.

sättningsterapeutiskt verksamhets- och kunskapsområde. Med sjuksköterskor och sjukgymnaster som yrkesmässiga förebilder formades ett nytt yrke – arbetsterapeuten. Uttryckt i professionsteoretiska termer kan man säga att de båda kommittéerna drog upp riktlinjerna för en framtida arbets- och sysselsättningsterapeutisk jurisdiktion och den yrkesgrupp som skulle komma att ta jurisdiktionen i besittning.

I förhållande till det välfärdspolitiska behov av arbets- och sysselsättningsterapi som de båda kommittéerna funnit var det gemensamma förslaget förvånansvärt långtgående. Samtidigt var det ett kompromissförslag. Mest angelägna om att skapa en arbets- och sysselsättningsterapeutiskt jurisdiktion var Kommittén för partiellt arbetsföra, vilket kanske inte var så förvånande med tanke på det nära samarbetet med Kommittén för kurser i sysselsättningsterapi. Kommittén för partiellt arbetsföra konstaterade visserligen att efterfrågan på arbetsterapeuter i Sverige för tillfället var låg, men att internationella erfarenheter pekade på att arbets- och sysselsättningsterapeutisk rehabilitering skulle komma att bli ett allt viktigare inslag i modern sjukvård. Mot denna bakgrund borde Sverige redan nu bygga upp en välutbildad arbetsterapeutisk yrkeskår (a.a. sid. 60). En välutbildad yrkeskår var inte enbart av terapeutiskt värde utan var också en nödvändighet för att vinna patienternas, läkarnas och sjukvårdshuvudmännens förtroende. I utbildning skulle slöjd- och hantverkstekniska färdigheter kombineras med teoretiska kunskaper i medicinska och sociala ämnen (a.a. sid. 121ff). Internationella utblickar pekade på att en sådan utbildning knappast kunde klaras av på kortare tid än två till tre år (SOU 1946:65).

Även sjukhusutredningen ställde sig positiva till att bygga upp en arbetsterapeutisk yrkeskår. Arbets- och sysselsättningsterapi var ett betydelsefullt inslag i behandlingen av patienter med långa behandlingstider. Med en ökad tillgång på utbildade arbetsterapeuter skulle troligtvis också sjukvårdshuvudmännens intresse för arbets- och sysselsättningsterapi öka. Enligt sjukhusutredningen var det dock endast ett fåtal av sjukvårdens patienter som var i behov av kvalificerad arbetsterapeutisk behandling, dvs. funktionsförbättrande eller yrkesförberedande behandling. Till övervägande delen handlade det om behandling av sysselsättningsterapeutisk karaktär – att sysselsätta, stimulera och förströ patienterna. Distinktionen mellan arbets- och sysselsättningsterapi fick sjukhusutredningen att överväga möjligheten att införa två yrkesgrupper med skilda arbetsuppgifter och utbildning. Efter att noga ha vägt för- och nackdelar mot varandra valde man dock att gå på samma linje som Kommittén för partiellt arbetsföra och föreslå en enhetlig utbildning i arbets- och sysselsättningsterapi.

Sett ur ett längre perspektiv var en enhetlig yrkeskår med kompetens inom hela det arbets- och sysselsättningsterapeutiska området till större nytta för vården (SOU 1948:37 sid. 61).

Arbetsuppgifter, yrkeskvalifikationer och utbildning – arbets- och sysselsättningsterapins kunskaps- och praxisgränser

En central utgångspunkt i det gemensamma förslaget var att arbets- och sysselsättningsterapi skulle betraktas som en medicinsk behandlingsform. Som medicinsk behandlingsform var arbets- och sysselsättningsterapi användbar inom de flesta områden av sjuk-, mental- och arbetsvård där en organiserad och planmässig patientsysselsättning, arbetsrehabilitering och funktionsbefrämjande behandling eftersträvades. I likhet med andra medicinska behandlingsformer skulle arbets- och sysselsättningsterapi stå under läkares kontroll och utgå först efter läkares ordination. Professionellt och organisatoriskt skulle arbetsterapeuten vara direkt underställd vederbörande läkare. I relationen till andra vårdyrken skulle däremot arbetsterapeuten ha en självständig ställning, närmast jämförlig med den ställning som sjukgymnasten och sjuksköterskan givits i vårdorganisationen (SOU 1947:44 sid. 132f).

Att utredarna ville ge arbetsterapeuter samma professionella status och organisatoriska position som sjukgymnaster och sjuksköterskor var knappast en tillfällighet. I betänkandet lyftes sjukgymnaster och sjuksköterskor fram som arbetsterapeutens närmaste yrkesgrannar. Arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor förutspåddes få mycket med varandra att göra i den framtida vården (a.a. sid. 132f). Och eftersom deras kompetenser sågs som sidoordnade och komplementära var det viktigt att försöka ge de tre yrkesgrupperna samma professionella och organisatoriska status.

Verksamhetsmässigt var det sjukgymnasterna som stod arbetsterapeuterna närmast. Sjukgymnastik och arbets- och sysselsättningsterapeutisk behandling verkade efter liknande linjer. Sjukgymnastens arbete skilde sig från arbetsterapeutens främst genom att ta sikte på den skadade kroppsdelens motoriska funktioner (a.a. sid. 11). Arbetsterapeutens arbete var i detta sammanhang inriktat på att kompensera för förluster av motoriska funktioner, dvs. funktionsförbättrande behandling. Vid många sjukdomstillstånd förutspåddes arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbeta sida vid sida med samma patienter. Sjuksköterskan stod verksamhetsmässigt inte arbetsterapeuten lika nära. Trots detta förebådades ett nära samarbete mellan yrkesgrupperna då arbetsterapeutens

kontakt med patienterna i de flesta fall förväntades gå genom sjuksköterskan som förestod vårdavdelningarna (a.a. sid. 132f).

Förslaget till utbildning av arbetsterapeuter – dess innehåll, form och organisering – präglades av det verksamhetsområde som utredarna mutat in för arbetsterapeuterna. Utbildning skulle ge kompetens inom in ett brett område av arbetsuppgifter från patientsysselsättning och arbetsrehabilitering till funktionsbefrämjande behandling, inom sjuk-, mental- och arbetsvård. Internationella utblickar till bland annat USA, Danmark och England pekade på att en sådan utbildning knappast kunde klaras av på mindre tid än två år. För att inte rubba den professionella balansen mellan sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter ville man emellertid inte heller föreslå en längre utbildning än två år (a.a. sid. 125). Inte heller ville man avvika alltför mycket i kraven på förkunskaper och behörighetsgrunder. För att antas till arbetsterapeututbildningen skulle krävas normalskolekompetens, alternativt realexamen eller två kurser vid folkhögskola, samt vitsordad tjänstgöring som biträde eller liknande vid sjukhus (a.a. sid. 124). Innan godkänd examen utfärdades föreslogs arbetsterapeuteleverna, likt sjuksköterskor och sjukgymnaster, fullgöra en tid av assistenttjänstgöring (a.a. sid. 126) För godkända arbetsterapeuter föreslog legitimation efter samma principer som för sjukgymnaster (a.a. sid. 129).

Innehållsmässigt dominerades utbildningen av slöjd- och hantverkstekniker. Av utbildningens två år (64 veckor) skulle 50 veckor ägnas åt slöjd- och hantverkstekniker. Detta var betydligt mera än i de flesta internationellt jämförbara arbetsterapeututbildningar. Från kommittéernas sida betonade man emellertid betydelsen av att anpassa utbildningen efter svenska förhållanden. Det stora inslaget av slöjd- och hantverkstekniker motiverades med hänvisning till att behovet av arbets- och sysselsättningsterapi till största delen hade karaktären av sysselsättning och förströelse. För att finna stimulerande sysselsättning för alla typer av medicinska diagnoser och patientkategorier krävdes gedigna kunskaper i slöjd och hantverk. Utbildningens resterande 14 veckor skulle ägnas åt arbets- och sysselsättningsteori, medicinska ämnen – framförallt anatomi, fysiologi, neurologi och rörelselära – samt arbetsvårdens problematik, organisation och funktion (a.a. sid. 126f). De teoretiska ämnena skulle ge arbetsterapeuterna en grund för att, i likhet med sjukgymnaster och sjuksköterskor, uppträda som självständiga vårdgivare. Målet var att ge arbetsterapeuterna en teoretisk bas för att självständigt, dock i samförstånd med vederbörande läkare, organisera och bedriva sysselsättnings- och arbetsterapeutisk behandlingsarbete (a.a. sid. 61).

För att redan under utbildningen träna blivande arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor att samarbeta med varandra föreslog utredarna att den teoretiska delen av arbetsterapeututbildningen skulle samordnas med sjuksköterske- eller sjukgymnastutbildningen. En viss samordning av utbildningarna skulle dessutom underlätta för de elever som av en eller annan anledning ville byta studieinriktning. Ett tungt vägande motiv torde dock ha utgjorts av svårigheterna att snabbt ordna resurser till arbetsterapeututbildningen, framförallt lokaler och undervisande läkare. Genom att organisatoriskt knyta utbildningen till sjuksköterske- eller sjukgymnastutbildningen skulle behovet av läkare och undervisningslokaler kunna tryggas. Tanken på en utbildningsmässig samordning fick emellertid överges då varken Gymnastiska centralinstitutet (som utbildade sjukgymnaster) eller landets sjuksköterskeskolor ansågs sig ha tillräckliga resurser för att ta emot den nya utbildningen. Från den av sjuksköterskeintressen dominerade 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen menade man att den planerade utvidgningen av sjuksköterskeutbildningen skulle komma att ta samtliga sjuksköterskeskolors resurser i anspråk (a.a. sid. 121ff). Det torde dock även ha legat professionella intressen bakom talet om resursbrist. Utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv är det svårt att finna motiv till varför sjukgymnaster och sjuksköterskor överhuvudtaget skulle välja att stödja en ny yrkesgrupp vars jurisdiktion föreslogs få en dragning i direkt (sjukgymnaster) eller nära (sjuksköterskor) anslutning till den egna jurisdiktionen.

Efter de negativa beskeden återstod inga andra alternativ än att förlägga hela arbetsterapeututbildningen till Slöjdföreningens skola i Göteborg. Vid Slöjdföreningens skola fanns lediga lokaler och tack vare närheten till Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg bedömde man tillgången på undervisande läkare som goda (a.a. sid. 123f). Utbildningskapaciteten bedömdes till ca. 40 arbetsterapeuter per år, vilket innebar att det skulle ta mer än tio år innan man nådde upp till det av utredarna uppskattade behovet av sammanlagt 500 arbetsterapeuter.

Inflytande, tillsyn och autonomi – arbets- och sysselsättningsterapins organisatoriska gränser

Det handlade emellertid inte bara om att bringa klarhet i arbetsterapeuternas arbetsuppgifter och utbildning. En lika viktigt uppgift var att ge arbets- och sysselsättningsterapin i landet en stabil organisatorisk plattform att arbeta från. För att säkerställa en utbildningsmässig överensstämmelse mellan utbildningens innehåll och de välfärdspolitiska behoven av arbets- och sysselsättningsterapi skulle arbetsterapeututbildningen ges en egen styrelse inom Slöjdföreningens

skola i Göteborg. Styrelsens sammansättning skulle spegla de olika välfärdspolitiska avnämarintressen som kunde tänkas ha intresse av arbets- och sysselsättningsterapi. I styrelsen föreslogs representanter från arbetsvården, sjukvårdens huvudmän och läkarkåren ingå tillsammans med rektorerna för Socialinstitutet och Slöjdföreningens skola i Göteborg (a.a. sid. 127).

På nationell nivå föreslogs utbildningen ställas under tillsyn av Överstyrelsen för yrkesutbildning (a.a. sid. 146). Genom att knyta utbildningen till överstyrelsen löste man frågan om vem som skulle betala för den nya utbildningen; pengarna skulle tas från statens budget till de statsunderstödda yrkesutbildningarna. Denna lösning gjorde dessutom utbildningen avgiftsfri och studenterna berättigade till elevstipendier (a.a. sid. 129f). För att organisatoriskt knyta det arbets- och sysselsättningsterapeutiska arbetet närmare vården föreslogs verksamma terapeuter – likt sjuksköterskor och sjukgymnaster – ställas under Medicinalstyrelsens tillsyn (a.a. sid. 129).

I vårdens arbetsorganisation skulle arbetsterapeuternas professionella autonomi och status upprätthållas genom att upplåta särskilda lokaler för arbets- och sysselsättningsterapeutiskt behandlingsarbete. Den nuvarande bristen på lokaler inom vården lyftes fram som ett av de största hoten mot arbets- och sysselsättningsterapins utveckling som behandlingsform. Utredarna menade att om förslagen i betänkandet skulle kunna realiseras så måste bristen på lokaler för arbets- och sysselsättningsterapi tillgodoses (a.a. sid. 135f).

> "Vidare bör i anslutning till arbetsterapilokalerna inrättas ett särskilt rum för arbetsterapeuten, helst förbundet med förrådslokaler för material och verktyg, och försett med telefon. Det är av stor betydelse, att terapeuten beredes lättnad och trevnad i arbetet genom att tillförsäkras självständighet i lokalhänseende." (a.a. sid. 136)

Klass och kön – femininisering och förborgerligande av arbets- och sysselsättningsterapi som välfärdsstatligt projekt

De systematiska jämförelserna mellan sjukgymnaster, sjuksköterskor och arbetsterapeuter tyder på att utredarna redan från början strävade efter att ge arbetsterapeutkåren och den arbets- och sysselsättningsterapeutiska jurisdiktionen en kvinnlig könskodning. Även tyngdpunkten på kvinnliga slöjd- och hantverkstekniker såsom vävning, sömnad, knyppling, mattknytning och modellering samt arbetsterapeuternas underordnade position gentemot läkarna

tyder på detta. Utredarnas förslag innebar emellertid inte enbart en könsmässig kodning av arbetsterapeuterna. Det innehöll också en klassmässig strukturering av yrket. Genom att söka arbetsterapeutens professionella förebilder hos sjuksköterskor och sjukgymnaster konstruerade man yrket som ett yrke för medelklassens kvinnor. Med hänsyn taget till arbetsterapeuternas utbildning och ställning inom vården ansåg kommittén att arbetsterapeuterna borde ges samma löneförmåner som sjukgymnaster och sjuksköterskor (a.a. sid. 130f).

Bakom femininiseringen och förborgerligandet av arbetsterapeuten låg starka intressen. Inom Kommittén för partiellt arbetsföra fanns nära band till den borgerligt orienterade Kommittén för kurser i sysselsättningsterapi vilka i arbetsterapeuten såg ett nytt och passande yrke för borgerlighetens välutbildade unga kvinnor. Samtidigt banade läkarkårens betydande representation i utredningarna vägen för tydlig hierarkisk underordning av arbetsterapeuten. Uttryckt i professionsteoretiska termer kan man säga att läkarkåren använde sitt inflytande till att artikulera en tydlig demarkationsstrategi gentemot den nya yrkesgruppen; genom att påvisa och hänvisa till släktskapet med andra underordnade kvinnodominerade yrken – såsom sjuksköterskor och sjukgymnaster – försökte man hierarkiskt underordna sig den nya yrkesgruppen.

Ett professionellt projekt i behov av en välfärdspolitisk grund – förslaget ut på remiss

I samband med remissbehandlingen av utredarnas förslag började det stå alltmer klart att stora delar av förslaget saknade välfärdspolitisk förankring. Kring flera grundläggande frågor såsom arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll, behovet av arbets- och sysselsättningsterapi och arbetsterapeuternas arbetsuppgifter rådde en betydande oenighet mellan utredare och remissinstanser. Få ställde sig dock direkt avvisande till arbets- och sysselsättningsterapi. Frågan handlade snarare om de välfärdspolitiska förutsättningarna, villkoren och takten för arbets- och sysselsättningsterapins utveckling och utbyggnad i landet.

Till de som ställde sig mest kritiska till utredarnas förslag hörde Medicinalstyrelsen, Svenska landstingsförbundet samt flera av läkarkårens organisationer. I motsats till utredarnas önskan om en snabb expansion, reglering och formalisering av det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet förespråkade dessa aktörer en mera långsam och försöksbetonad utbyggnad. Istället för en central planering och styrning av den arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet skulle verksamheten få växa och utvecklas utifrån lokala sjukvårds-

huvudmäns förutsättningar och erfarenheter. Med utgångspunkt från att verksamheten skulle växa fram utifrån lokala förutsättningar ansågs behovet av arbetsterapeuter allmänt som överskattat (Prop.1949:42 sid. 14f, 26). Dessutom sågs en utbyggnad av den omfattning som utredarna förespråkade som ett hot mot utvecklingen inom andra, och som man uppfattade det, mer prioriterade områden inom vården, särskilt eftersom verksamheten inte kunde erbjuda någon bot i medicinsk mening (a.a. sid. 26f). Utbildningen ansågs även vara alltför lång och teoretiskt i förhållande till arbetsterapeuternas arbetsuppgifter (a.a. sid. 36). Att utbilda fler arbetsterapeuter än vad som motsvarade vårdens faktiska behov var ett slöseri med sjukvårdens materiella och ekonomiska resurser. Men vad värre var, det utgjorde ett slöseri med den värdefulla kvinnliga arbetskraften. Sveriges läkarförbund och Svenska lasarettsläkarföreningen ställde sig med hänsyn taget till bristen på kvinnlig sjukvårdspersonal tveksamma till att utöka personalorganisationen vid sjukhusen genom att inrätta nya grupper av befattningshavare (a.a. sid. 26f). Landstingsförbundet anförde:

> Med hänsyn till föreliggande utbyggnadsplaner och de under det närmaste 10-talet år avtagande kullarna av unga kvinnor, som komma ut i förvärvslivet, torde de berörda svårigheterna komma att kvarstå och måhända accentueras. I detta läge synes det i första hand nödvändigt, att ansträngningarna inriktas på att söka bibehålla nuvarande vårdstandard, medan förbättringar av denna – vartill det föreliggande förslaget syftet – tyvärr måste komma i andra hand (a.a. sid. 26).

Kritiken från Medicinalstyrelsen, Svenska landstingsförbundet och läkarkårens organisationer kan tolkas som ett ifrågasättande av det genomplanerade professionaliseringsprojekt som utredarna dragit upp riktlinjerna för. Det var ett ifrågasättande av tanken på arbetsterapeuten som en välutbildad och homogen yrkeskår och av tanken på en enhetlig arbets- och sysselsättningsterapeutisk jurisdiktion.

Betydligt mer positiva till utredarnas betänkande ställde sig Föreningen för arbets- och sysselsättningsterapi (FAST) som trots att man inte medverkat i utformningen av betänkandet upplevde att förslaget låg i linje med föreningens intressen (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: Remissutlåtande angående sysselsättnings- och arbetsterapi etc. 20/10 1947). Vid tidpunkten för tillsättande av Kommittén för partiellt arbetsföra och Statens sjukhusutredning hade föreningen ännu inte bildats. Organisationen konstituerades först år 1945, dvs. två år efter det att de båda kommittéerna tillsatts. FAST intressen i utred-

ningen kan dock sägas ha bevakats av Föreningen för kurser i sysselsättningsterapi i vars ledande skikt flera personer senare kom att ansluta sig till FAST. Vid tidpunkten för utredningsarbetet var FAST också en mycket liten organisation. Det totala antalet medlemmar var mindre än 100 och ekonomin tillät knappt föreningen att ge ut ett medlemsblad. Föreningens medlemmar utgjordes i huvudsak av deltagare från de två kurser i arbets- och sysselsättningsterapi som Föreningens för kurser i sysselsättningsterapi i samarbete med Röda Korset anordnade 1944 och 1945 (Nyström 1969:14). Det blygsamma medlemsantalet och ekonomin till trots vägrade man dock medlemskap till personer utan adekvat utbildning.

Klartecken för en begränsad utbyggnad – proposition och riksdagsbehandling

Trots att inrikesminister Eije Mossberg delade utredarnas bedömning av behovet av sysselsättnings- och arbetsterapi kunde han inte förorda en utbyggnad av verksamheten i den omfattning som utredarna förespråkade. I likhet med Svenska landstingsförbundet och Medicinalstyrelsen anförde han som motiv den akuta bristen på sjukvårdspersonal.

> Som svenska landstingsförbundet uttalat i sitt yttrande är det med den rådande brist på sjukvårdspersonal nödvändigt, att ansträngningarna inriktas på att söka bibehålla nuvarande vårdstandard, medan förbättringar av denna tyvärr måste komma i andra hand (Prop.1949:42 sid. 44).

Men för att inte låta bristen på sjukvårdspersonal lägga den arbets- och sysselsättningsterapeutiska utvecklingen i landet helt på is förespråkade inrikesministern en begränsad utbyggnad av verksamheten. Antalet befattningshavare skulle få växa i ett långsammare tempo än vad utredarna föreslagit, och en försöksutbildning i arbets- och sysselsättningsterapi skulle inrättas. Att få till stånd en utbildning, om än bara på försök och i blygsammare omfattning än vad utredarna föreslagit, sågs som ett viktig led i utvecklingen av svensk arbets- och sysselsättningsterapi. För att inte förvärra bristen på kvinnlig vårdpersonal skulle den nya utbildningen riktas mot att ge redan verksam personal inom det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet utbildning, primärt de elever med erfarenhet av arbete från mentalvården och anstalter för vård av långvarigt kroppssjuka. Endast i undantagsfall skulle andra sökande beredas tillträde till utbildningen. Det huvudsakliga motivet var att inrikesministern bedömde beho-

vet av arbets- och sysselsättningsterapi som betydligt större inom mental- och kronikervården än sjukvården (a.a. sid. 44f).

Eftersom utbildningen hade karaktären av försöksutbildning ville inrikesministern inte dra upp alltför snäva riktlinjer ifråga förkunskapskrav, utbildningsinnehåll och längd. Som mål för utbildningen angavs att eleverna i stort skulle ges det kunskapsinnehåll som de sakkunniga avsett med den föreslagna tvååriga utbildningen. En fastare reglering av utbildningen kunde vänta till dess man vunnit fler praktiska erfarenheter av arbets- och sysselsättningsterapi. Även frågan om huruvida praktiserande arbetsterapeuter skulle ställas under Medicinalstyrelsens tillsyn ville inrikesministern skjuta på framtiden. För att ändå ge utbildningen en tydlig organisatorisk struktur föreslog han att utbildningen skulle ställas under överinseende av Överstyrelsen för yrkesutbildning. Härmed skulle utbildningen kunna göras kostnadsfri och studenter få rätt till stipendier på samma villkor som inom andra yrkesutbildningar. Det löpande ansvaret för utbildningen skulle delegeras till en av överstyrelsen utsedd kursnämnd. I kursnämnden skulle rektorerna för slöjdföreningens skola och socialinstitutet i Göteborg ingå, dessutom två läkare – en från kroppssjukvården och en från sinnessjukvården – samt en representant för länsarbetsnämnden (a.a. sid. 45f).

Inrikesministerns hållning kan ses som uttryck för en påtaglig ambivalens inför det arbets- och sysselsättningsterapeutiska professionaliseringsprojektet. Å ena sidan tycks han dela Svenska landstingsförbundets, Medicinalstyrelsens och läkarkårens kritiska inställning till behovet av av arbets- och sysselsättningsterapi och arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll. Han intar en försiktig hållning till en alltför snabb och centralt styrd professionalisering av det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet. Å andra sidan vill han inte stänga dörren till en vidare utveckling av det arbets- och sysselsättningsterapeutiska verksamhetsområdet. Inrikesministerns hållning kan tolkas som ett försök att ge det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet en chans att utvecklas och finna sin välfärdspolitiska roll utan att stöta sig med sjukvårdshuvudmännen, Medicinalstyrelsen och läkarkårens organisationer. I praktiken innebar emellertid inrikesministerns ställningstagande att arbets- och sysselsättningsterapi som yrke och behandlingsform förblev välfärdspolitiskt otydligt.

Mot inrikesministerns förslag om en tvåårig försöksutbildning i arbets- och sysselsättningsterapi hade riksdagen inget att invända. Ännu en gång betonades dock vikten av att inte låsa fast det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet i rigida strukturer (Statsutskottets utlåtande 1949:51). På hösten 1949 kunde de

första 40 eleverna börja den tvååriga arbetsterapeututbildningen vid Slöjdföreningens skola i Göteborg.

Kollegial organisering och professionell utveckling – utvecklingen av arbets- och sysselsättningsterapi under 1950-talet

Samtidigt som utbildningen skapade en viktig plattform för arbetsterapeuternas fackliga och professionella organisering rådde det fortfarande stora oklarheter kring arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll. Från Medicinalstyrelsens och sjukvårdshuvudmännens sida såg man fortfarande inget större utrymme för arbetsterapeuterna inom den egentliga sjukvården. Arbetsterapeuternas huvudsakliga verksamhetsområde såg man inom mental- och kronikervården. Från arbetsterapeuternas sida motsatte man sig emellertid en sådan inriktning. Utbildade arbetsterapeuter sökte sig så gott som uteslutande till den medicinska vården. Och trots sjukvårdshuvudmännens kritiska inställning till den medicinska nyttan av arbets- och sysselsättningsterapi ökade efterfrågan på arbetsterapeuter inom den medicinska vården. Det var inte fråga om någon dramatisk ökning av efterfrågan, men tillräcklig för att den lilla exklusiva skara av utbildade arbetsterapeuter skulle kunna undgå att hamna i mentalsjukvården.

Med utbildningen som plattform – arbetsterapeuternas professionella strävanden

Utan tvekan fick den tvååriga arbetsterapeututbildningen vid Slöjdföreningens skola i Göteborg stor betydelse för arbetsterapeutkårens professionella och fackliga strävanden. Utbildningen var ett symboliskt tecken på att arbets- och sysselsättningsterapi vunnit statens erkännande som behandlingsform och yrke. Genom utbildningen fick arbetsterapeuterna, om än inte en reell, så i vart fall en symbolisk jurisdiktion inom vården. Utbildningen ökade också allmänhetens intresse för arbets- och sysselsättningsterapi, både som behandlingsform och yrke. FAST och kursnämnden för arbetsterapeututbildningen fick ta emot mängder av brev från unga flickor som undrade över hur man skulle gå till väga för att bli arbetsterapeut (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: FAST korrespondens 1945-1950 A-Ö; Prop. 1953:1 Statsverksproposition bilaga 13).

Att utbildningen verkligen gav arbetsterapeuterna en viss professionell status och position inom vården tyder också de professionella demarkationsstrategier som utbildningen lockade fram från sjukgymnastkåren. I ett brev till FAST i september 1950 föreslog Sveriges kvinnliga legitimerade sjukgymnasters riks-

förbund (KLSR) att det borde dras upp en professionell gräns mellan de båda yrkesgrupperna. KLSR föreslog att sjukgymnasterna skulle ansvara för all terapeutisk behandling som direkt eller indirekt syftade till att träna upp patienternas fysiska funktionsförmåga. I de fall där terapin i första hand avsåg förströelse menade man däremot att arbetsterapeuterna var mest kompetenta att välja lämplig sysselsättning. Denna professionella gränsdragning skulle gälla tills dess arbetsterapeuten i utbildningen fick grundligare kunskaper i anatomi, fysiologi och patologi (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: FAST korrespondens 1945-1950 A-Ö).

För arbetsterapeuterna var emellertid utbildningen mer än bara en plattform från vilken man kunde bevaka och artikulera sina professionella intressen. Utbildningen utgjorde också en stabil rekryteringsbas för FAST. Banden mellan FAST och arbetsterapeuteleverna var mycket nära, bland annat genom att kursnämnden för arbetsterapeututbildningen valde att mycket strikt tillämpa de antagningskriterier som Statens sjukhusutredning och Kommitténs för partiellt arbetsföra föreslagit i SOU 1947:44. Genom de strikta antagningsreglerna, och i strid med statsmaktens intentioner, kom endast en mycket marginell andel av studenterna att utgöras av skötare och sköterskor från mentalsjukvården. Mot kursnämndens agerande protesterade Statens sjukhuspersonals förbund i en skrivelse till regeringen 1953. Kursnämnden menade dock att man endast tillämpade de antagningskriterier som ställts upp i SOU 1947:44. De höga antagningskraven innebar att de flesta som antogs till utbildningen var välutbildade unga kvinnor med ambitioner att arbeta inom den medicinska vården. Kraven på de sökande kom indirekt att befästa arbets- och sysselsättningsterapins klass- och könskodning, att vara arbetsterapeut var ett yrke för borgerlighetens döttrar (Arbetsterapeuten 1953:6 sid. 11).

För varje utexaminerad årskull ökade antalet medlemmar i FAST. Från att ha varit ca 100 medlemmar i början av 1950-talet ökade antalet medlemmar i föreningen till strax över 200 vid årtiondets slut (Lindström 1990:8). Den starka medlemstillströmning resulterade i att aktiviteten i föreningen tog fart. Bland annat fick det tidigare nästan avsomnade lokala föreningsarbetet nytt liv. En viktig uppgift för de lokala kretsarna var att sprida information om och propagera för arbets- och sysselsättningsterapi (Nyström 1969:18f). För att öka den nationella kontakten och sammanhållningen mellan medlemmarna, samt för att sprida information om arbets- och sysselsättningsterapi utanför de egna leden, började man också med start 1949 ge ut tidskriften *Arbetsterapeuten*.

Men det var inte bara aktivitetsnivån i föreningen som ökade under 1950-talet utan också uppsättningen av aktiviteter. Föreningen engagerade sig mycket hårt i utbildningsfrågor och frågor som rörde den egna jurisdiktionen. Man kan uttrycka det som att FAST nu inte längre var passiva åskådare till sitt professionella öde. I allt större utsträckning försökte man forma och bringa klarhet i arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll och jurisdiktion. Som ett exempel på detta kan nämnas att föreningen vid två tillfällen, 1952 och 1954, gick in till Medicinalstyrelsen med en begäran om att föreningens medlemmar skulle upptas i ett särskilt register över arbetsterapeuter. Medicinalstyrelsen gick föreningens begäran till mötes och en registrering av arbetsterapeuter påbörjades under 1955. Föreningen försökte också påverka utbildningens utformning (Arbetsterapeuten 1953:5 sid. 2; Nyström 1969:16f). Med argumentet att utbildningen brast i teoretiskt djup, och då särskilt inom de medicinska ämnena, argumenterade man för en ny kursplan där det medicinska innehållet skulle ha samma framträdande position som i sjukgymnastutbildningen. Man efterlyste också möjligheter till vidareutbildning och specialisering inom det arbetsterapeutiska fältet på samma villkor som sjukgymnasterna (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: Brev till Ecklesiastikdepartementet 11/9 1954). FAST hade på eget initiativ bedrivit viss vidareutbildning men nu sökte man statens stöd då man ansåg att det i förlängningen endast var staten som kunde garantera en tillräckligt hög utbildningskvalitet och undervisningsvolym på vidareutbildningen. För att vinna inflytande över grundutbildningen drev FAST kravet på att utbildade arbetsterapeuter skulle beredas plats i kursnämnden och att antalet arbetsterapeututbildade lärare på utbildningen skulle ökas, framförallt inom ämnet *arbetsterapins teori och praktik* (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: Remissutlåtande angående vidgade möjligheter till utbildning av sysselsättnings- och arbetsterapeuter 11/2 1954; Brev till Medicinalstyrelsen 30/1 1958).

Man försökte också bringa klarhet i utbildnings- och jurisdiktionsfrågor genom internationellt utbyte. Ett visst nordiskt och internationellt utbyte hade förekommit redan under 1940-talet. Under 1950-talet ökade emellertid det internationella utbytet i omfattning. En starkt bidragande orsak till detta var bildandet av World Federation of Occupational Therapists (WFOT) i Stockholm i april 1952. I WFOT ingick förutom FAST arbetsterapiföreningar från Australien, USA, Danmark, England, Skottland, Indien, Norge och Finland. Till organisationens centrala uppgifter hörde att utarbeta en internationell standard för arbetsterapeututbildningen samt formulera den terapeutiska målsättningen med arbetsterapeutiskt arbete (Nyström 1969:17; Lindström 1990:8). Redan från

början stod det dock klart att den svenska utbildningen skulle hamna under de minimikrav som världsorganisationen ville sätta upp. På hemmaplan resulterade samarbetet med WFOT i en ändring av föreningens stadgar. Till föreningens portalparagraf fogades att föreningen skulle verka för att få till stånd en allsidig utbildning i överensstämmelse med de normer som formulerats av WFOT (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: 1953 års stadgar för FAST).

I viss utsträckning intresserade sig FAST för medlemmarnas löne- och anställningsvillkor. Föreningen var dock i första hand en yrkesorganisation varför fackliga frågor inte stod högst upp på föreningens program. Frågan om en omvandling av föreningen i facklig riktning var emellertid föremål för diskussion under större delen av 1950-talet. År 1958 röstade föreningens medlemmar för att föreningen skulle stå kvar som en ren yrkesorganisationen. Samma år bytte föreningen namn till Föreningen Sveriges arbetsterapeuter (FSA) (Arbetsterapeuten 1958:6 sid. 3).

Sammanfattningsvis kan man säga att utbildningen gav luft under vingarna åt arbetsterapeuternas professionella projekt. Utbildningen gav arbetsterapeuterna en symbolisk jurisdiktion och erbjöd en organisatorisk plattform för yrkeskårens fortsatta professionaliseringssträvanden. Tack vare utbildningen ökade FAST:s resurser, aktivitetsnivån i föreningen höjdes och sfären av aktiviteter ökade. Allmänhetens intresse för arbets- och sysselsättningsterapi som yrke och behandlingsform ökade samtidigt som föreningens kontakter med myndigheter ökade. Utbildningen i kombination med arbetsterapeuternas professionella strävanden tvingade fram demarkationsstrategier från sjukgymnastkåren. Arbetsterapeuternas professionella projekt skulle emellertid visa sig vila på en bräcklig grund. Arbetsterapeuternas ovilja att söka sig till mentalsjukvården aktualiserade frågan om att korta utbildningen och att dela upp den i en arbets- och en sysselsättningsterapeutisk gren.

Fortsatt otydlighet kring arbetsterapeuternas utbildning och välfärdspolitiska roll

Efter regeringens beslut 1949 om att införa en arbetsterapeutisk utbildning hade ansvaret för att utveckla det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet mer eller mindre lämnats öppet för kursnämnden för arbetsterapeututbildningen, Överstyrelsen för yrkesutbildning, Medicinalstyrelsen, sjukvårdens huvudmän och FAST. Den politiska tanken var att låta det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet växa fram och utvecklas i takt med att vårdens och utbild-

ningens huvudmän vann ökade erfarenheter av arbets- och sysselsättningsterapi. Genom att undvika en central statlig styrning av det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet skulle verksamheten växa fram ur lokala behov och förutsättningar. Från FAST:s sida hade man försökt att utnyttja det av staten skapade utrymmet till att ge yrket en tydligare medicinsk profil, göra arbetsterapeuten till sjukgymnasternas jämlike, och driva arbets- och sysselsättningsterapi mot att bli en etablerad medicinsk behandlingsform. FAST var dock inte ensamma om att försöka driva det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet i en bestämd riktning. Starka krafter, anförda av Överstyrelsen för yrkesutbildning och Medicinalstyrelsen, försökte på olika sätt vrida det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet mot mentalsjukvårdens behov; den tvååriga arbetsterapeututbildningen hade ännu inte bidragit till att ge mentalsjukvården en enda utbildad arbetsterapeut. Nu ville man att utbildningen av arbetsterapeuter även skulle komma mentalsjukvården till del.

När Överstyrelsen för yrkesutbildning på våren 1953 sammanfattade erfarenheterna från de två första utbildningskullarna var det övervägande positiva omdömen man hade att komma med; söktrycket till kurserna hade varit överväldigande, kursnämnden och eleverna var nöjda med utbildningen och samtliga elever hade fått arbete efter utbildningen. Det enda problemet var att ingen av eleverna sökt sig till mentalsjukvården. Problemet grundlades redan vid rekryteringen till utbildningen eftersom verksamma skötare och sköterskor hade svårt att konkurrera om de åtråvärda utbildningsplatserna i konkurrensen med yngre välutbildade kvinnor. Många av de kvinnor som antogs till arbetsterapeututbildningen hade förkunskaper som motsvarade betydande delar av utbildningsprogrammet, särskilt beträffande slöjdämnena. Inför antagningen till den tredje utbildningsomgången föreslog man därför en kortare utbildning för elever med särskilda förkunskaper. Genom att korta utbildningen för dem med särskilda förkunskaper skulle resurser frigöras för att ta emot sökande med erfarenhet från mentalsjukvården. För dem utan särskilda förkunskaper skulle utbildningen förbli tvåårig (Prop. 1953:1 Statsverkspropositionen bilaga 13).

Från regeringen ställde man sig positiv till Överstyrelsens förslag. Man ansåg dock att frågan behövde utredas ytterligare innan beslut kunde fattas. Den 17 juli 1953 gav regeringen Överstyrelsen för yrkesutbildning och Medicinalstyrelsen i uppdrag att tillsammans utreda möjligheterna att öka utbildningskapaciteten av arbetsterapeuter. Tre månader senare den 29 oktober 1953 var utredningen färdig. För att öka utbildningskapaciteten föreslog utredarna att det skulle inrättas dubbla utbildningsvägar till yrket. Vid sidan av den reguljära

utbildningen skulle det inrättas en kortare kompletteringskurs för sökande med lång och praktisk erfarenhet av arbete med arbets- och sysselsättningsterapeutisk karaktär. De som antogs till utbildningen skulle få gå utbildningen mot ett visst löneavdrag. Utbildningen skulle omfatta 16 veckor uppdelat på två block om vardera åtta veckors teori och praktik. För att utnyttja utbildningstiden maximalt skulle kompletteringskurserna anpassas efter behoven inom olika delar av vården. Efter kompletteringskursen skulle man vara behörig att arbeta som arbetsterapeut inom det område av vården som utbildningen avsett. Med hänsyn till bristen på arbetsterapeuter inom mentalsjukvården ansåg Överstyrelsen och Medicinalstyrelsen att de första kompletteringskurserna skulle riktas mot mentalsjukvårdens behov (Prop. 1954:82).

För att ytterligare öka utbildningskapaciteten föreslog Överstyrelsen och Medicinalstyrelsen att den reguljära utbildningen skulle kortas från två till ett år. Härigenom skulle utbildningskapaciteten kunna fördubblas med i stort sett oförändrade resurser. Rent praktiskt tänkte sig utredarna att vissa slöjdämnen som tidigare ingått i arbetsterapeututbildningen skulle lyftas ut ur utbildningen och ingå som en del av förkunskapskraven till utbildningen. Eftersom flertalet av de som antogs till arbetsterapeututbildningen redan hade de kunskaper som utredningen ville lyfta ut ur utbildningen innebar omläggningen i praktiken endast en rationalisering genom att dubbelläsningen av vissa moment avlägsnades (a.a.).

Sett ur ett professionssociologiskt perspektiv kan Överstyrelsens och Medicinalstyrelsens förslag ses som en strategi för att bemästra en svårhanterlig profession; ett sätt att hantera en situation där professionens medlemmar och företrädare aktivt valde bort vissa områden av vården. Genom kompletteringskurserna fördes också ett viss mått av intra-professionell konkurrens in i det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet.

Från FAST:s sida kände man sig kluven inför förslaget. Som föreningen såg det rymde det både möjligheter och hot. Rätt använda kunde kompletteringskurserna gynna föreningens intressen. Inom det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet fanns många kvinnor med fullgod slöjd- och konsthantverksutbildning och med erfarenhet från arbetsterapeutiskt arbete som bara väntade på att ta sig in på arbetsterapeututbildningen. För dessa kvinnor skulle en kortare kompletteringskurs vara en bra väg in i yrket. En arbetsterapeutisk kår av snabbutbildade skötare och sköterskor var dock ingenting som FAST kunde ställa sig bakom (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: Remissutlåtande angående vidgade möjligheter till utbildning av sysselsättnings- och arbetstera-

peuter 11/2 1954). Bakom FAST:s inställning låg professionella överväganden. För det första skulle kompletteringskurser riktade mot personal från mentalsjukvården innebära en förändring av yrkets homogena sociala sammansättning; kompletteringskursernas elever skulle med största sannolikhet ha en annan klassbakgrund än de elever som rekryterades till yrket via den reguljära utbildningen. För det andra: kompletteringskurserna såsom Överstyrelsen och Medicinalstyrelsen skisserade dem innebar att det öppnades en praktisk och erfarenhetsbaserad ingång till yrket. För FAST som arbetat för att öka arbetsterapeuternas teoretiska bas var detta oacceptabelt. För det tredje: Från föreningens sida ville man till varje pris undvika en utvidgning av den arbets- och sysselsättningsterapeutiska jurisdiktionen till mentalsjukvårdens område. Mentalsjukvårdens lågutbildade skötare och sköterskor samt arbets- och sysselsättningsterapins karaktär av förströelse och patientsysselsättning var ingenting som FAST ville att yrket skulle förknippas med, allra minst i ett läge där arbets- och sysselsättningsterapins välfärdspolitiska roll alltjämt var diffus.

Som argument mot Överstyrelsens och Medicinalstyrelsens förslag anförde FAST att det var tveksamt om mentalsjukvårdens skötare och sköterskor hade tillräckliga förkunskaper för att kunna tillgodogöra sig undervisningen. Det var därför också tveksamt i vilken utsträckning kompletteringskurser skulle vara till någon nytta för mentalsjukvården. Kanske, menade FAST, skulle kompletteringskurserna till och med kunna utgöra ett hot mot den arbets- och sysselsättningsterapeutiska utvecklingen inom mentalsjukvården. Att införa arbets- och sysselsättningsterapi inom mentalsjukvården utan tillgång till fullt utbildade arbetsterapeuter menade FAST kunde verka återhållande på den arbets- och sysselsättningsterapeutiska utvecklingen (a.a.).

I frågan om att korta utbildningstiden för den reguljära utbildningen intog FAST en ambivalent hållning. Å ena sidan såg man hur en kortare utbildning skulle få negativa konsekvenser för arbetsterapeuternas professionella projekt, å andra sidan var man pressad av statens krav på ökad utbildningskapacitet. En kortare utbildning än två år skulle innebära att avståndet mellan den svenska arbetsterapeututbildningen och den internationella utbildningsstandard som WFOT formulerat skulle öka, och att det utbildningsmässiga gapet mellan arbetsterapeuter och sjukgymnaster skulle vidgas. FAST föreslog att bristen på arbetsterapeuter i första hand skulle lösas genom att starta det tvååriga utbildningsprogrammet på ytterligare ett par orter i landet. Om detta visade sig vara omöjligt var man emellertid villig att kompromissa. Förutsättningarna var dock att slöjdämnena lyftes ut ur utbildningen och formulerades som förkunskaps-

krav samtidigt som arbetsterapeututbildningen gavs ett ökat teoretiskt innehåll (a.a.).[32]

Inrikesministern ställde sig positiv till Överstyrelsens och Medicinalstyrelsens förslag. Redan till hösten 1954 skulle särskilda kompletteringskurser i arbets- och sysselsättningsterapi för personal inom mentalsjukvården införas. Frågan om en reducering av utbildningstiden ansåg han dock borde belysas ur ett vidare sammanhang varför han hänvisade frågan vidare till Yrkesutbildningssakkunniga för fortsatt utredning (Prop. 1954:82). Efter utlåtande från Yrkesutbildningssakkunniga föreslog inrikesministern att den reguljära arbetsterapeututbildningen skulle kortas från två till ett år. Samtidigt skulle utbildningen fogas till yrkesskolornas reguljära kursutbud. Tiden som försöksutbildning var över, det var dags att ge utbildningen en fastare struktur I inrikesministerns förslag ingick att slopa alla förturs- och prioriteringsregler samt att ge arbetsterapeuterna en representant i kursnämnden för arbetsterapeututbildningen (Prop. 1955:139).

Vid tidpunkten för propositionen hade FAST ändrat ståndpunkt i frågan om en kortning av utbildningstiden. Föreningens ansåg nu att en ettårig utbildning var otillräcklig för att möta framtidens krav på arbetsterapeutiskt behandlingsarbete. Den nya utbildningen brast i teoretisk bredd och djup (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: Brev till Ecklesiastikdepartementet den 11/9 54). Bakom FAST snabba omsvängning låg dock troligtvis signaler från WFOT att föreningen skulle uteslutas ifall den nya utbildningen trädde i kraft. Riksdagen valde att följa förslaget i propositionen. Från och med hösten 1955 var arbetsterapeututbildningen ettårig.

Professionalisering i sakta mak – konsekvenser av en oklar välfärdspolitisk roll

Arbetsterapeuternas professionella utveckling under 1950-talet kan beskrivas som ”två steg fram och ett steg bak”. Tillkomsten av arbetsterapeututbildningen 1949 innebar ett definitivt genombrott för arbetsterapeuternas kollegiala och professionella identitet, status och organisatoriska styrka. Det professionella projekt som FAST försökte lansera befann sig emellertid i otakt med den bild av arbets- och sysselsättningsterapi som centrala aktörer som Medicinalstyrelsen,

[32] En grupp inom FAST styrelse reserverade sig dock mot föreningens beslut (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: styrelseprotokoll 11/2 1954).

Överstyrelsen för yrkesutbildning och Svenska Landstingsförbundet företrädde. Mot FAST:s medicinskt präglade syn på arbets- och sysselsättningsterapi och krav på en mera medicinskt-teoretiskt skolad arbetsterapeut betonade dessa aktörer mentalsjukvårdens behov av arbets- och sysselsättningsterapi. Man kan uttrycka det som att det stod en strid mellan FAST och Överstyrelsen för yrkesutbildning, Landstingsförbundet och Medicinalstyrelsen om vilken arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll och arbetsuppgift skulle vara. I jämförelse med Överstyrelsen, Landstingsförbundet och Medicinalstyrelsen vägde dock FAST:s synpunkter lätt i statens ögon. Statens beslut att öka utbildningskapaciteten genom att korta den reguljära utbildningen och satsa på kompletteringskurser kom i flera avseenden att utgöra ett hot mot arbetsterapeuternas professionella status, position i vårdorganisationen och jurisdiktion. Genom att införa kompletteringskurser för mentalsjukvårdens behov kom staten i praktiken att dela upp det arbets- och sysselsättningsterapeutiska fältet i två delar och två yrkesgrupper. För mentalsjukvårdens behov byggdes en kår av arbetsterapeuter upp bestående av tidigare skötare och sköterskor. Kompletteringskurserna innebar också att FAST gick miste om potentiella medlemmar, och i förlängningen organisatoriska resurser. Mentalsjukvårdens arbetsterapeuter organiserade sig fackligt i Statens sjukhuspersonals förbund och kollegialt i Statens sjukhuspersonals terapeut Club. Kompletteringskurserna innebar emellertid inte att mentalsjukvården stängdes för FAST:s medlemmar. Inom mentalsjukvårdens område skapades emellertid kompletteringskurserna en situation av intraprofessionell konkurrens.

Förkortningen av den reguljära arbetsterapeututbildningen från två till ett år var ett tydligt hot mot den vetenskapliga auktoritet, autonomi och kontroll som arbetsterapeuterna försökte etablera i anslutning till den jurisdiktion man gjorde anspråk på. På sikt riskerade man att få problem både med att upprätthålla den egna jurisdiktionen och bibehålla yrkets sociala status i allmänhetens ögon. Förkortningen av utbildningstiden innebar även att man fick problem med WFOT. Sverige som medlemsnation hotades av uteslutning om inte utbildningens kvalitet höjdes. Sveriges medlemsstatus var uppe till diskussionen i WFOT:s styrelse vid världsmöten 1958 och 1960. Vid världsmötet 1962 uteslöts Sverige som medlemsnation (Arbetsterapeuten 1962:9 sid. 7f).

Samtidigt fick paradoxalt nog den förda utbildningspolitiken vissa positiva konsekvenser för FAST:s professionella projekt. Samtidigt som utbildningen kortades med ett år blev den ett permanent inslag i landets utbud av yrkesutbildningar. Arbetsterapeututbildningen var nu inte längre på prov. Permanentan-

det av utbildningen kan ses som ett statligt erkännande av det medicinska behov av arbets- och sysselsättningsterapi som FAST och dess medlemmar företrädde. Permanentandet av utbildningen kan ses som ett tecken på att FAST till viss del lyckats i sitt uppsåt att vinkla arbets- och sysselsättningsterapin mot sjukvårdens behov. Genom införandet av kompletteringskurser fick den reguljära utbildningen bibehålla sin karaktär av utbildning för unga kvinnor med god utbildningsbakgrund. Indirekt innebar detta ett erkännande av arbetsterapeutyrket som ett yrke för unga flickor med god utbildningsbakgrund.

Arbets- och sysselsättningsterapi under 1960-talet – arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll klarnar

Trots bakslaget fortsatte FSA (tidigare FAST) sin kamp för en längre, sammanhållen och mera teoretisk utbildning (Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: brev till Ecklesiastikdepartementet 29/1 1960). Den primära målsättningen var att få till stånd en arbetsterapeututbildning som motsvarande de krav som WFOT ställde upp. Denna gång stod man emellertid inte ensamma i kampen om en ny arbetsterapeututbildning. Allt fler började uppmärksamma arbetsterapeututbildningens brister, framförallt bristerna i utbildningskapacitet. Flera landsting ansåg att kapaciteten i arbetsterapeututbildningen var otillräcklig för att möta efterfrågan på arbetsterapeuter. Landstingens uppfattning delades av Överstyrelsen för yrkesutbildning och Medicinalstyrelsen (SOU 1958:15; SOU 1958:38). Inom vissa landsting var bristen så stor att man övervägde att på egen hand börja utbilda arbetsterapeuter (Arbetsterapeuten 1958:3 sid. 9). Även i dagspressen uppmärksammades behovet av arbetsterapeuter (Arbetsterapeuten 1959:5 sid. 3ff; Expressen 12/8 1959).

Bakom kraven på en översyn av arbetsterapeututbildningen fanns två centrala drivkrafter: För det första befann sig sjukvården i ett mycket starkt expansionsskede. Antalet sjukhus och vårdplatser i landet ökade i rask takt. Och i takt med vårdens utbyggnad ökade efterfrågan på vårdpersonal, så även arbetsterapeuter. För det andra hade Medicinalstyrelsens och läkarkårens inställning till rehabilitering börjat att svänga. Rehabilitering sågs nu inte längre enbart som en fråga för arbetsvårdens organisationer och den aktiva arbetsmarknadspolitiken. Mot slutet av 1950-talet och början av 1960-talet började man inom Medicinalstyrelsen och läkarkåren tala om rehabilitering i medicinska termer. Bakom omsvängningen låg en gryende insikt om att den moderna sjukvårdens förmåga att rädda patienter från livshotande tillstånd många gånger skedde till priset av bestående men för patienten. Genom en ökad satsning på medicinsk rehabilitering kunde emellertid patienternas väg tillbaka till ett normalt liv och förvärvsarbete underlättas. En framgångsrik medicinsk rehabilitering krävde dock mer än enbart en välutbildad läkarkår, den krävde också välutbildade sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. En ökad satsning på medicinsk rehabilitering skulle därför kräva fler och välutbildade arbetsterapeuter (Medicinalstyrelsens vårdpromemoria 1958).

För arbetsterapeuternas utveckling under 1960-talet var båda faktorerna viktiga. Den sjukvårdspolitiska satsningen skapade en omedelbar kvantitativ efterfrågan på arbetsterapeuter medan Medicinalstyrelsens tankar på medicinsk rehabilitering aktualiserade frågan om arbetsterapeuternas framtida kvalifikationer och utbildningsbehov. Den medicinska rehabiliteringen pekade också fram emot en tydligare välfärdspolitisk roll för arbetsterapeuten inom den medicinska vården.

För att möta behoven av medicinsk rehabilitering tog kursnämnden för arbetsterapeututbildningen i Göteborg på eget initiativ fram ett förslag till en ny tvåårig arbetsterapeututbildning med tydlig medicinsk profil (Arbetsterapeuten 1958:5 sid. 5f). Förslaget sändes på remiss till Medicinalstyrelsen och Överstyrelsen för yrkesutbildning som båda ställde sig positiva till förslaget. Innan man beslutade om en omläggning av utbildningen ville man emellertid utreda hur det välfärdspolitiska behovet av arbets- och sysselsättningsterapi såg ut; vilka var behoven inom den medicinska vården och hur förhöll dem sig till mentalsjukvårdens behov? Vad avsåg arbetsterapeuternas roll i den medicinska rehabiliteringen ville man studera hur arbets- och sysselsättningsterapi förhöll sig till andra medicinska behandlingsmetoder. I anslutning till behovet av arbetsterapeuter vill man även undersöka behovet av en differentierad utbildning. I klartext betydde det att man ville undersöka möjligheten att även fortsättningsvis dela upp det arbets- och sysselsättningsterapeutiska kunskaps- och praxisfältet i en sysselsättningsterapeutisk och en arbetsterapeutisk gren. Även möjligheten att samordna utbildningen av arbetsterapeuter med andra vårdutbildningar, och då särskilt sjukgymnastutbildningen skulle utredas (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: Gemensam skrivelse från Medicinalstyrelsen och Överstyrelsen för yrkesutbildning den 23/5 1959 till Kungl. Maj:t angående utbildning av arbetsterapeuter).

Regeringen sände Medicinalstyrelsens och Överstyrelsens begäran på remiss till Socialstyrelsen, Svenska landstingsförbundet och Stadsförbundet. Samtliga tillstyrkte förslaget med hänvisning till bristen på arbetsterapeuter. Från Svenska landstingsförbundet varnade man dock för att göra utbildningen länge och mera specialiserad än nödvändigt (SOU 1962:50 sid. 11).

Ett nytt välfärdspolitisk sammanhang tar form – arbetsterapi blir till ett viktig inslag i rehabiliteringsvården

Den utredning som tillsattes anslöt i allt väsentligt till Överstyrelsens och Medicinalstyrelsens synpunkter. I direktiven till utredningen den 29 april 1960 lyfte

ecklesiastikministern fram de ökande kvantitativa och kvalitativa kraven på arbets- och sysselsättningsterapi som motiv till utredningen. I enlighet med landstingsförbundet manade man dock till försiktighet i fråga om utbildningens teoretiska inriktning, specialisering och längd (Berättelse till 1961 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Ecklesiastikdepartementet I E:39).

Som sakkunniga och experter tillkallades representanter från en rad olika intressen och verksamhetsområden. Till utredningen knöts representanter för mentalsjukvårdens och den medicinska vårdens huvudmannaintressen, arbetsvården och FSA. Läkarkårens organisationer saknade egna representanter i utredningen, men representerades indirekt genom att ett flertal läkare deltog i utredningen som medicinska experter. För arbetsterapeuterna som länge sökt statens samarbete i utbildningsfrågor var rollen som sakkunnig ett tecken på statens erkännande av arbetsterapeuternas professionella intresse och av FSA som arbetsterapeutkårens företrädare. Arbetsterapeuternas inflytande i utredningen stannade emellertid inte vid FSA. Ett flertal sakkunniga och experter hade på ett eller annat sätt anknytning till arbetsterapeututbildningen i Göteborg. En möjlig förklaring till kommitténs sammansättning kan vara att ecklesiastikministern i utredningsdirektiven pekade på att den nya arbetsterapeututbildningen skulle bygga vidare på den redan existerande utbildningen och de utbildningserfarenheter man gjort där (a.a.).

Arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll

En central uppgift för kommittén var att peka på arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll och de behandlingsmässiga målsättningarna med arbets- och sysselsättningsterapi. Utan en klar bild av arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll och terapeutiska betydelse var det omöjligt att bedöma de kvantitativa och kvalitativa behoven av arbets- och sysselsättningsterapi (SOU 1962:50 sid. 15).

Som samlande begrepp för att uttrycka arbetsterapeuternas välfärdspolitiska roll valde kommittén begreppet *rehabilitering*. I allt arbets- och sysselsättningsterapeutiskt behandlingsarbete utgjorde rehabilitering den minsta gemensamma nämnaren. Där det fanns behov av rehabilitering fanns också behov av arbetsterapeuter. Som rehabilitering definierades all behandling som syftade till att återföra individer till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa, optimal aktivitet och anpassning till omvärlden. Rehabiliteringens terapeutiska värde låg i kombinationen av medicinska och sociala behandlingsformer (a.a. sid. 17). För att ge begreppet en vidare innebörd än vad som kommit till uttryck inom den aktiva

arbetsmarknadspolitiken betonades att endast en mindre del all rehabilitering syftade till återföra patienten till arbetslivet.

> …återanpassning i arbete utgör endast en del av ett vidare syfte. I åtskilliga fall har rehabiliteringen en mer begränsad målsättning, exempelvis att en patient sättes i stånd att helt eller delvis klara sin dagliga livsföring (a.a. sid. 16).

Genom att vidga den välfärdspolitiska innebörden av begreppet rehabilitering öppnade utredarna ett välfärdspolitiskt utrymme för en arbetsterapeutiskt jurisdiktion. Den större delen av arbetsterapeuternas klienter fanns inom sjuk- och mentalsjukvårdens område. Oftast handlade det om människor som genom sjukdom blivit varaktigt eller långvarigt oförmögna att arbeta eller klara sig själv. Inom sjukvården, den medicinska rehabiliteringens primära område, utgjordes de största patientgrupperna av personer med inskränkt rörelseförmåga samt av personer med hjärt- och lungsjukdomar (a.a. sid. 16). Kännetecknande för medicinsk rehabilitering var en kombination av fysisk och psykisk aktivitet tillsammans med andra insatser såsom operativa ingrepp, medicinsk behandling och utprovning av tekniska hjälpmedel. För patienternas fysiska och psykiska aktivering var sjukgymnastik och arbetsterapi de två viktigaste behandlingsformerna (a.a. sid. 17). Kommittén betonade vikten av att låta båda yrkesgrupperna vara autonoma i sin yrkesutövning. För arbetsterapeuterna betydde detta att hon i medicinska frågor var underordnad läkarna, men i alla andra fall sidordnad yrkesgrupper som kuratorer, sjukgymnaster, sjuksköterskor och psykologer (a.a. sid. 19f, 42ff). För att garantera arbetsterapeuternas autonomi skulle särskilda arbetsterapiavdelningar inrättas där arbetsterapeuterna själva, endast underställd läkarna, skulle ansvara för behandlingen. Kvantitativt överträffades sjukvårdens behov av arbetsterapeuter av mentalsjukvårdens. Till största delen handlade det om patienter med psykiska och nervösa sjukdomar. För dessa patienter kunde arbetsterapeuten inte erbjuda någon bot, för patienternas välbefinnande hade verksamheten likväl en betydande roll (a.a. sid. 37-42).

Utanför sjukvårdssektorn – och utanför det område av rehabiliteringsinsatser som utredarna ansåg falla under arbetsterapeuternas jurisdiktion – fanns de patienter som hade ett socialt rehabiliteringsbehov, dvs. personer med i huvudsak arbetssvårigheter och andra svårigheter i sin livsföring. Dessa patienters problem hade sin grund i sociala snarare än medicinska faktorer. Arbets- och sysselsättningsterapi var därför inte av lika stor betydelse för dessa patientgrupper.

Kännetecknade för de sociala rehabiliteringsåtgärderna var ”hjälp till självhjälp”. En viktig kategori av sociala rehabiliteringsåtgärder var de som gick under den sammanfattande beteckningen arbetsvård – arbetsprövning, yrkesvägledning, yrkesutbildning, omskolning, arbetsträning mm (a.a. sid. 18, 23f).

Det arbets- och sysselsättningsterapeutiska arbetet förtydligas

Efter att ha avgränsat arbetsterapeuternas jurisdiktion till i huvudsak sjuk- och mentalsjukvårdens område kunde den terapeutiska målsättningen för arbets- och sysselsättningsterapeutiskt arbete samt innehållet i olika behandlingsformer preciseras. Man kan uttrycka det som att kommittén nu övergick till att fylla den arbetsterapeutiska jurisdiktionen med innehåll och dra upp gränsen till näraliggande yrken och verksamhetsområden. En viktig utgångspunkt i detta arbete utgjorde de riktlinjer för arbetsterapeutiskt arbete som WFOT dragit upp. I nära anslutning till WFOT urskiljde de sakkunniga sex olika terapeutiska målsättningar och behandlingsformer av arbets- och sysselsättningsterapi – arbetsrehabilitering, funktionell arbetsterapi, kontrakturbekämpning, träning av förlamade muskler och muskelgrupper, anpassning till socialt liv och arbete samt arbetsterapi som behandlingsform vid psykiska och nervösa sjukdomstillstånd (a.a. sid. 21f).

Inom området arbetsrehabilitering hade arbetsterapeuten framförallt två arbetsuppgifter, arbetsterapeuten skulle träna patientens fysiska och psykiska förmåga samt medverka till att bedöma patientens arbetsförmåga och lämpligt typ av arbete. Den arbetsterapeutiska arbetsrehabiliteringen var dock inte ett alternativ till arbetsvårdens insatser – träningsverkstad, omskolning och yrkesutbildning. Patientens kontakt med arbetsterapeuten skulle snarare ses som patientens första steg bort från sjukhuset, tillbaka till ett normalt liv (a.a. sid. 26ff).

Med funktionell arbetsterapi avsågs metoder och arbetstekniker för att avlägsna funktionella defekter. Arbetsterapeuten skulle på bästa möjliga sätt anpassa och träna patienten till ett socialt liv och arbete med utgångspunkt i patientens kvarstående funktionsförmåga. Detta anpassningsarbete antogs i de flesta bli en gemensam uppgift för sjukgymnasten och arbetsterapeuten (a.a. sid. 34f). Arbetsterapeutens huvudsakliga roll skulle vara att rehabilitera handens muskler, men genom valet av arbetstekniker kunde även andra muskelgrupper tränas (a.a. sid. 29f).

I fråga om kontraktionsbekämpande och kontraktionsförebyggande behandling ansåg utredarna arbetsterapi i flera fall vara överlägsen andra behandlings-

former som exempelvis sjukgymnastik, särskilt ifråga om neurologiskt skadade patienter och vid rehabilitering av svåra brännskador. Sjukgymnastens möjligheter att komma till rätta med en kontraktur begränsades framförallt av att hon endast kunde ägna kort tid åt patienten. Även i fråga om rehabilitering av förlamade och försvagade muskler var arbetsterapi en effektiv behandlingsmetod. Vissa muskler, framför allt de för handens funktion viktiga små handmusklerna var svåra att komma åt med sjukgymnastik men svarade bra på arbetsterapi (a.a. sid. 3ff).

De medicinska framstegen inom psykiatrin hade resulterat i att registret av behandlingsmetoder numera var mångfacetterat. För arbetsterapi som behandlingsform var detta av stor betydelse. Det fanns inte längre någon anledning att betrakta arbetsterapi som en lekfull sysselsättning för patienter ”hos vilka man måste invänta den spontana utvecklingen mot hälsa eller invaliditet”. Moderna läkemedel banade väg för andra behandlingsformer. I framtidens mentalsjukvård skulle arbetsterapi bli ett lika viktigt instrument som medicinsk och psykoterapeutisk behandling. Inom den nya mentalsjukvården fanns inte längre någon anledning att skilja mellan sysselsättnings- och arbetsterapi. Även sysselsättning skulle väljas med utgångspunkt i patientens medicinska tillstånd. För att markera att allt arbetsterapeutiskt arbete grundade sig på medicinska överväganden föreslog kommittén att man inte längre skulle tala om sysselsättningsterapi. För att spegla verksamhetens rehabiliterande målsättning och medicinska karaktär samt den terapeutiska betydelsen av patienternas egen aktivitet föredrog kommittén att enbart referera till verksamheten som arbetsterapi (a.a. sid. 37-42).

Behovet av arbetsterapi, arbetsterapeuter och utbildningens utformning

I syfte att kartlägga det befintliga och framtida behovet av arbetsterapi och arbetsterapeuter skickades enkäter ut till samtliga landsting och andra sjukvårdshuvudmän. Men eftersom de samlade nationella erfarenheterna av medicinskt orienterad arbetsterapi var små kompletterades enkäterna med internationella utblickar. De internationella studierna var en bidragande orsak till att kommitténs behovsbedömning kraftigt kom att avvika – såväl kvantitativt som kvalitativt – från sjukvårdshuvudmännen bedömning. Till skillnad mot sjukvårdshuvudmännen uppfattade utredarna ett betydligt större kvantitativt och kvalitativt behov av arbetsterapi och arbetsterapeuter. Från sjukvårdshuvudmännens sida skattade man behovet av utbildade arbetsterapeuter fram till år 1975 till omkring 1000, medan utredarna för samma period bedömde behovet till nära dubbelt så många utbildade arbetsterapeuter (a.a. sid. 65-71).

Internationella erfarenheter fick även ligga till grund för utformningen av den nya arbetsterapeututbildningen Enligt utredarna var den existerande svenska arbetsterapeututbildningen behäftad med två problem: För det första svarade den inte mot centrala tankegångar inom den medicinska rehabiliteringens område, och för det andra höll utbildningen inte internationell standard. Sett i ett internationellt perspektiv var den svenska utbildningen för kort, organisatorisk ogenomtänkt, saknade teoretiskt djup och var för praktiskt orienterad. Enligt WFOT:s rekommendationer skulle de konsttekniska ämnena – slöjd, hantverk och arbetstekniker – utgöra en tredjedel av utbildningen. Övriga två tredjedelarna skulle ägnas åt teoretiska studier i medicin och arbetsterapi. I Sverige var förhållandena de omvända (a.a. sid. 94ff). Framtidens krav pekade mot en relativt omfattande arbetsterapeututbildning fullt jämförbar med utbildningen till sjuksköterska och sjukgymnast. Den svenska utbildningen behövde en kraftig förstärkning av de teoretiska blocken. Ämnen som arbetsterapeutisk teori, psykologi, medicinsk rehabilitering, anatomi, fysiologi, bakteriologi, och sjukdomslära behövde ges en framskjuten plats på den nya utbildningens schema. I utbildningen skulle även ämnen som arbetsledning, instruktionsmetodik och sjukhusorganisation ingå (a.a. sid. 109-120). Utbildningsinnehållet pekade mot en utbildning på upp till fyra år. För inträde till den nya arbetsterapeututbildningen sattes samma krav som för sökande till sjukgymnastutbildningen, dvs. realskola eller motsvarande kompetens (a.a. sid. 130f).

Att ge arbetsterapeututbildningen en fastare teoretisk grund och tydligare medicinsk karaktär grund var emellertid inte de sakkunnigas största problem. Den volym och organisatoriska inramning som den nya utbildningen måste ges var ett betydligt större problem. Arbetsterapeututbildningen behövde organiseras på ett sätt som tillät en expansion av utbildningen i konkurrens med andra resurskrävande och av statens prioriterade vårdutbildningar, exempelvis sjuksköterske- och sjukgymnastutbildningen. För att inom en rimlig tid uppnå balans mellan utbud och efterfrågan på arbetsterapeuter behövde uppskattningsvis 160 arbetsterapeuter examineras varje år under den kommande tioårsperioden (a.a. sid. 132). En så pass stor volym ställde stora krav på landets begränsade sjukvårdsutbildningsresurser, särskilt som den nya arbetsterapeututbildningen skulle kräva närhet till landets medicinskt mest specialiserade sjukhus. Den nya utbildningen skulle kräva tillgång till en omfattande patientstock, variation av patientgrupper och diagnoser vilka endast förekom vid landets universitets- och regionsjukhus (a.a. sid. 138ff). Landets universitets- och regionsjukhus var dock redan hårt ansträngda av olika utbildningsuppdrag. En kartläggning visade att endast två av landets universitetssjukhus – Karolinska sjukhuset i Stockholm

med tillhörande Mörby sjukhus samt Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg – och två regionsjukhus – Örebro och Linköping – hade utrymme att ta emot den nya arbetsterapeututbildningen för kursstart 1965 (a.a. sid. 164). För att minska trycket på landets universitets- och regionsjukhus föreslog kommittén att den fyraåriga utbildningen skulle delas upp i två delar, en tvåårig förutbildning följd av en huvudutbildning av samma längd. Tanken var att ge förutbildningen ett sådant innehåll och utformning att den skulle kunna ges vid mindre specialiserade sjukhus. Förutbildningen var även tänkt att fungera som en självständig yrkesutbildning till arbetsterapiassistent. Efter genomgången förutbildning skulle eleverna kunna välja att arbeta som arbetsterapiassistent eller fortsätta utbildningen till arbetsterapeut (a.a. sid. 97-100).

För att stärka den nya arbetsterapeututbildningens medicinska inriktning föreslog de sakkunniga att det skulle inrättas professurer i medicinsk rehabilitering. Detta skulle stödja utvecklingen inom det arbetsterapeutiska området samtidigt som professorerna skulle fungera som föreståndare och lärare vid utbildningen (a.a. sid. 167). För att tillgodose behoven inom utbildningens karaktärsämne – arbetsterapins teori och praktik – skulle redan verksamma arbetsterapeuter utbildas till undervisningsterapeuter och handledare. Inledningsvis skulle ett sextiotal arbetsterapeuter ges lärarutbildning (a.a. sid. 170-176).

Som huvudman för utbildningen ville utredarna se staten och som tillsynsmyndighet universitetskanslersämbetet. Genom en sådan konstruktion skulle arbetsterapeututbildningen knytas till samma organisatoriska struktur som sjukgymnastutbildningen samtidigt som utbildningen skulle få en naturlig koppling till den forskningsverksamhet som bedrevs inom ramen för landets medicinska fakulteter. Det lokala ledningsansvaret för utbildningen skulle vila på de medicinska fakulteterna. I de fall medicinsk fakultet saknades skulle utbildningen ledas av en styrelse där representanter för medicinsk fakultet ingick som ledamöter (a.a. sid. 164ff).

Förslagets konsekvenser för arbetsterapeuternas jurisdiktion

Genom att också ge begreppet rehabilitering en tydlig medicinsk innebörd och koppla arbetsterapeutiskt behandlingsarbete till denna innebörd skapades en välfärdspolitisk plattform för en arbetsterapeutisk jurisdiktion. Med ens blev behovet av arbetsterapi och arbetsterapeuter oupplösligt förenat med det välfärdspolitiska behovet av medicinsk rehabilitering. Härmed öppnades vägen för arbetsterapi som en till medicinen kopplad behandlingsform och arbetstera-

peuten som en rehabiliterande vårdprofession. Genom att ge begreppet rehabilitering en tydlig medicinsk karaktär kom den huvudsakliga målsättningen med arbetsterapi inte längre att utgöras av patientsysselsättning och förströelse. Det nya rehabiliteringsbegreppet fogade arbetsterapi till raden av medicinska behandlingsformer. Arbetsterapeuternas arbete kom att förankras i medicinska diagnoser och knytas till specifika klientgrupper. Härmed fanns det inte längre något fog för att tala om sysselsättningsterapi. Härigenom stängdes också den lucka i arbetsterapeuternas jurisdiktion som mentalsjukvårdens kompletteringskurser tidigare öppnat.

Arbetsterapins koppling till begreppet rehabilitering förändrade synen på arbetsterapeututbildningens innehåll, omfattning och utformning. Hela utbildningen genomgick en genomgripande akademisering. Utbildningen föreslogs få en mer teoretisk och medicinsk profil som skulle placera arbetsterapeuterna på samma utbildningsnivå som sjuksköterskor och sjukgymnaster.

Att utbilda för kvantitet eller kvalitet – utredningen på remiss

I allmänhet ställde sig de flesta remissyttranden positiva till ett ökat inslag av arbetsterapi i vården. Arbetsterapi sågs som en värdefull behandlingsform vid såväl somatiska som psykiska sjukdomstillstånd. De flesta remissinstanser var mer eller mindre eniga om att arbetsterapeututbildningen behövde förlängas, breddas och fördjupas. Svenska läkarförbundet ansåg till och med att utan en utbyggd och förbättrad arbetsterapi riskerade den planerade utbyggnaden av den medicinska rehabiliteringen att påverkas i negativt riktning (Svenska läkartidningen 1963:13). Trots detta kom även denna gång tung kritik att riktas mot utredarnas förslag till ny utbildning. I främsta ledet för kritiken stod även denna gång Medicinalstyrelsen och Svenska landstingsförbundet.

Synpunkter från Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter

Från FSA var man på det hela taget nöjd med betänkandet då det accentuerade och förtydligade arbetsterapeuternas välfärdspolitiska betydelse och professionella yrkesroll. Nöjt kunde man konstatera att utredarna i stort sett följt de riktlinjer för arbetsterapeutiskt arbete och utbildning som ställts upp av WFOT. Inte ens förslaget om att organisatoriskt samordna arbetsterapeututbildningen med utbildningen för sjukgymnaster sågs med någon större oro. Det enda förbehållet var att ett samordnat utbildningsinstitut inte skulle ges ett namn som förde tankarna till sjukgymnastik. Från föreningen hade man dock gärna sett ett förslag om att inrätta kompletteringskurser för arbetsterapeuter med den äldre ett-

och tvååriga utbildningen (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: Remissutlåtande över SOU 1962:50 den 26/1 1963).

Man var dock inte odelat positiv till utredarnas förslag. Bland annat mötte förslaget om att låta förutbildningen utgöra yrkesutbildning till arbetsterapiassistent kritik. En tvåårig utbildning ansågs vara alltför omfattande i förhållande till de krav och arbetsuppgifter som skulle komma att ställas på arbetsterapiassistenterna. Dessutom, under rådande knappa utbildningsresurser var en tvåårig arbetsterapiassistentutbildning slöseri med värdefulla utbildningsresurser. FSA föreslog att arbetsterapiassistentutbildningen skulle läggas upp som en kortare påbyggnadskurs efter genomgången sjukvårdsbiträdesutbildning eller grundutbildningen i mentalsjukvård (a.a.). Den negativa inställningen till arbetsterapiassistenternas utbildning handlade dock troligtvis lika mycket om professionella överväganden som om att värna om landets utbildningsresurser. Med en gemensam grundutbildning för arbetsterapeuter och assistenter skulle det bli svårare för arbetsterapeuterna att upprätthålla en bild av yrket som kvinnligt prestigeyrke, i klass med sjuksköterskor och sjukgymnaster. Utifrån detta perspektiv var det fullt logiskt av FSA att föreslå skilda utbildningsvägar för arbetsterapeuter och arbetsterapeutassistenter. Sett utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv är skilda utbildningsvägar en vanlig strategi för att hindra underordnade grupper från att vinna tillträde till det egna yrket.

Synpunkter från Medicinalstyrelsen

Trots att Medicinalstyrelsen i flera avseenden ställde sig bakom utredarnas förslag kunde man inte förlika sig med tanken på att upphäva distinktionen mellan arbets- och sysselsättningsterapi. Att som kommittén utgå från att allt arbetsterapeutisk behandlingsarbete var av kvalificerad och medicinsk art var enligt styrelsen en felaktig slutsats. En betydande del av arbetsterapeuternas arbete handlade fortfarande om patientsysselsättning och förströelse. WFOT:s definition av arbetsterapeutiskt behandlingsarbete avspeglade därför inte de faktiska behoven i landet. Endast för ett fåtal arbetsterapeuter torde en utbildning enligt WFOT:s riktlinjer vara nödvändig. Behandlingsmässigt var dock patientsysselsättning och förströelse inte mindre betydelsefulla än andra former av arbets- och sysselsättningsterapi. Sysselsättning och förströelse var av central betydelse för patienternas allmänna välbefinnande, särskilt inom mentalsjukvården och för långtidssjuka. En fyraårig utbildning för en yrkesgrupp som huvudsakligen skulle hålla på med patientsysselsättning ansåg man emellertid vara alltför omfattande. För att undvika risken att stå med en överkvalificerad kår av arbetsterapeuter föreslog Medicinalstyrelsen en tudelad utbildning. De

arbetsterapeuter som huvudsakligen skulle arbeta med sysselsättningsterapi skulle erhålla en kortare och mindre teoretisk utbildning. Ett sådan konstruktion skulle även tära mindre på landets utbildningsresurser och underlätta den geografiska spridningen av utbildningen. Medicinalstyrelsens kritik delades av Mentalsjukvårdsberedningen och Socialstyrelsen (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: Ecklesiastikdepartementets sammanställning av remissyttranden över SOU 1962:50).

Synpunkter från Svenska landstingsförbundet

Tillsammans med Medicinalstyrelsen kom den skarpaste kritiken mot utredarnas förslag från Svenska landstingsförbundet som ansåg att utredarnas förslag på flera centrala punkter gick stick i stäv med sjukvårdshuvudmännens önskemål. Förutom att man delade Medicinalstyrelsens uppfattning om att förslaget till ny utbildning var tilltaget i överkant ansåg man att förslaget förstärkte den redan splittrade vårdutbildningsstrukturen och försvårade ett rationellt utnyttjande av vårdens utbildningsresurser. Frågan om ett pedagogiskt och organisatoriskt samordnad utbildningssystem för all sjukvårdspersonal hade varit ett återkommande krav från landstingsförbundets sida alltsedan 1940-talet. För Landstingsförbundets handlade det om att så långt som möjligt samordna alla vårdutbildningar under samma organisatoriska huvudman (Arbetsterapeuten 1962:1 sid. 5-16).

I utredningen hade Svenska landstingsförbundets representant, landstingsdirektören i Örebro län Lars Gothard Nilsson, tydligt markerat sjukvårdshuvudmännens ståndpunkt i fråga om arbetsterapeututbildningens samordning med andra vårdutbildningar, huvudmannaskap och myndighetstillsyn, utan att vinna gehör. Majoriteten av utredningens ledamöter ansåg att Lars Gothard Nilssons synpunkter inte var realistiska. Man menade att Svenska landstingsförbundets önskemål hotade att försena starten av arbetsterapeututbildningen samt att ge utbildningen en lägre nivå än vad som var tänkt (Ejvegård 1973: 317f). För att markera sin avvikande uppfattning gentemot utredningens förslag fogade Lars Gothard Nilsson ett särskilt yttrande till betänkandet där han klargjorde förbundets ståndpunkt och avvikande mening (SOU 1962:50 sid. 188-195).

Som alternativ till utredarnas förslag drog Landstingsförbundet upp riktlinjerna för ett eget förslag till utbildningsstruktur. Grunden i förslaget var en gemensam grundutbildning, öppen för alla med grundskolekompetens. Grundutbildningen skulle utgöra grunden för allt yrkesarbete inom vården. Samtidigt skulle den utgöra grunden för vidare fortbildning och specialisering, exempelvis till sjuk-

sköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Enligt Svenska landstingsförbundet fanns det flera fördelar med ett pedagogiskt och organisatoriskt samordnat utbildningssystem. För det första skulle gränsen mellan yrkesinriktade praktiska utbildningar och akademiskt teoretiska utbildningar upphävas. För det andra skulle de tillgängliga utbildningsresurserna för hälso- och sjukvården kunna utnyttjas bättre om de samordnades och ställdes under en gemensam huvudman. Den rådande utbildningsstrukturen tärde mycket ojämnt på vårdens utbildningsresurser. En bättre samordning skulle kunna minska trycket på universitets- och regionsjukhusens resurser och bättre utnyttja normalsjukhusens resurser. Mot denna bakgrund föreslog Svenska landstingsförbundet att:

- arbetsterapeututbildningen, och all annan sjukvårdsutbildning, skulle bedrivas som yrkesutbildning under Överstyrelsens för yrkesutbildning tillsynsansvar
- arbetsterapeututbildningen, och all annan sjukvårdsutbildning, skulle ställas under landstingskommunalt huvudmannaskap
- förkunskapskraven för arbetsterapeututbildningen inte skulle sättas högre än grundskolekompetens eller motsvarande förkunskapskrav (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: Ecklesiastikdepartementets sammanställning av remissyttranden över SOU 1962:50; Arbetsterapeuten 1962:1 sid. 5-16; Ejvegård 1973:317.ff).

Synpunkter från de professionella intressena

Även om man från Legitimerade sjukgymnasters riksförbund (LSR) ställde sig positiva till ny utbildning för arbetsterapeuter kunde man inte av omtanke om den egna professionella statusen acceptera tanken på ett gemensamt utbildningsinstitut för sjukgymnaster och arbetsterapeuter. De stora skillnaderna i förkunskaper mellan sökande till sjukgymnastutbildningen och arbetsterapeututbildningen skulle leda till att en samordning av de båda utbildningarna skulle ske på sjukgymnastutbildningens bekostnad. Så länge arbetsterapeututbildningen byggde på lägre inträdeskrav kunde man inte gå med på ett gemensamt utbildningsinstitut (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv: Ecklesiastikdepartementets sammanställning av remissyttranden över SOU 1962:50).

Från Svensk sjuksköterskeförening (SSF) sade man sig dela utredarnas bedömning av att det behövdes fler utbildade arbetsterapeuter, samtidigt ställde man sig tveksamma till den föreslagna utbyggnadstakten. Den snabba utbyggnads-

takten var hot mot antagningen till sjuksköterskeutbildningarna då rekryteringen till de båda utbildningarna skedde från samma sociala och utbildningsmässiga skikt i samhället. SSF ansåg det vara mycket tveksamt om detta skikt var tillräckligt stort för att tillåta en expansion av både yrkesgrupperna. SSF riktade också kritik mot utredarna för att göra en konstlad gränsdragning mellan sjukvård och rehabilitering. Denna gränsdragning dolde inte bara släktskapet mellan sjukvård och rehabilitering utan dolde även sjuksköterskornas roll i rehabiliteringsprocessen. Kritiken kan ses som ett försök från SFF:s sida att skapa sig ett utrymme – vidga sin jurisdiktion – inom det välfärdspolitiska rehabiliteringsfält som var på väg att formeras. SSF ansåg att den övergripande målsättningen för sjukvård och rehabilitering var densamma och att rehabilitering egentligen var en integrerad del av den sjukvård som sjuksköterskan tillsammans med sjukvårdsbiträden och undersköterskor stod för. Enligt SSF hade utredarna underbetonat sjuksköterskans roll i rehabiliteringsarbetet, både på vårdavdelningarna och de speciella rehabiliteringsavdelningarna samt inom den öppna vården. I sjuksköterskans åligganden ingick både förebyggande av kontrakturer och träning av patienter för att klara livet utanför sjukhuset. I sjuksköterskeutbildningen ingick även socialmedicin, psykologi och förebyggande hälsovård. SSF varnade för att en alltför långt driven specialisering var ett hot mot helhetssynen på patienten. Av denna anledning var det viktigt att sjuksköterskan, med sin ständiga och nära patientkontakt, blev en viktig del av rehabiliteringsteamet (a.a.; Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor 1963:109f).

Propositionen – en balansgång mellan motstridiga krav

Med hänvisning till den ökande välfärdspolitiska betydelsen av medicinsk rehabilitering ansåg ecklesiastikminister Ragnar Edenman att landets arbetsterapeututbildning var i behov av en rejäl standardhöjning. Kvantitativt likväl som kvalitativt måste arbetsterapeututbildningen anpassas till sina framtida arbetsuppgifter. Sett i ett internationellt perspektiv befann sig den svenska rehabiliteringsverksamheten fortfarande i början av sin utveckling men med fortsatta välfärdspolitiska satsningar skulle verksamheten drivas framåt. Fler och bättre utbildade arbetsterapeuter var enligt departementschefen en viktig resurs i denna utveckling (Prop. 1964:73 sid. 98f). Han avvisade därför tanken på en uppdelning av utbildningen i en arbets- och sysselsättningsterapeutisk gren. Den nya arbetsterapeututbildningen skulle vara en för alla arbetsterapeuter gemensam yrkesutbildning (a.a. sid. 100). Genom rationaliseringar borde dock utbildningstiden kunna kortas till tre år. Ecklesiastikministern föreslog att utbildningen skulle rationaliseras genom att lyfta ur assistentutbildningen ur utbildningen (a.a. sid. sid. 101).

Ecklesiastikministern ansåg inte heller att utbildningen var för teoretiskt eller innebar någon risk för att arbetsterapeuterna skulle bli överkvalificerande. Tvärtom betonade han betydelsen av att utbildningen gavs en nära koppling till de medicinska fakulteterna och pågående forskning inom den medicinska rehabiliteringens område. Behovet av att forskningsanknyta utbildningen gjorde det motiverat att endast utbilda arbetsterapeuter vid landets universitets- och regionsjukhus. I första omgången Stockholm, Göteborg, Örebro och Linköping, men i takt med att fler universitets- och regionsjukhus skaffade sig resurser skulle utbildningen tillåtas att expandera (a.a. sid. 103f). För att stärka arbetsterapeut- och sjukgymnastutbildningens forskningsanknytning skulle en professur i medicinsk rehabilitering inrättas. Professuren skulle förläggas till Göteborg och tillsättas under läsåret 1965/66. Innan planerad kursstart, läsåret 1965/66, var det dock nödvändigt att som utredarna föreslagit starta lärarkurser för blivande instruktörsterapeuter (a.a. sid. 105).

Som synes ställde sig ecklesiastikministern mycket positiv till en reformering och utbyggnad av arbetsterapeututbildningen. På flera punkter, framförallt de som gällde utbildningens organisering, huvudmannaansvar och tillsyn, markerade han dock tydligt att han lyssnat och tagit del av Svenska landstingsförbundets synpunkter. I dessa frågor sökte han en balansgång mellan sjukvårdshuvudmännens krav och förslagen från de sakkunniga. I enlighet med Svenska landstingsförbundet ansåg han att det på sikt var viktigt att all vårdutbildning kom under en gemensam huvudman och tillsynsmyndighet. Som ett första steg i denna riktning föreslog skulle arbetsterapeututbildningen läggas under landstingskommunalt huvudmannaskap och stå under tillsyn av Skolöverstyrelsen. Utbildningen skulle få statsbidrag enligt gällande regler för yrkesskolor (a.a. sid. 104). Statsutskottet kom att följa inrikesministerns förslag. Propositionen klubbades igenom i både första och andra kammaren den 20 maj 1964.

En arbetsterapeutisk jurisdiktion grundad på välfärdspolitiska behov

Sett i sin helhet innebar riksdagsbeslutet i maj 1964 en tydlig markering av arbetsterapeuternas professionella status och jurisdiktion. För första gången fick arbetsterapeuterna en tydlig välfärdspolitisk roll. Kopplingen till medicinsk rehabilitering knöt arbetsterapeuternas kunskapsutveckling och yrkespraktik till ett välfärdspolitiskt sammanhang. Den arbetsterapeutiska jurisdiktionen kunde formuleras i förhållande till det välfärdspolitiska behovet av medicinsk rehabilitering. Kopplingen till medicinsk rehabilitering innebar också ett förvetenskapliggörande av arbetsterapeuternas yrkespraktik. Det välfärdspolitiska behovet av

medicinskt kvalificerad rehabiliteringspersonal öppnade vägen för en längre och medicinskt inriktad utbildning. Statens beslut manifesterade arbetsterapi som ett enhetligt yrke och som en enhetlig yrkespraktik. Staten tog aktivt avstånd från en uppdelning av yrket i en arbetsterapeutisk och en sysselsättningsteraputisk gren. Genom att erkänna WFOT:s och utredarnas förslag rörande arbetsterapins målsättning, verksamhetsformer och utbildningskrav medverkade staten aktivt till att stärka arbetsterapeuterna som profession och bana väg för en enhetlig arbetsterapeutisk jurisdiktion. Arbetsterapeuterna fick en utbildning som till längd, teoretiskt djup och ämnesprofilering var i klass med sjuksköterskors och sjukgymnasters. Genom den nya utbildningen fick arbetsterapeuterna i Sverige en utbildning som nådde upp till WFOT:s standard. 1964 fick Sverige tillbaka sin status som medlemsnation i WFOT. Genom den speciella lärutbildningen fick arbetsterapeuterna inflytande i utbildningen. Arbetsterapin fick genom professuren i medicinsk rehabilitering en vetenskaplig förankring. Man fick en egen organisatorisk hemvist – rehabiliteringskliniker/avdelningar. Man knöts också närmare till den medicinska strukturen genom att utbildningen förlades till universitets- och regionsjukhus.

7. Sammanfattning och diskussion

Det avslutande kapitlet består av tre delar. Jag inleder med att kortfattat sammanfatta några av de centrala slutsatserna från mina tre empiriska kapitel för att därefter övergå till att jämföra dem med varandra i hopp om att finna möjliga förklaringar till sjuksköterskekårens visavi arbetsterapeuters och hemvårdarinnors större professionella framgång. Kapitlet avslutas med en återkoppling till avhandlingens teoretiska utgångspunkter. Temat för diskussionen är att peka på möjligheter och fördelar med att kombinera professions- och organisationsteori i professionssociologiska studier, att visa på möjligheterna och fördelarna med att skapa en professionsteori med organisationsteoretiska influenser.

Sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter – en sammanfattning

För *sjuksköterskekåren* innebar mötet med staten under 1910-talet att en reglering av sjuksköterskeväsendet kom till stånd. Den statliga regleringen innebar dels en förbättring av sjuksköterskornas löne- och anställningsvillkor, dels – och kanske viktigare – en ökad delaktighet i och kontroll över sjuksköterskeväsendets utveckling. Med hjälp av staten vann sjuksköterskekåren inflytande och kontroll över landets sjuksköterskeutbildning och arbetsförmedling av sjuksköterskor samtidigt som man erhöll en central position inom Medicinalstyrelsen, landets högsta tillsynsmyndighet i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Med statens draghjälp erhöll sjuksköterskekåren en till utbildnings- och yrkesmonopol gränsande position och man kunde etablera en jurisdiktion väl avgränsad från sjukvårdsbiträden och lasarettssköterskor. Endast de som genomgått en av Medicinalstyrelsen godkänd sjuksköterskeutbildning fick rätt att titulera sig sjuksköterska och tillträde till sjuksköterskans primära arbetsuppgifter – omslag, sårsköljning och temperaturmätning. Sjukvårdsbiträden och lasarettssköterskor kom att bli hierarkiskt underordnade sjuksköterskorna. Regleringen av sjuksköterskeväsendet banade väg för sjuksköterskorna att legitimera sin överordnade position med hänvisning till formell utbildning och bättre kunskaper. Härigenom doldes att en betydande del av lasarettsköterskors och sjukvårdsbiträdens underordnade position inom vården vilade på klassmässig grund.

Tack vare statens reglering kunde sjuksköterskekåren bibehålla sin kulturella och sociala homogenitet samt visavi lasarettssköterskor och sjukvårdsbiträden ekonomiskt privilegierad position. Genom statens reglering av sjuksköterskeväsendet fick sjuksköterskekåren till stånd en jurisdiktion som kunskaps- och praxismässigt, organisatoriskt, och socialt, kulturellt och ekonomiskt exkluderade lasarettssköterskor och sjukvårdsbiträden.

Under 1940-talet ökade statens intresse för sjukvårdspolitik. Sjukvårdens organisation, omfattning och kvalitet började alltmer betraktas som en nationell angelägenhet. Tillsammans med läkarkåren sågs sjuksköterskorna som en nyckelresurs i framväxten och utvecklingen av sjukvården. Under 1940-talet påbörjades ett målmedvetet arbete att forma och koppla sjuksköterskornas jurisdiktion till sjukvårdspolitiska målsättningar. I betänkanden från Statens sjukhusutredning och 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen drogs riktlinjerna för vårdens framtida arbetsorganisation och sjuksköterskornas jurisdiktion upp. Sjuksköterskornas välfärdspolitiska roll krävde dock en omvandling av sjuksköterskeyrket från kristet kall till borgerligt yrke. Inte minst var det nödvändigt att sekularisera och modernisera sjuksköterskeutbildningen. Statens ambition att modernisera och sekularisera sjuksköterskeväsendet sammanföll på centrala punkter med strävanden inom sjuksköterskekåren, och då framförallt med radikala krafter inom SSF, som ville ge yrket karaktären av borgerligt kall med reglerade arbetsvillkor och drägliga löner.

Med hjälp av staten flyttade sjuksköterskorna successivt fram sin professionella position. Rondsystemets principer för effektiv arbetsorganisation fjärmade sjuksköterskan från vårdens servicefunktioner och knöt henne närmare vårdens administrativa och medicinska strukturer. Till sjuksköterskans tidigare ansvar för patientens grundläggande omvårdnad lades nu rollen som arbetsledare för biträden och undersköterskor, vårdadministratör och medicinsk assistent till läkaren. Som ett tecken på sjuksköterskornas självständiga ställning och betydande roll inom svensk sjukvård började Medicinalstyrelsen från och med 1958 legitimera godkända sjuksköterskor. Sjuksköterskans nya arbetsuppgifter förankrades i förslaget till ny sjuksköterskeutbildning som gavs en tydlig medicinsk profil. Med den nya sjuksköterskeutbildningen togs ett första steg mot en akademisering av sjuksköterskornas utbildning. Utbildningen blev längre, mer teoretisk och mindre arbetsplatsanknuten. Nya ämnen tillkom för att täcka sjuksköterskornas nya kunskapsbehov inom vård, arbetsledning och administration. De skedde även en formalisering av sjuksköterskornas påbyggnads- och specialistutbildningar. I den nya utbildningsplanen stärktes elevernas status som

studenter. Genom införandet av rondsystemet förstärktes sjuksköterskans överordnade position visavi undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Sjuksköterskans överordnade position vilade inte längre enbart på formell utbildning och bättre kunskaper utan även på rationella kriterier för effektiv vårdorganisation. Dessa gruppers underordning förstärktes dessutom av att deras respektive jurisdiktioner kom att uttryckas och definieras i relation till sjuksköterskornas ansvar, arbetsuppgifter och utbildning. Rondsystemet i kombination med förändringarna av utbildningen ökade klyftan mellan det kunskaps- och verksamhetsområde som sjuksköterskorna kontrollerade och det kunskaps- och verksamhetsområde område som undersköterskor och sjukvårdsbiträden arbetade inom.

För sjuksköterskekåren kom utvecklingen under 1960-talet att föra med sig en rad förändringar. Beslutet att lägga sjuksköterskeutbildningen under landstingskommunalt huvudmannaskap resulterade bland annat i att SSF inflytande på den legala arenan minskade under 1960-talet. Den politiska ambitionen att ge landstingen det samlade utbildnings- och verksamhetsansvaret för vården försvagade sjuksköterskekårens professionella förhandlingsposition. Genom det landstingskommunala huvudmannaskapet förlorade sjuksköterskorna kontroll och inflytande över en organisatoriskt viktig plattform, nämligen utbildningen. Istället för välmeriterade sjuksköterskor tillsattes i många fall i ledningen för de nya sjuksköterskeskolorna manliga ”yrkesrektorer” utan tidigare vårderfarenhet. Genom att knyta sjuksköterskeutbildningen till de centrala yrkesskolorna blev det svårt för sjuksköterskorna att upprätthålla yrkets sociala status gentemot andra vårdutbildningar. Omläggningen av utbildningen innebar också att sjuksköterskekåren förlorade sin privilegierade position inom Medicinalstyrelsen.

Samtidigt var sjuksköterskorna vid mitten av 1960-talet ett oomtvistat inslag i vården och deras position vid sjukhusens vårdavdelningar var i det närmaste att betrakta som yrkesmonopol. Sjuksköterskornas legitimation hindrade effektivt landsting och andra sjukvårdshuvudmän från att anställa andra än legitimerade sjuksköterskor till sjuksköterskebefattningar. Genom mer än fyrtio år av reglerad utbildningsgång var man också en socialt och kulturellt homogen och välorganiserad yrkeskår. Till grundutbildningen fanns ett omfattande program av fort- och vidareutbildningar kopplade. Som yrkesgrupp betraktad hade sjuksköterskorna en väl definierad och avgränsad jurisdiktion i förhållande till näraliggande grupper som undersköterskor och medicinsk-tekniska assistenter.

Bakom *hemvårdarinnornas* fackliga och professionella organisering låg 1944 års sociala hemhjälpsreform. Statens ambition att ge den sociala hemhjälpen för

barnfamiljer stadga, spridning och enhetlighet skapade gynnsamma förutsättningar för en kollegial organisering. Inom den statsunderstödda sociala hemhjälpsverksamheten åtnjöt hemvårdarinnorna ett statligt sanktionerat yrkesmonopol. Statens engagemang för att värna om barnfamiljernas möjlighet att skaffa huslig arbetskraft syftade dock inte till att exkludera outbildad arbetskraft utanför den statsunderstödda verksamheten. Hemvårdarinnorna kunde därför inte räkna med statens stöd i professionaliseringshänseende utanför den statsunderstödda hemhjälpen. För de kvinnor som arbetade utanför den statsunderstödda hemhjälpen fortsatte verksamheten att fortleva i gränslandet mellan ideellt arbete och lönearbete.

Statens välfärdspolitiska satsning på social hemhjälp gav hemvårdarinnorna en egen jurisdiktion att förvalta och utveckla. Hemvårdarinnornas jurisdiktion hamnade i skärningspunkten mellan hembiträdets traditionella arbetsuppgifter och distriktssköterskans jurisdiktion. Från statens sida såg man den sociala hemhjälpen och hemvårdarinnornas jurisdiktion som komplementär till hemsjukvården och distriktssköterskornas jurisdiktion. Endast i vårdfrågor var hemvårdarinnorna underordnade distriktssköterskornas kompetens. Genom utbildning, heltidstjänster, drägliga löner samt sociala förmåner som semester, sjuklön och pension försökte man från statens sida att ge hemvårdarinneyrket högre social och ekonomisk status än annat husligt arbete. I organisatoriskt avseende understöddes hemvårdarinnornas jurisdiktion av särskilt inrättade kommunala och landstingskommunala organ samt av Socialstyrelsen. Dessa organ hade att utveckla, leda, planera och administrera den statsunderstödda sociala hemhjälpen samt se till att endast utbildade hemvårdarinnor anställdes på de statliga bidragen.

Trots till synes gynnsamma förutsättningar fick hemvårdarinnorna svårt att förvalta och utveckla sin jurisdiktion. En bidragande orsak till detta var bland annat hemvårdarinnornas svårigheter att rekrytera och bibehålla medlemmar i Svenska hemvårdarinneförbundet. Problemen hade sin grund i yrkets karaktär av genomgångsyrke. För de flesta yngre kvinnor var hemvårdarinneyrket oförenligt med ett normalt familjeliv. Ett stort antal hemvårdarinnor slutade därför varje år på grund av giftermål.

En annan hämmande faktor var statens strikta reglering av den sociala hemhjälpens kvantitativa utbyggnad och välfärdspolitiska inriktning. Med hänvisning till att statsbidragen i första hand var ämnade att stimulera kommunerna till att själva bygga upp en fungerande hemhjälpsverksamhet vägrade staten anslå

medel till en nivå som motsvarade kommunernas efterfrågan på hemvårdarinnor. Härmed kom hemvårdarinnekåren att bli en relativt liten yrkeskår spridd över ett stort land. Den regionala spridningen av en relativt sett liten yrkeskår försvårade med all säkerhet hemvårdarinnornas kollegiala organisering. Från statens sida ställde man sig även ovillig till att kompensera kommunerna för den urholkning av statsbidragen som uppstått till följd av ökade lönekostnader. Man begränsade också kommunernas möjligheter att använda statligt understödda hemvårdarinnor i annan hemhjälpsverksamhet än barnfamiljer.

Hemvårdarinnorna hamnade i kläm mellan statens ambition att bygga upp en högkvalitativ social hemhjälp för barnfamiljernas behov och kommunernas önskemål att bereda fler än barnfamiljer billig social hemhjälp. För att tillgodose andra gruppers behov av sådan hjälp började många kommuner söka efter en billigare och mera flexibel arbetskraft än den hemvårdarinnorna stod för. Lösningen för kommunerna blev att tim- och deltidsanställda medelålders hemmafruar.

Sett i ljuset av historien framstår hemvårdarinnornas bristande organisatoriska resurser i kombination med statens ovilja att utforma en politik som exkluderade outbildad arbetskraft från den sociala hemhjälpens område som två viktiga faktorer bakom hemvårdarinnornas professionella svårigheter. Från statens sida ställde man sig negativ till att skapa incitament och förutsättningar för kommunerna att med utgångspunkt i hemvårdarinnorna utveckla och differentiera den sociala hemhjälpen. I takt med att den sociala hemhjälpens välfärdspolitiska tyngdpunkt mot slutet av 1950-talet försköts mot omsorg av äldre kom hemvårdarinnornas jurisdiktion att urholkas och hemvårdarinnornas professionella position att bli allt mer ohållbar. Den sociala hemhjälpens omvandling till äldreomsorg förändrade radikalt hemvårdarinnornas möjligheter till fortsatt professionell utveckling. Det kunskaps- och praxisfält som formats kring barnfamiljernas behov och som hemvårdarinnorna satts att förvalta blev obsolet när den sociala hemhjälpen ändrade karaktär och inriktning. Den verksamhet kring vilken hemvårdarinnornas jurisdiktion en gång formerats eroderades snabbt och i dess ställe växte en verksamhet fram där kraven på en välutbildad och enhetlig yrkeskår sattes mycket lågt. Den slutgiltiga dödsstöten mot hemvårdarinnornas jurisdiktion kom när Socialstyrelsens tillsynsansvar hävdes och statsbidragen för avlöning av hemvårdarinnor upphörde. I den snabbt expanderande äldreomsorgen blev hemvårdarinnorna en anakronism som varken staten eller kommunerna visade något större intresse för att vidareutveckla. Flertalet hemvårdarinnor kom därför snart att befinna sig i äldreomsorgen och där arbeta sida vid

sida och med samma arbetsuppgifter som den outbildade tim- och deltidsanställda personalen.

Även *arbetsterapeuternas* fackliga och professionella organisering kom att bli intimt förknippad med den tidiga svenska välfärdsstatens formering. I arbetsterapeuternas fall var det den välfärdspolitiska ambitionen att rehabilitera de partiellt arbetsföra tillbaka till arbetslivet som väckte statens intresse för arbetsterapi. Visserligen hade arbetsterapi förekommit redan tidigare inom svensk vård men som behandlingsform saknade verksamheten allmän spridning och kontinuitet, enhetlighet och systematik. På de ställen där arbets- och sysselsättningsterapi förekom var det ofta på initiativ av någon arbetsterapeutiskt intresserad läkare. Först med statens önskan att rehabilitera partiellt arbetsföra till en väntande arbetsmarknad växte tankarna på en kår av arbetsterapeuter och en systematiskt och målmedvetet bedriven arbetsterapi fram.

Med utgångspunkt i att föra arbetshandikappade personer tillbaka till ett väntande arbetsliv och med sjuksköterskor och sjukgymnaster som professionella riktmärken lade staten grunden till en arbetsterapeutisk jurisdiktion. I likhet med sjuksköterskor och sjukgymnaster fick arbetsterapeuterna ett noga avgränsat kunskaps- och verksamhetsområde. I likhet med hemvårdarinnorna fick dock arbetsterapeuterna svårt att förvalta och utveckla sin jurisdiktion. En viktig förklaring till detta var att de partiellt arbetsföras problem till största delen kom att betraktas som ett arbetsmarknadsproblem snarare än ett medicinskt rehabiliteringsproblem. Genom att definiera de partiellt arbetsföras problem i arbetsmarknadstermer kom de välfärdspolitiska insatsernas tyngdpunkt att läggas på olika utbudsbefrämjande åtgärder såsom yrkesvägledning, yrkesutbildning, yrkesprövning och omskolning. För detta arbete krävdes snarare kuratorer, psykologer, arbetsförmedlare och yrkesvägledare än arbetsterapeuter, dvs. det utrymme som den förda välfärdspolitiken öppnat togs i anspråk av andra yrkesgrupper än arbetsterapeuter. Endast inom mentalsjukvården uppfattades behovet av arbets- och sysselsättningsterapi som fortsatt stort. Intresset för mentalsjukvården bland arbetsterapeuterna var dock svalt. Av den institutionsbaserade vårdens olika delar var det i stort sett endast mentalsjukvården som inte utgjorde måltavla för arbetsterapeuternas professionella strävanden.

Slutsatsen att de partiellt arbetsföras problem låg utanför sjukvårdens område i kombination med arbetsterapeuternas ovilja att orientera sig mot mentalsjukvården kom att placera arbetsterapeuterna i välfärdspolitisk skugga under hela 1950-talet. I välfärdspolitikens skugga fick arbetsterapeuterna svårt att etablera

ett samarbete och med staten. Även om staten inte öppet motarbetade arbetsterapeuternas professionella projekt tog man få initiativ till att stödja arbetsterapeuternas professionella strävanden. Från statens sida fann man inga skäl till att förlänga utbildningen eller öka antalet skolor i arbetsterapi. I ett försök att skaffa arbetsterapeuter till mentalsjukvården valde man från statens sida att halvera den tvååriga arbetsterapeututbildningen och att snabbutbilda mentalsjukvårdare till arbetsterapeuter.

Arbetsterapins och arbetsterapeuternas välfärdspolitiska genombrott lät vänta på sig till 1960-talet. Bakom genombrottet låg ett tilltagande välfärdspolitiskt intresse för medicinsk rehabilitering. Inom sjukvården kunde allt fler patienter med livshotande tillstånd räddas tillbaka till livet men till priset av en lång och många gånger mödosam rehabilitering. Ett ökat inslag av medicinsk rehabilitering var i detta sammanhang ett ofrånkomligt inslag för en snabb återanpassning av patienten till ett normalt liv och förvärvsarbete. Behovet av medicinsk rehabilitering pekade mot ett ökat behov av kvalificerade former av arbetsterapi. Från stat och landsting gav man tydliga signaler om att arbetsterapi hade en vikig roll att fylla inom den framväxande medicinska rehabiliteringen. Genom att tydligt koppla syftet med arbetsterapi till den välfärdspolitiska målsättningen om snabb och högkvalitativ medicinsk rehabilitering skapade staten en välfärdspolitisk plattform för arbetsterapeuternas professionella utveckling; behovet av arbetsterapi och arbetsterapeuter blev oupplösligt förenat med det samhälleliga behovet av medicinsk rehabiliteringen. Det välfärdspolitiska behovet av medicinsk rehabilitering skapade ett organisatoriskt och professionellt utrymme för arbetsterapeuternas professionella projekt. Kopplingen till medicinsk rehabilitering gav arbetsterapeuterna det välfärdspolitiska sammanhang de behövde för att få till stånd en utbildning som i omfattning, utformning och teoretiskt djup var likvärdig med utbildningen till sjuksköterska och sjukgymnast. Genom den nya utbildningen öppnades dörren till WFOT, den internationella sammanslutningen för världens arbetsterapeuter. Till skillnad mot sjuksköterskor och sjukgymnaster stod man dock fortfarande utan legitimation.

Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor – en jämförelse av sociala förutsättningar och yrkesmässiga konsekvenser

Ett sätt att närma sig frågan varför sjuksköterskor rönt större professionell framgång visavi, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor är att studera yrkesgruppernas organisatoriska resurser, deras möte med staten och andra välfärdspolitiska aktörer samt utformningen av de välfärdspolitiska åtaganden de kom att knytas

till. En sådan studie visar att sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter vuxit fram i anslutning till olika organisatoriska och välfärdspolitiska sammanhang.

En viktig aspekt av sjuksköterskornas professionella position står att finna i sjuksköterskekårens tidiga kollegiala organisering. Redan i början av 1900-talet började sjuksköterskorna framträda som en välorganiserad, välutbildad och homogen yrkeskår. Grunden för sjuksköterskekårens organisatoriska styrka utgjordes av SSF och de privata sjuksköterskeskolorna och de nära banden dem emellan. Banden till de privata sjuksköterskeskolorna skänkte inte bara status och legitimitet åt de professionella anspråk som SSF reste utan bidrog även till att skapa en lokalt baserad och nationell plattform för sjuksköterskekårens professionella projekt. Banden mellan SSF och de privata sjuksköterskeskolorna gjorde det möjligt för sjuksköterskekåren att driva professionella frågor på såväl den legala arenan som på arbetsplatsnivå. Banden till de privata sjuksköterskeskolorna skapade en naturlig rekryteringsgrund för SSF vilket i sin tur bidrog till att forma SSF till en kulturellt, utbildnings- och klassmässigt homogen organisation. Sjuksköterskornas borgerliga klasstillhörighet medverkade emellertid inte bara till att ge SSF en socialt homogen karaktär utan bidrog även i hög grad till att SSF fick tillgång till en rad värdefulla politiska kontakter.

Sjuksköterskekårens framgång att få till stånd en reglering av sjuksköterskeväsendet ska dock inte enbart förstås som en effekt av SSF:s och de privata sjuksköterskeskolornas organisatoriska styrka. Av lika betydelse torde ha varit statens bristande ambition och organisatoriska resurser att på nationell nivå utreda, planera, styra och kontrollera sjukvårdens organisation och utbildning. Med undantag för Medicinalstyrelsen saknade staten vid tidpunkten för sjuksköterskeväsendets reglering organisatoriska resurser att på egen hand utreda hälso- och sjukvårdspolitiska frågor. Uttryckt i organisationsteoretiska termer lämnade detta ett organisatorisk utrymme för SSF och de privata sjuksköterskeskolorna. Sjuksköterskornas privilegierade position på den legala arenan förstärktes dessutom av att sjukvårdshuvudmännen vid denna tidpunkt ännu inte börjat framträda som kollektiv aktör. Grundandet av Svenska landstingsförbundet låg ännu några år bort i tiden. I avsaknaden av andra inflytelserika aktörer fick SSF och de privata sjuksköterskeskolorna, tillsammans med Medicinalstyrelsen, stå för de expertkunskaper som man från statens sida behövde för att kunna reglera sjuksköterskeväsendet.

Statens reglering av sjuksköterskeväsendet kom att lämna sjuksköterskornas organisatoriska resurser och nätverk orörda. De privata sjuksköterskeskolorna kvarstod orörda och sjuksköterskornas grepp om arbetsförmedlingen av sjuksköterskor stärktes Härmed kom statens reglering av sjuksköterskeväsendet att innebära en förstärkning och konsolidering av sjuksköterskornas organisatoriska resurser och professionella position. Statens reglering av sjuksköterskeutbildningens längd, innehåll och utformning slog ut de oseriösa lasarettsskolorna samtidigt som kvarvarande och nytillkomna utbildningar blev tillräckligt kvalificerade för att ge eleverna medlemskap i SSF. Härigenom kom regleringen att innebära en förstärkning av sjuksköterskornas organisatoriska resurser. Reglering av sjuksköterskeväsendet skapade en större rekryteringsgrund för SSF utan att man behövde ge avkall på kravet på kulturell och klassmässig homogenitet. Regleringen av sjuksköterskeväsendet innebar dessutom att sjuksköterskornas underordning av sjukvårdsbiträden och lasarettssköterskor nu formellt kunde legitimeras med hänvisning till bättre utbildning snarare än klasstillhörighet. Genom att hävda utbildningsmässiga kriterier framför sociala fick sjuksköterskekårens stängningsstrategier en professionell karaktär. Sjuksköterskornas professionella position förstärktes dessutom av den inspektristjänst som inrättades vid Medicinalstyrelsen. Genom inrättandet av inspektristjänsten knöts SSF och de privata sjuksköterskeskolorna närmare till statens mest betydande sjukvårdspolitiska byråkrati. Kopplingen till Medicinalstyrelsen kom att bidra till att ge SSF och de privata sjuksköterskeskolorna en officiös karaktär i statens fortsatta sjukvårdspolitiska arbete. Rollen som officiöst organ skulle visa sig bli värdefull när välfärdspolitiken under 1940-talet antog en alltmer expansiv och korporativ karaktär.

I jämförelse med de sociala förutsättningar som förelåg vid tidpunkten för sjuksköterskornas etablering hade hemvårdarinnor och arbetsterapeuter att verka under andra sociala betingelser. Dels saknade man sjuksköterskekårens organisatoriska resurser, dels hade man att etablera sig i ett betydligt mer komplext organisatoriskt sammanhang i så motto att välfärdspolitiken antagit en mer korporativ karaktär. Allt fler av statens organisationer och andra intresseorganisationer tilläts påverka utformningen av hemvårdarinnornas och arbetsterapeuternas jurisdiktion. Avsaknaden av organisatoriska resurser kan förstås mot bakgrund av att arbetsterapeuternas och hemvårdarinnornas framväxt var intimt förbunden med den framväxande välfärdsstatens åtaganden. Som yrkesgrupper framstår hemvårdarinnor och arbetsterapeuter i allt väsentligt som ett resultat av välfärdspolitiska överväganden och reformer. Den kollegiala organiseringen och känslan av att vara arbetsterapeut respektive hemvårdarinna

växer fram först i samband med statens intresse för social hemhjälp och arbetsterapi. Mot denna bakgrund, och till skillnad mot sjuksköterskorna, hann aldrig hemvårdarinnor och arbetsterapeuter organisera sig och bygga upp strategiska resurser innan mötet med staten.

I jämförelse med den välfärdspolitiskt indifferenta stat som sjuksköterskorna mötte under 1910-talet kom arbetsterapeuter och hemvårdarinnor att möta en välfärdspolitiskt engagerad stat. Under 1940-talet blev välfärdspolitiken en nationell angelägenhet. Hemvårdarinnor och arbetsterapeuter kom därför att födas in i ett betydligt mer komplext organisatoriskt sammanhang. Målet var en välfärdspolitik som omfattade alla och tillgodosåg medborgarnas skiftande behov i livets olika skeden. I den expansiva välfärdspolitikens fotspår följde ett ökat kvantitativt och kvalitativt behov av nya yrkesgrupper. Varje ny yrkesgrupp som skulle infogas gav emellertid upphov till en komplicerad organisatorisk gränsdragning. Från statens sida eftersträvade man en huvudmannamässig, klientmässig och finansiell renodling av trygghetssystemen och de yrkesgrupper som skulle verka inom trygghetssystemen. Av denna anledning kom hemvårdarinnornas jurisdiktion att noga avgränsas från distriktssköterskornas verksamhetsområde. Och på samma sätt kom arbetsterapeuternas jurisdiktion att noga avgränsas från sjukgymnaster och sjuksköterskors jurisdiktioner.

I jämförelse med sjuksköterskornas jurisdiktion framstår hemvårdarinnornas och arbetsterapeuternas jurisdiktioner som välfärdspolitiskt skapade och tilldelade; hemvårdarinnor och arbetsterapeuter fick träda in i en jurisdiktion som fått sin utformning i brytningen mellan en rad olika intressen och pragmatiska överväganden. Härmed kom hemvårdarinnor och arbetsterapeuter att få en betydligt mer välfärdspolitiskt bunden jurisdiktion roll i jämförelse med sjuksköterskorna. Exempelvis så var hemvårdarinnans roll som professionell yrkesutövare hela tiden utmanad av det välfärdspolitiska problemet att förse hemmen med billig arbetskraft. Och i takt med att befolkningspolitikens retorik och problem falnade minskade det välfärdspolitiska stödet för att bygga upp en professionell kår av hemvårdarinnor. Arbetsterapeuterna å sin sida hade att brottas med Landstingsförbundet och Medicinalstyrelsen som helst ville dela upp arbetsterapeutkåren i en sysselsättnings- och en arbetsterapeutisk gren, och förlägga arbetsterapeuternas huvudsakliga verksamhetsområde till mentalsjukvården.

Utan tillgång till strategiska organisatoriska resurser som kontroll över utbildningen och utbudet av arbetskraft fick hemvårdarinnor och arbetsterapeuter svårt att förvalta och utveckla de jurisdiktioner man fått sig tilldelade. Det var svårt att få gehör för en expansion av jurisdiktionen utanför de välfärdspolitiska program de utformats för. Från statens sida ville man ogärna se interprofessionell konkurrens och överlappande jurisdiktioner som hotade att minska välfärdssystemens effektivitet och rationella användande av knappa resurser. Den stat som hemvårdarinnor och arbetsterapeuter mötte var en pragmatisk stat som ställde gruppernas önskan om professionell utveckling mot de välfärdspolitiska behoven. Härigenom kom statens välfärdspolitiska ambitioner att verka i en avprofessionaliserande riktning. Ett tydligt exempel på statens pragmatiska inställning till hemvårdarinnor och arbetsterapeuter utgör de avkortade utbildningar som staten inrättade för att snabbt öka antalet arbetsterapeuter och hemvårdarinnor. I båda fallen prioriterade staten det numerära behovet av arbetsterapeuter och hemvårdarinnor framför behovet av kvalificerad yrkesutbildning.

Bruket av alternativa utbildningsvägar vid sidan om de reguljära utbildningarna innebar en heterogenisering av de båda yrkeskårerna vilket i förlängningen hotade att minska yrkeskårernas sociala och professionella anseende och ytterligare försvåra gruppernas möjlighet att bygga upp strategiska resurser. För arbetsterapeuterna innebar sänkningen av utbildningsstandard att man uteslöts ur WFOT, för hemvårdarinnorna ett stort inflöde av äldre kvinnor utan professionella ambitioner. Av det totala antalet utbildade hemvårdarinnor hade uppskattningsvis två tredjedelar den kortare utbildningen. Intressant att notera i detta sammanhang är att man från statens sida aldrig försökte lösa bristen på sjuksköterskor under samma tidsperiod genom en sänkning av utbildningskvaliteten. Bristen på sjuksköterskor valde staten att lösa genom en modernisering och sekularisering av utbildningen, arbetsorganisatoriska förändringar samt ett ökat antal hierarkiskt underordnade sjukvårdsbiträden och undersköterskor.

I motsats till hemvårdarinnorna fick arbetsterapeuterna professionella projekt ny näring under början av 1960-talet. Till skillnad mot hemvårdarinnorna lyckades arbetsterapeuterna få en stark position inom arbetsterapeututbildningen i Göteborg. Genom utbildningen lyckades man bygga upp lokala allianser med arbetsterapeutiskt intresserade läkare och via den vägen vinna Medicinalstyrelsens uppmärksamhet. Hemvårdarinnornas saknade i stort sett helt motsvarande inflytande och kontakter. Arbetsterapeuterna uppvisade även en betydligt mer medveten och uttalad professionell ambition jämfört med hemvårda-

rinnorna. Exempelvis så exkluderade FAS konsekvent de som inte genomgått den reguljära arbetsterapeututbildningen tillträde till organisationen. Och man arbetade för att okvalificerade arbetsterapeuter skulle utestängas från arbetsterapitjänster. Hemvårdarinnorna var betydligt mildare i sin hållning mot den sociala hemhjälpens okvalificerade arbetskraft. Den okvalificerade arbetskraften betraktades snarare som en möjlig rekryteringsgrund för framtida hemvårdarinnor.

Den tyngst vägande orsaken till att arbetsterapeuternas professionella projekt tog fart under början av 1960-talet måste emellertid tillskrivas det ökade välfärdspolitiska intresset för medicinsk rehabilitering. Intresset för medicinsk rehabilitering gjorde staten lyhörd för arbetsterapeuternas synpunkter och förde FAS till den legala arenan. Intresset för medicinsk rehabilitering förde arbetsterapeuterna in i ett nytt välfärdspolitiskt sammanhang vilket öppnade vägen för en utveckling av arbetsterapeuternas jurisdiktion. Den medicinska rehabiliteringen gjorde det möjligt för arbetsterapeuterna att utveckla sin jurisdiktion utan att göra intrång på näraliggande gruppers arbetsuppgifter. Via den medicinska rehabiliteringen knöts arbetsterapi som behandlingsform och arbetsterapeuterna som profession närmare den medicinska sfären. Arbetsterapeuterna blev en del av ett större medicinskt komplex. Arbetsterapi gick från att vara patientsysselsättning till att bli en medicinskt motiverad och initierad behandlingsform.

För hemvårdarinnorna kom den sociala hemhjälpens förskjutning mot äldreomsorg inte att erbjuda några professionella utvecklingsmöjligheter. Förskjutningen mot äldreomsorg kom tvärtom att innebära slutet på hemvårdarinnornas jurisdiktion. En viktig förklaring till detta var att förskjutningen mot äldreomsorg innebar en amatörisering av den sociala hemhjälpen. Denna amatörisering lämnade varken utrymme för vetenskapliggörande av den sociala hemhjälpens utbildning eller hierarkisering av arbetsuppgifter och yrkesgrupper. Utbildnings- och professionsfrågor fick stå tillbaka för en snabb kvantitativ utbyggnad av äldreomsorgen.

En central slutsats från avhandlingen är att mötet med staten bidrog till att omvandla sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor till ”riktiga” yrken med drägliga arbets- och lönevillkor. Statens välfärdspolitiska åtaganden inom vård, social hemhjälp för barnfamiljer och medicinsk rehabilitering skapade ett behov av heltidsanställda och välutbildade yrkeskårer. Banden till staten innebar en utveckling mot en modern yrkesroll där synen på kvinnligt vård- och omsorgsarbete som kall tonades ned. Staten agerade som moderniserings- och

sekulariseringsagent för sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter och lade grunden till en facklig och professionell organisering.

Mötet med staten gynnade emellertid inte bara en facklig och professionell organisering utan gav även sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter tillgång till en väl avgränsad och definierad jurisdiktion. Sett utifrån professionernas synvinkel var de välfärdspolitiskt definierade jurisdiktionerna relativt skyddade och stabila nischer där man inte behövde frukta interprofessionell konkurrens. Hotet mot jurisdiktionen kom istället att ligga i förändringar av statens välfärdspolitiska åtaganden, något som inte minst hemvårdarinnorna fick erfara.

Samtidigt som statens välfärdspolitiska åtaganden utvecklade sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter till moderna professioner var det en utveckling som till stora delar ägde rum på statens villkor. Statens intresse för professionella yrkesgrupper var intimt förenade med statens välfärdspolitiska ambitioner att ge sina välfärdspolitiska åtaganden en enhetlig utformning, organisatorisk stabilitet och kontinuitet, geografisk spridning och hög kvalitet.

Beroendet till staten har därför i många fall försvårat möjligheten att förvalta och utveckla den egna jurisdiktionen. Många gånger har statens intressen gått stick i stäv med professionernas önskemål om förlängd utbildning, subspecialisering och legitimering. Från statens sida har man varit ovillig att utbilda till högre kompetens än vad som varit välfärdspolitiskt motiverat. Högre utbildning än motiverat har inte bara uppfattats som slöseri med utbildningsresurser utan också som direkt orationellt och kostnadsineffektivt. Från statens sida försökte man utforma de professionella gruppernas jurisdiktioner på ett sådant sätt att de skulle bidra till att skapa administrativ, klientmässig och organisatorisk renodling inom de olika välfärdssystemen. En viktig slutsats från avhandlingen tycks därför vara att det är svårt driva professionella projekt som inte ligger inom ramen för statens välfärdspolitiska åtaganden. Välfärdspolitiskt definierade jurisdiktioner är svåra att utvidga till andra områden av välfärdspolitiken och/eller till att omfatta näraliggande gruppers jurisdiktion.

Med avhandlingen vill jag inte gå så långt som till att hävda att staten utgör den enda eller ens viktigaste faktorn bakom den historiska utveckling som sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter genomgått. Hemvårdarinnorna kanske skulle ha upphört att existera även med ett fortsatt statligt stöd i takt med att behovet av barnomsorg ändrade karaktär när kvinnorna trädde ut på

arbetsmarknaden. Och sett ur ett internationellt perspektiv är det svårt att se hur den medicinska kunskaps- och teknikutvecklingen inte bidragit till sjuksköterskors och arbetsterapeuters professionella utveckling. Detta till trots vill jag vidhålla att avhandlingen utom all tvivel visar på den svenska statens betydelsefulla roll i framväxten och utvecklingen av välfärdsstatliga yrkesgrupper. Genom statens välfärdspolitiska agerande och korporativa karaktär etablerades nära band mellan staten och sjuksköterskor, hemvårdarinnor och arbetsterapeuter. Medvetet medverkade staten till att skapa, förändra och stänga dessa yrkesgruppers jurisdiktioner. Framtida forskning om välfärdsstatens yrkesgrupper torde inte kunna bortse från det inflytande som staten historiskt sett haft över välfärdsstatliga yrkesgruppers utveckling.

Tillbaka till de teoretiska utgångspunkterna - mot en professionsteori med organisationsteoretiska influenser

I avhandlingen har jag använt mig av två teoretiska perspektiv. I kapitel 2 introducerades det organisationsrealistiska perspektivet, i kapitel 3 presenterade jag grundläggande tankegångar inom den professionsteoretiska skolbildningen. I fallstudierna tjänade emellertid de organisationsrealistiska tankegångarna mest som metodologisk vägvisare, medan professionsteoretiska resonemang utgjorde den huvudsakliga tolkningsbasen. Organisationsrealismen har dock mer att erbjuda vad gäller vår förståelse av professioner och professionalisering. Jag ska därför avslutningsvis återvända till mina teoretiska utgångspunkter för att i ljuset av fallstudierna peka på några punkter där organisationsrealismen kan lämna bidrag till det professionsteoretiska fältet. Tanken är att lägga grunden till en professionsteori med organisationsteoretiska influenser.

Att se samhället som organisationer – värdet av ett organisationsrealistiskt perspektiv

Ett tungt vägande argument för att förläna professionsteorin färg från det organisationsrealistiska perspektivet är att de flesta centrala professionsteoretiska begrepp förutsätter organisation. Professionsteoretiska begrepp som *professionella projekt* (Larson 1977), *jurisdiktion* (Abbott 1988) och *social stängning* (Parkin 1979; Collin 1979; Murphy 1984) är svåra att föreställa sig utan en målmedveten kollektiv aktör. Sett ur ett organisationsrealistiskt perspektiv är makt i viss mån alltid en fråga om organisation (Clegg 1989). Organisationsrealismens syn på organisationer som stabiliserande knutpunkter dit resurser samlas, administreras och omsätts i konkret handlande (Ahrne 1990; 1994) borde därför kunna bidra med betydelsefulla insikter om professionalise-

ringens organisatoriska förutsättningar. Att hävda att man inom professionsteorin helt bortsett från de organisatoriska aspekterna vore dock att överdriva. I de flesta definitioner av professioner och professionalisering ingår – ibland uttalat som hos Johnson (1972) och Larson (1977) men oftare outtalat – att professioner är kollektiva aktörer. Inom professionsforskningen saknar man dock en teoretiskt grund för hur organisationer skänker professionella projekt kontinuitet och slagkraft genom att binda samman tid och rum, individuellt och kollektivt handlande.

Det organisationsrealistiska perspektivet kan även bidra till att öka vår förståelse av professionella gruppers relation till sin omgivning. Vill vi förstå professionaliseringens samhälleliga villkor, dess skiftande former och variationer erbjuder organisationsrealismen en teoretiskt och metodologisk öppning. Utifrån ett organisationsrealistiskt perspektiv befinner sig professionella grupper på samma teoretiska, begreppsliga och analytiska nivå som andra organisationer i samhället (Ahrne 1998). Det innebär att relationen mellan professionella grupper och omgivningen kan studeras som en interorganisatorisk relation. Inom professionsforskningen finns en tendens att konceptualisera professioners omgivning i ganska grova kategorier såsom stat, andra professioner, marknad och kunder/klienter. Med fokus på konkreta organisationer blir det lättare att se vad som pågår mellan professionella grupper och dess omgivning då förändringar kan föras tillbaka till identifierbara organisationers handlande. Inom organisationsrealismen erbjuder begrepp som *resurser*, *beroende*, *timing*, *kritiska punkter* m.fl. goda möjligheter för att förstå vad som pågår mellan professioner och dess omgivning.

Organisatoriska nischer, timing och kritiska punkter – organisationsteoretiska begrepp i professionssociologisk tjänst

För att etablera sig måste professioner likt andra organisationer finna nya resurser att ta i anspråk eller frigöra sedan tidigare upptagna resurser (Astley 1985). Utan en egen nisch i det organisatoriska landskapet från vilken man kan hämta resurser får professionen svårt att överleva. I avhandlingen exemplifieras vådan av att inte förmå att upprätthålla en egen nisch i den samhälleliga arbetsdelningen bäst av hemvårdarinnorna vars professionella projekt havererade då man inte lyckades hålla rågången gentemot åldringsvårdens hemsamariter. Föreställningen om att professionella grupper behöver en egen nisch i det sociala landskapet för att överleva har klara beröringspunkter med Abbotts (1988) föreställning om professionella gruppers strävan efter jurisdiktion och Larsons (1977) tankar om professionella marknadsmonopol. I professions-

sociologisk teoribildning är dock professionernas strävan efter en egen organisatorisk nisch – marknadsmonopol och jurisdiktion – inte primärt kopplad till frågan om organisationens överlevnad, i fokus för analysen står medlemmarnas ekonomiska och sociala intressen. Ett organisationsrealistiskt perspektiv kan emellertid bidra till att kasta ljus över de organisatoriska villkoren för att en profession skall lyckas etablera och bibehålla sin jurisdiktion; under vilka förutsättningar kan professioner skapa och vidmakthålla omvärldens efterfrågan på dess kunskap och tjänster.

Ett organisationsrealistiskt perspektiv kan underlätta vår förståelse av professioners framväxt och utveckling. Sett ur ett organisationsrealistiskt perspektiv är professioner en produkt av historiska krafter. Och likt andra organisationer är den professionella organisationen en kombination av gammalt och nytt i så motto att samtida fenomen återspeglas i organisationen genom strukturer som tidigare organisatoriska relationer skapat. Översatt i professionsteoretiska termer betyder det att den jurisdiktion som en profession upprätthåller utgör ett resultat av tidigare relationer med omgivningen. I avhandlingen har jag försökt att lyfta fram den professionssociologiska betydelsen av begreppet *timing* genom att peka på de professionella konsekvenserna av att sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor kom att möta en organisatoriskt, resursmässigt och välfärdspolitiskt olikartad stat.

Lika betydelsefullt för vår sociologiska föreställning av professioner torde begreppet *kritiska punkter* vara (Papakostas 1995). Att större förändringar i organisationer uppträder tydligast vid tidpunkter eller perioder av stora omvälvningar i organisationernas omgivning har både metodologiska och teoretiska implikationer för professionsanalysen. Metodologiskt riktar tanken på kritiska punkter vår uppmärksamhet mot de delar av historien där professionernas relation till omvärlden på något sätt genomgått en dramatisk förändring. Teoretiskt aktualiserar föreställningen om kritiska punkter frågan om professioners omvärldsberoende. I avhandlingen har statens välfärds- och utbildningspolitik fungerat som kritiska punkter för de yrken som studerats. Genom välfärds- och utbildningspolitiken har staten öppnat, förändrat och stängt nischer i det professionella landskapet; staten har medverkat till att dra upp gränser mellan näraliggande yrkesgrupper och reglerat utbyggnadstakten, tillgängligheten och den geografiska spridningen av respektive yrkesgrupps tjänster. Uttryckt i mer professionsteoretiska termer kan man säga att statens välfärdspolitik påverkade yrkesgruppernas marknadssituation – möjlighet att själva välja inriktning på den

egna jurisdiktionen – medan utbildningspolitiken påverkade utformningen yrkesgruppernas kunskapskärna.

Professionella organisationer och institutionella mönster för professionalisering

Även distinktionen mellan organisationer och institutioner kan vara av värde för professionssociologin (Ahrne 1994). På arbetsmarknaden kan institutioner ses som idéer om hur, varför och av vilka som vissa uppgifter skall utföras. Sett ur ett organisationsrealistiskt perspektiv kan de egenskaper och handlingsmönster som professionsforskare pekat ut som särskiljande för professioner och för grupper som reser anspråk på att vara professionella, ses som institutionella mönster. Av denna anledning är det viktigt att inte blanda samman de professionella institutionella krav som ställs på en yrkesgrupp med yrkesgruppens organisatoriska kropp. Organisationsrealismen lär oss att anpassning till institutionella krav bara utgör en del av de krav som ställs på organisationer för överlevnad. Utöver professionella institutionella krav måste grupper på arbetsmarknaden med ambition att upprätta en egen jurisdiktion anpassa sig till andra krav i omgivningen, exempelvis tekniska, ekonomiska och politiska krav. För sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor handlade det om att skapa sig en nisch inom det område som välfärdspolitken pekade ut.

Att yrkesgrupper med anspråk på att vara professionella inte entydigt kan ansluta sig till de institutionella krav på professionalism som omgivningen ställer upp tror jag utgör en viktig förklaring till varför få grupper på arbetsmarknaden uppfyller de kriterier som pekats ut i den professionssociologiska teoribildningen. Att bli betraktad som en profession är, sedd utifrån en organisationsrealistisk ståndpunkt, lika mycket en fråga om organisatorisk – en teknisk och resursmässig anpassning. Bakom varje yrkesgrupps jurisdiktion finns en cocktail av institutionella krav och tekniska, ekonomiska och politiska resursberoenden till omvärlden. Man kan uttrycka det som att det organisatoriska landskapet förlänar institutionella mönster för professionalism en rumstemporal färg. Vilket krav som för en enskild yrkesgrupp varit mest betydelsefulla för att få upprätta en egen jurisdiktion – institutionella eller organisatoriska krav – är en empirisk fråga. För välfärdsstatliga yrkesgrupper såsom sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor tycks emellertid deras välfärdspolitiska betydelse varit en mycket central komponent bakom framväxten och utvecklingen av deras respektive jurisdiktioner.

De institutionella krav som ställs på en profession kan inte heller sägas vara renodlat professionella till sin karaktär. Inom varje kunskap- och verksamhetsområde finns sociala- och kulturella föreställningar om hur och av vem som en viss verksamhet skall bedrivas. I avhandlingen är det uppenbart att professionaliseringen av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor i stor utsträckning utgick ifrån att det handlade om ett ”kvinnligt yrke”. Syftet med att ge dessa yrken en tydlig kvinnlig karaktär tror jag emellertid handlade mindre om att ge dessa yrken en underordnad position inom vården och omsorgen, snarare tror jag det handlade om att ge välfärdspolitiken en legitim grund genom att appellera till vad man uppfattade vara typiskt goda kvinnliga könsegenskaper, såsom moderskap, omsorg, kärlek och självuppoffring. Samtidigt som könsegenskaper vävdes in i yrkesgruppernas jurisdiktioner och gav dem en underordnad position i förhållande till läkare (sjuksköterskor och arbetsterapeuter) och tjänstemän (hemvårdarinnor) bidrog de till att skänka viss legitimitet åt deras professionella projekt.

Den professionella organisationen

Alla organisationer är uppbyggda kring samma sociala grundelement – tillhörighet, kontroll, utbytbarhet och resurser. Alla organisationer oavsett form och aktivitetsområde är satta att hantera samma problem. Enkelt uttryckt måste alla organisationer skaffa sig resurser, ställa upp regler för hur resurserna skall användas, få alla medlemmar att dra åt samma håll samt planera för succession av medlemmar (Ahrne 1998). Sett utifrån ett organisationsrealistiskt perspektiv är kampen för en egen jurisdiktion i mångt och mycket en fråga om organisation och förmåga att skapa organisatoriska gränser. De gränser som professionella grupper drar upp mellan sig och näraliggande grupper ges ofta en organisatorisk utformning. Det tydligaste uttrycket för detta är kanske önskan att vara utbildnings- och verksamhetsmässigt separerad från näraliggande grupper.

Organisationsrealismen förmår dock inte att fylla det organisatoriska skelettet med konkret innehåll. Innehållet till den aktivitetsform (Papakostas 1995) som förknippas med professionalism får hämtas från professionsteorins område. Den professionella organisationen syftar till att omsätta medlemmarnas kunskap och färdigheter till sociala, kulturella och ekonomiska belöningar. En viktig målsättning är att upprätta en jurisdiktion dit endast organisationens medlemmar äger tillträde. Den professionella organisationen bygger sina kollektiva resurserkring medlemmarnas utbildning, kompetens och arbete. Medlemskap i organisationen är ofta knutet till utbildningsbakgrund. Professionsforskningen saknar emellertid ett integrerande perspektiv för hur dessa organisatoriska element hänger ihop

och samverkar; enkelt uttryck saknar man en teori för på vilket sätt benen utgör ett skelett och hur de hänger samman. Genom att anlägga ett organisationsrealistiskt perspektiv ges en möjlighet att teoretiskt förstå hur professionella organisationers handlingskapacitet hänger samman med utformningen och sammansättningen av de grundläggande organisatoriska elementen – tillhörighet, kontroll, utbytbarhet och resurser.

Frågan om professioners handlingskapacitet måste emellertid också relateras till vilka organisationer som finns närvarande i omgivningen. Värdet av professionens resurser avgörs i mötet med omgivningen. Inom professionsforskningen har det varit vanligt att tala om professioners omgivning i termer av avnämare/klienter, stat, marknad och andra professioner. Dessa grova kategoriseringar att beskriva professioners omgivning döljer många gånger omgivningens komplexa, mångfacetterade och organisatoriska natur. Kraven på professionella grupper är därför sällan så entydiga och klara som professionsforskningen givit sken av när de studerat utvalda segment av professioners omgivning. Professioner har att hantera båda mångtydiga och motstridiga krav från omgivningen. Detta får emellertid inte tolkas som att alla organisationer i omgivning är av lika betydelse för den enskilda professionen. För de yrkesgrupper som studerats i avhandlingen har det framförallt varit staten som varit den centrala aktören i omgivningen.

Statens organisatoriska karaktär

Genom att fokusera på staters organisatoriska karaktär kan vår förståelse av hur professionella grupper och stater interagerar med varandra öka. Genom att se staten som en organisation av organisationer blir det uppenbart att den stat som professionella grupper möter inte är densamma. Rent konkret möter och kopplas olika professionella grupper till olika uppsättningar av statliga organisationer. Visserligen är det fullt möjligt att tänka sig en situation där två eller flera professioner möter och knyts till en och samma uppsättning av statliga organisationer, men även i en sådan situation torde det vara sannolikt att utfallet av gruppernas möte med staten inte blir detsamma. Dels skiljer sig professionernas tillgång på resurser åt, dels fäster statens organisationer olika vikt vid olika professionella gruppers samhälleliga betydelse. Att professionella grupper, verksamma under en och samma tidsperiod och inom ett och samma geografiska område, inte möter samma stat är en professionssociologiskt betydelsefull iakttagelse. Det riktar vår uppmärksamhet mot att professioners möte med staten äger rum under skilda betingelser. En professionell grupps jurisdiktion formas i mångt och mycket av det kluster av statliga organisationer

som professionen kopplas till, de intressen som dessa organisationer företräder samt professionens egna resurser. En djupare professionssociologisk förståelse av statens roll i framväxten och utvecklingen av professionella grupper kräver en djupare teoretiskt förståelse av statens organisatoriska karaktär.

Att sjuksköterskorna kunde etablera sig i anslutning till en mindre komplex, resursmässigt svag och välfärdspolitiskt oengagerad stat hade utan tvekan positiva konsekvenser för sjuksköterskornas fortsatta professionella utveckling. Staten saknade såväl intresse som kapacitet för att ta på sig en ledande roll i utvecklingen av sjuksköterskeväsendet. Resultatet blev att sjuksköterskorna förblev i ledningen för sitt professionella projekt, men med den skillnaden att man dessutom åtnjöt ett visst statligt beskydd. Till skillnad från sjuksköterskorna kom arbetsterapeuter och hemvårdarinor att möte en betydligt mer komplex, resursstark och välfärdspolitiskt engagerad stat med stort intresse för professionella frågor. Arbetsterapeuternas och hemvårdarinnornas professionella projekt blev en integrerad del av statens välfärdspolitiska ambitioner. Härmed kom det professionella handlingsutrymmet för arbetsterapeuter och hemvårdarinnor att bli starkt beskuret. Statens kontroll över utbildningsresurserna och expansionstakten i välfärdspolitiken berövade arbetsterapeuter och hemvårdarinnor två ur professionsteoretisk synvinkel centrala resurser – kontrollen över kunskapsproduktionen samt kontrollen över hur och mot vem professionen skulle rikta sina tjänster.

Sett ur ett vidare professionssociologiskt perspektiv aktualiserar den svenska statens intresse och engagemang i professionella spörsmål frågan om professionalismens drivkrafter. Mycket av den gängse professionsteoretiska forskningen har utgått från att det är de professionella grupperna själva – strävan efter ekonomiska och sociala belöningar – som utgör professionalismens viktigaste agent. Mina fallstudier tyder emellertid på, vilket även Bertilsson (1990) och Castro (1992) noterat, att även andra aktörer – däribland staten – kan vara en viktig professionaliseringsagent.

Räckvidden av professionella gruppers resurser

En annan professionssociologisk intressant fråga som kan belysas utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv är frågan om räckvidden av professionella gruppers resurser, dvs. vad professionen kan uppnå med hjälp av resursen. Inom professionsforskningen har frågan om räckvidden av professionella gruppers resurser sällan rests. Detta trots att objektivt sett likartade resurser och handlingsmönster inte haft samma betydelse för olika professioner. Det är uppenbart

att frågan om räckvidden av professionella gruppers resurser kräver en tydligare kontextualisering.

Utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv kan vi diskutera frågan om räckvidden av professionella gruppers resurser i termer av resursberoende. I mitt fall, för välfärdsstatliga yrkesgrupper, tycks gälla, att ju mindre staten förfogar över, förmår producera eller kontrollera de resurser som yrkesgrupperna är i besittning av desto större räckvidd har resursen. Med andra ord, ju mer en stat är beroende av en resurs som den själv inte förmår kontrollera och producera desto större inflytande för den profession som kontrollerar den åtråvärda resursen. Som många professionsforskare pekat på är det framförallt kring de professionella gruppernas kunskap och kunskapsanspråk som mötet mellan professionen och dess omgivning tar sin avstamp (se t ex Johnson 1972; Larson 1977; Bertilsson 1990; Torstendahl 1990; Castro 1992). Och som bland annat Castro (1992) (1989) påpekat tycks dessutom allt fler grupper på arbetsmarknaden bli bärare av dessa komplexa och abstrakta kunskapsformer.

Samtidigt gäller det omvända, professionella grupper som är beroende av resurser som staten kontrollerar förlorar i inflytande. Häri ligger välfärdspolitikens makt; de yrkesgrupper som vuxit fram och utvecklats i anslutning till statens välfärdspolitiska åtaganden har utvecklat ett beroende till välfärdspolitikens resurser. Kanske är det i ljuset av detta som vi ska förstå sjuksköterskekårens ambivalens inför att släppa taget om de sista privata sjuksköterskeskolorna. Statens kontroll av viktiga resurser genom välfärdspolitiken kastar nytt ljus över de politiseringsstrategier (Torstendahl 1990) som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor försökte upprätta med staten. Politiseringsstrategierna kan ses som ett försök att skapa långsiktiga och stabila villkor för resurstilldelning. Försöken att bli definierade som välfärdspolitiskt betydelsefulla yrkesgrupper kan ses som en viktig del av denna strategi. Sett ur ett professionssociologiskt perspektiv är därför frågan om resurser och beroende en betydelsefull pusselbit till att förstå varför vissa professionella projekt lyckas där andra, med tillsynes likartade resurser, misslyckas.

Professionell isomorfism

En professionssociologiskt intressant fråga är varför nya yrkesgrupper med professionella aspirationer tenderar att kopiera framgångsrika professioners strategier och handlingsmönster. Inom professionsforskningens tycks den gängse uppfattningen vara att det handlar om ett försök att kopiera strategier och handlingsmönster som professionen vet åtnjuter samhällelig legitimitet och status.

Utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv är det dock möjligt att se också andra möjliga förklaringar bakom fenomenet. Professionella gruppers imitation av framgångsrika professioner skulle inte bara handla om att etablera en legitim grund för de professionella strävanden utan också utgöra en organisatorisk anpassning till omgivningen. Utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv kan professionell isomorfism ses som en organisatorisk anpassningsstrategi. Välfärdsstatliga yrkesgrupper med nära band till staten har kommit att organisera sig och uppträda på ett likartad sätt genom sina försök att anpassa sig till statens organisatoriska utformning. Uttryck i professionsteoretiska termer kan man säga att tillträde till den legala arenan har beviljats bara den som förmått anpassa sig till de organisatoriska spelreglerna.

I denna avhandling är det statens kommittéväsende som har haft denna isomorfiska effekt. Det är inom kommittéväsendet som de välfärdsstatliga yrkesgrupperna jurisdiktioner dragits upp. Kommittéväsendet har varit ett sätt för staten att försöka få professionella intressen att sammanfalla med statens välfärdspolitiska ambitioner. Varje yrkesgrupp med intresse av att påverka utformningen av den egna jurisdiktionen har tvingats söka efter resurser och strategier som ger inflytande i det statliga kommittéväsendet. Eftersom kommittéväsendet till sin natur utgör en nationell politisk arena har välfärdsstatliga yrkesgrupper styrts mot att bygga upp nationella resurstarka organisationer, politiska kontakter och allianser med statens egna organisationer – exempelvis Medicinalstyrelsen. Att sjuksköterskor, arbetsterapeuter och hemvårdarinnor sett kommittéväsendet som en viktig kanal för professionellt inflytande visar inte minst den positiva inställningen och tilltron till det statliga kommittéväsendet. Ur ett organisationsrealistiskt perspektiv kan det statliga utredningsväsendet ses som organisatorisk materialisering av den svenska korporativa modellen; det statliga kommittéväsendet utgör en organisatorisk arena där staten sätter organiserade aktörer i relation till varandra och tar deras resurser i anspråk.

Hur jurisdiktioner formas, upprätthålls och vinns

Ett organisationsteoretiskt perspektiv kan även bidra till att kasta nytt ljus över det professionsteoretiska begreppet jurisdiktion. Inom professionsforskningen är det vanligtvis de professionella gruppernas egna strävanden efter jurisdiktion som står i centrum. Det tycks finnas ett underförstått antagande om att initiativet till att inrätta, utveckla och upprätthålla professionella jurisdiktioner kommer från de professionella grupperna själva. Professionernas omgivning, i detta fall staten, har i detta perspektiv en mer eller mindre underordnad betydelse; det är

professionerna som tar initiativ till att etablera jurisdiktioner och som söker upp staten i syfte att skydda den egna jurisdiktionen från näraliggande professioner. Resultat från den här avhandlingen pekar dock på att förhållandena kan vara mer komplexa än så. Vad gäller de yrkesgrupper som studerats i avhandlingen har staten haft en mycket aktiv och framträdande roll i utformningen av jurisdiktioner. Vad gäller den statligt understödda hemvårdarinneverksamheten skulle man till och med kunna uttrycka det som att staten skapade en jurisdiktion för hemvårdarinnorna; för att lösa ett välfärdspolitiskt definierat problem – barnfamiljernas behov av huslig arbetskraft – skapade staten en särskild yrkesgrupp. Att på förhand utgå från att jurisdiktioner formas av professionella intressen förefaller mot denna bakgrund som en något professionssociologisk förhastad slutsats.

Sett utifrån de välfärdsstatliga yrkesgruppernas synvinkel bjuder den välfärdspolitiskt *definierade jurisdiktionen* både för- och nackdelar. Till fördelarna hör att en välfärdspolitiskt definierad jurisdiktion skapar starka lojalitetsband mellan yrkesgrupp och stat. Som motprestation för att yrkesgruppen ställer sina tjänster till statens förfogande åtar sig staten att skydda yrkesgruppens jurisdiktionen från näraliggande grupper. Till myntets baksida hör att välfärdspolitiskt definierade jurisdiktioner kan försätta professioner i en sårbar situation. Den nära kopplingen mellan välfärdspolitik och jurisdiktion gör att professionella krav kan komma att underordnas välfärdspolitiska målsättningar. Större förändringar i välfärdspolitiken riskerar att få stora återverkningar på yrkesgruppernas jurisdiktion. De nära banden mellan välfärdspolitik och jurisdiktion gör det också svårt att utveckla jurisdiktionen i en riktning som ligger utanför välfärdspolitiken, något som inte minst arbetsterapeuter och hemvårdarinnor fick erfara. Utan ett tydligt välfärdspolitiskt sammanhang är det lätt för välfärdsstatliga yrkesgrupper att hamna i ett professionellt limbo. Så länge som yrkesgrupp och stat går i takt och har samma mål erbjuder dock den välfärdspolitiskt definierade jurisdiktionen en trygg tillvaro för både yrkesgrupp och stat.

Epilog – Vad hände sen?

Av tidsmässiga skäl fick jag redan i ett tidigt skede av avhandlingsarbetet överge planerna på att följa mina yrkesgrupper in i nutid. Vad gäller studien av hemvårdarinnorna var dock detta inget större problem, hemvårdarinnornas glansdagar var över redan vid slutet av 1960-talet även om Svenska Hemvårdarinneförbundet inte formellt upplöstes förrän 1991. Så sent som 1996 pekade man dock från Socialdepartementet på behovet av en yrkesgrupp med liknande arbetsuppgifter som de hemvårdarinnorna hade under 1940-talet och 1950-talet. Det välfärdsplitiska motiv som anfördes var att underlätta för ensamstående föräldrar att stå till arbetsmarknades förfogande (Socialdepartementet 1996).

För sjuksköterskekåren har dock utvecklingen varit mer gynnsam. År 1977 nådde sjuksköterskekåren ett viktigt utbildningspolitiskt mål då sjuksköterskeutbildningen kom att knytas till högskolesystemet. Härmed fick också omvårdnad status av eget kunskaps- och kompetensområde. Från SSF uppskattar man att antalet avhandlingar inom det omvårdnadsvetenskapliga fältet uppgår till strax över 300. Samtidigt uppgår antalet professor inom ämnet omvårdnadsvetenskap till 18, varav 17 upprätthålls av sjuksköterskor (muntlig kommunikation den 11 okt. 2001: Gertrud Östlinder Svensk Sjuksköterskeförening). Med högskoleutbildning och omvårdnadsvetenskap som grund har sjuksköterskorna börjat snegla uppåt i vårdhierarkin, mot läkarkårens jurisdiktion. Från sjuksköterskehåll har man argumenterat för att kärnan i sjuksköterskornas kompetens – omvårdnadsvetenskap – inte är underordnad läkarnas medicinska kunskap. Omvårdnadsvetenskap skall snarare ses som en till medicinen sidoordnad och komplementär vetenskap. Utifrån ett professionssociologiskt perspektiv tycks högskoleutbildningen och omvårdnadsforskningen givit sjuksköterskorna en vetenskapligt sanktionerad legitimitet att ifrågasätta läkarnas hierarkiskt överordnade position inom vården. Ett tydligt exempel på detta utgör striden om det administrativa klinikledningsansvaret. Från sjuksköterskehåll har man önskat se ett delat ledningsansvar mellan sjuksköterskor och läkare. Sjuksköterskornas önskemål vann ett visst gehör från staten som 1996 ändrade hälso- och sjukvårdslagen så det blev möjligt för sjuksköterskor att inneha det administrativa ledningsansvaret inom primärvårdens enheter.

Även arbetsterapeuterna har rönt professionell sett stora framgångar. År 1977 fick arbetsterapeututbildningen högskolestatus. Sedan mitten av 1960-talet har

också efterfrågan på rehabilitering kontinuerligt ökat. Det ökade behovet av rehabilitering kan förstås mot bakgrund av sjukvårdens tilltagande möjligheter att rädda svårt skadade och sjuka människor tillbaka till livet i kombination med en snabbt åldrande befolkning. Antalet personer över 65 år uppgår idag till över en miljon (Bellner 1997:93). Under senare år har arbetsterapeuterna fått en allt tydligare verksamhetsmässig förankring inom de kommunala omsorgerna för äldre- och funktionshindrade. Arbetsterapeuterna har även kommit att få en välfärdspolitisk roll inom den yrkesinriktade rehabiliteringen i samband med statens ambition att införa arbetslinjen – dvs. aktiverande insatser istället för passiva bidrag – i socialförsäkringssystemet. Omorienteringen har inneburit att arbetsterapeuter i ökad utsträckning kommit att användas inom verksamhetsområden där Arbetsmarknadsinstitutet och Arbetslivstjänster står som huvudmän.

Som ett tecken på arbetsterapeuternas allt större välfärdspolitiska betydelse infördes från och med den första januari 1999 legitimation för utbildade arbetsterapeuter. Arbetsterapi är idag ett etablerat forskningsfält med tre professorer och ett trettiotal avhandlingar (muntlig kommunikation den 12 okt. 2001: Margitta Modig Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter). Arbetsterapeuterna står dock fortfarande inför utmaningen att utveckla och förtydliga sitt kunskaps- och verksamhetsområde. Om ambitionerna under 1960-talet var att finna en position i ett vård- och behandlingssammanhang, i den medicinska modellen, har uppgiften idag utvidgats till att omfatta en ambition att också vara ett alternativ, eller i varje fall ett effektivt komplement, till medicinen. Enligt detta synsätt gäller det att se patienten eller brukaren i dennes miljö och att bearbeta konsekvenserna av diagnosen i det dagliga livet, d.v.s. att ha en helhetssyn. Flera viktiga välfärdsreformen under 1990-talet kan sägas ligga i linje med detta synsätt. Ädelreformen (1992), handikappreformen (1994) och psykiatrireformen (1995) har alla det gemensamt att de syftar till att begränsa den medicinska modellens verkningsradie. Patienten och brukaren ska ges stöd i sina sociala nätverk, i boendet, i sysselsättning och aktivitet i öppna former. När vård och behandling krävs ska detta i första hand tillgodoses av primärvården och slutenvård ska framförallt komma ifråga när kvalificerad dygnet-runt-vård behövs. Det faktum att den reviderade hälso- och sjukvårdslagen från 1993 slår fast att ”till hälso- och sjukvård hör habilitering, rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning till handikappade” kan ses som att staten formellt stakat ut en arena som arbetsterapeuterna kan ta i anspråk. Framtiden får utvisa om detta är en gynnsam grogrund för arbetsterapeuternas professionella utveckling.

Käll- och litteraturförteckning

Otryckta källor

Riksarkivet

Civildepartementet, konseljakt den 8 jan. 1912,

Kommittén för partiellt arbetsföra, komm. nr 1036

Statens sjukhusutredning av år 1943, komm. nr 2159

1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen, komm. nr 1193

1960 års arbetsterapeututredning, komm. nr. 2292

Föreningen Sveriges Arbetsterapeuters arkiv

Medlemsförteckning över ledamöter i Kommittén för kurser i sysselsättningsterapi den 5/3 1946 Remissutlåtande angående sysselsättnings- och arbetsterapi etc. 20/10 1947

FAST korrespondens 1945-1950 A-Ö

1953 års stadgar för FAST

Remissutlåtande angående vidgade möjligheter till utbildning av sysselsättnings- och arbetsterapeuter 11/2 1954

Styrelseprotokoll 11/2 1954

Brev till Ecklesiastikdepartementet 11/9 1954

Brev till Medicinalstyrelsen 30/1 1958

Gemensam skrivelse från Medicinalstyrelsen och Överstyrelsen för yrkesutbildning den 23/5 1959 till Kungl. Maj:t angående utbildning av arbetsterapeuter

Brev till Ecklesiastikdepartementet 29/1 1960

Remissutlåtande över SOU 1962:50 den 26/1 1963

Ecklesiastikdepartementets sammanställning av remissyttranden över SOU 1962:50

Svenska Hemvårdarinneförbundets arkiv (Tjänstemännens arkiv och museum)

Styrelseprotokoll 19/1 1946

Styrelseprotokoll den 1/4 1951

Styrelseprotokoll 9/11 1951

Tryckta källor

Officiellt tryck

Motioner

AK 1911:289 *Om med sjukvård sysselsatta kvinnors arbetsförhållanden mm*.

FK 1939:84 *Angående hemhjälpsverksamhetens planmässiga organiserande och stödjande från det allmännas sida.*

AK 1939:139 *Angående hemhjälpsverksamhetens planmässiga organiserande och stödjande från det allmännas sida*.

FK 1943:7 *Om utredning angående åstadkommande av ett rationaliserings-program för sjukhusvård och sjukhusdrift.*

AK 1943:12 *Om utredning angående åstadkommande av ett rationaliserings-program för sjukhusvård och sjukhusdrift.*

FK 1945:47 *Angående utredning om viss utbildning och befordringsmöjlighet för sjukvårdsbiträden vid statens sjukhus.*

FK 1945:127 *Angående den lägre sjukvårdspersonalens utbildning och beford-ringsmöjligheter.*

AK 1945:96 *Angående utredning om viss utbildning och befordringsmöjlighet för sjukvårdsbiträden vid statens sjukhus.*

AK 1945:202 *Angående den lägre sjukvårdspersonalens utbildning och beford-ringsmöjligheter.*

AK 1945:347 *Angående åtgärder till införande av sysselsättningsterapi vid landets sjukvårdsanstalter.*

AK 1945:392 *Angående utredning om viss sjuksköterskeutbildning.*

FK 1958:B78 *Angående sjuksköterskeskolornas inordnande i yrkesskolväsendet.*

AK 1958:B100 *Angående sjuksköterskeskolornas inordnande i yrkesskolväsendet.*

FK 1962:218 *Angående statsbidrag till landstingens sjuksköterskeskolor.*

AK 1962:30 *Om tillsynen över sjuksköterskeskolorna.*

AK 1962:266 *Angående statsbidrag till landstingens sjuksköterskeskolor.*

Propositioner

Prop. 1919:260 *Angående ordnande av den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning och arbetsförhållanden samt angående statsbidrag för anställning av distriktssköterskor.*

Prop. 1943:332 *Angående statsbidrag till social hemhjälpsverksamhet.*

Prop. 1949:1 *Statsverksproposition bilaga 13, Statens sjuksköterskeskola: Avlöningar.*

Prop. 1949:42 *Angående åtgärder för en effektiviserad sysselsättnings- och arbetsterapi*

Prop. 1953:1 *Statsverkspropositionen bilaga 13, Utbildningskurs för sysselsättnings- och arbetsterapeuter.*

Prop. 1954:1 *Statsverksproposition bilaga 7, Bidrag till avlönande av hemvårdarinnor*

Prop. 1954:82 *Angående anslag för budgetåret 1954/55 till Utbildningskurser för sysselsättnings- och arbetsterapeuter.*

Prop. 1955:139 *Angående utbyggnad av yrkesutbildningen m.m.*

Prop. 1957:38 *Angående vissa frågor rörande åldringsvården.*

Prop. 1957:112 *Angående grunder för en förenklad statsbidragsgivning; avseende driftbidragen till primärkommunerna.*

Prop. 1959:1 *Statsverksproposition bilaga 7, Bidrag till avlönande av hemvårdarinnor*

Prop. 1960:1 *Statsverksproposition bilaga 7, Bidrag till avlönande av hemvårdarinnor*

Prop. 1964:85 *Angående åldringsvårdsfrågor m. m.*

Prop. 1964:73 *Angående utbildning av arbetsterapeuter och sjukgymnaster*

Prop. 1965:161 *Angående omläggningen av utbildningen av sjuksköterskor m.m.*

Statliga utredningar och betänkanden

Betänkande angående den kvinnliga vårdpersonalens utbildning och arbetsförhållanden, avgivet den 22 december 1916.

Socialdepartementet (1996) *Ensamföräldrar – en utsatt grupp?* Välfärdsprojektets skriftserie Fakta/kunskap Nr 2.

SOU 1929:7 *Studier i vissa sinnessjukvårdsfrågor – särskilt arbetsterapi och hjälpverksamhet – i Danmark, Tyskland, Holland och Schweiz*.

SOU 1938:57 *Slutbetänkande avgivet av befolkningskommissionen.*

SOU 1943:15 *Utredning och förslag angående statsbidrag till social hemhjälpsverksamhet*

SOU 1945:26 *Riktlinjer för skapande av socialväsendets forskningsorganisation*

SOU 1946:24 *Förslag till effektiviserad kurators- och arbetsförmedlingsverksamhet för partiellt arbetsföra m. m*.

SOU 1946:65 *Arbetsterapi, ett led i sjukvården. Rapport från en studieresa i U.S.A*.

SOU 1947:44 *Betänkande om sysselsättning och arbetsterapi vid sjukhus och vårdanstalter*.

SOU 1947:46 *Familjeliv och hemarbete*

SOU 1947:61 *Angående den lasarettsanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka*.

SOU 1948:17 *Betänkande angående utbildning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal*.

SOU 1948:37 *Synpunkter och förslag rörande sinnessjukvården*

SOU 1951:17 *Redogörelser för arbetsstudier vid kroppssjukhusens vårdavdelningar m.m.*

SOU 1951:33 *Högre utbildning av sjuksköterskor m. m*

SOU 1952:38 *Hemhjälp*

SOU 1955:12 *Rationalisering av sjukhusdriften*

SOU1956:1 *Åldringsvård*

SOU 1956:8 *Förenklad statsbidragsgivning*

SOU 1956:32 *Hemmen och samhällsplaneringen*

SOU 1958:26 *Regionsjukvården*

SOU 1958:15 *Hälsovård och öppen sjukvård inom landstingsområdena*.

SOU 1958:38 *Mentalsjukvården*.

SOU 1962:4 *Arbetsuppgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal*

SOU 1962:50 *Utbildning av arbetsterapeuter*

SOU 1963:47 *Åldringsvårdens läge*

SOU 1964:5 *Bättre åldringsvård*

SOU 1964:45 *Sjuksköterskeutbildningen, del I. Grundutbildningen*

SOU 1964:46 *Sjuksköterskeutbildningen, del II. Vissa grundläggande undersökningar*

SOU 1966:73 *Sjuksköterskeutbildningen, del III. Vidareutbildning*

Utskottsutlåtanden, riksdagsberättelser, riksdagsprotokoll, Svensk författningssamling m.m.

Berättelse till 1944 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Socialdepartementet I S:36

Berättelse till 1944 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Socialdepartementet I S:42

Berättelse till 1947 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Socialdepartementet I S:32

Berättelse till 1960 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Inrikesdepartementet I In:47

Berättelse till 1961 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Ecklesiastikdepartementet I E:39

Berättelse till 1963 års lagtima riksdag om vad i rikets styrelse sig tilldragit; Inrikesdepartementet I In:41

Riksdagsprotokoll FK 1919:54, sid. 18-27. *Riksdagsdebatt beträffande den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning m.m.*

Riksdagsprotokoll AK 1919:56, sid.1-6. *Riksdagsdebatt beträffande den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning m.m.*

Riksdagsprotokoll FK 1958:B1 sid. 17-18. *Interpellation angående personalbristen vid allmänna sjukvårdsinrättningar.*

Riksdagsprotokoll FK 1958:B3 sid. 14-21. *Angående personalbristen vid allmänna sjukvårdsinrättningar.*

Riksdagsprotokoll AK 1958:B8 sid. 17. *Interpellation i anledning av den akuta bristen på medicinskt utbildad personal.*

SFS 1901:126 *Angående statsbidrag till pensionering af sjuksköterskor.*

SFS 1920:233 *Kungl. Majestäts kungörelse 1920 angående statens godkännande av sjuksköterskeskolor och sjuksköterskebyråer.*

SFS 1920:235 *Kungl. Majestäts kungörelse 1920 angående instruktion för inspektrisen över sjuksköterskeväsendet.*

SFS 1951:225 *Angående statsbidrag till social hemhjälpsverksamhet.*

SFS 1957:656 *Kungl. Majestäts reglemente för sjuksköterskor*

Statsutskottets utlåtande 1919:150 *Utlåtande i anledning av Kungl. Maj:ts proposition angående ordnande av den kvinnliga sjukvårdspersonalens utbildning och arbetsförhållanden samt angående statsbidrag för anställning av distriktssköterskor jämte i dessa ämnen väckta motioner.*

Statsutskottets utlåtande 1943:143 *Utlåtande i anledning av väckta motioner angående åstadkommande av ett rationaliseringsprogram för sjukhusvård och sjukhusdrift.*

Statsutskottets utlåtande 1945:223 *Utlåtande i anledning av väckta motioner angående sjukvårdspersonalens utbildning och befordringsmöjlighet m.m.*

Statsutskottets utlåtande 1949:51 *Utlåtande i anledning av åtgärder för en effektiviserad sysselsättnings- och arbetsterapi.*

Statsutskottets utlåtande 1958:B76 *Utlåtande i anledning av väckta motioner om sjuksköterskeskolornas inordnande i yrkesskolväsendet.*

Myndighetstryck

Kungl. Medicinalstyrelsen (1919) *Utlåtande över ett av sakkunnige avgivet betänkande angående den kvinnliga sjukvårdpersonalens utbildning och arbetsförhållanden*.

Kungl. Medicinalstyrelsen (1952) *Medicinalstyrelsens cirkulär 1952:129*. Föreskrifter och anvisningar rörande undervisningen vid godkända sjuksköterskeskolor.

Kungl. Medicinalstyrelsen (1955) *Medicinalstyrelsens cirkulär med normalplaner för den teoretiska undervisningen vid sjuksköterskeskolorna 1955:2* Särtryck ur Medicinalstyrelsens författningssamling.

Kungl. Medicinalstyrelsen (1958) *Vårdpromemoria angående behovet av och resurserna för en utbyggd medicinsk rehabiliteringsverksamhet inom lasarettsvården*.

Kungl. Medicinalstyrelsen (1959) *Medicinalstyrelsens cirkulär angående sjuksköterskeskolornas praktiska utbildning, den 12 februari 1959*. Särtryck ur Medicinalstyrelsens författningssamling.

Socialstyrelsen *Sociala meddelanden* nr 9 1952

Socialstyrelsen *Sociala meddelanden* 1962

Tidningar, tidskrifter, organisationstryck etc.

Allmänna Svenska läkartidningen, från och med 1920 *Svenska läkartidningen*.

Arbetsterapeuten

Expressen 12/8 1959

Hemvårdarinnan

Hertha nr. 10/1944

Nationalföreningen mot tuberkulos. Meddelande nr 27. 1939

Post och Inrikes Tidningar 18/6 1943

Svenska läkartidningen 1963:13

Svensk sjuksköterskетidning, från och med 1934 *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor*.

Sveriges landstings tidskrift

Litteratur

Abbott, Andrew (1988) *The System of Professions. An essay on the division of expert labor.* Chicago: University of Chicago press.

Ahrne, Göran (1989) *Byråkratin och statens inre gränser*. Stockholm: Rabén & Sjögren.

Ahrne, Göran (1990) *Agency and Organization. Towards an Organizational Theory of Society*. London: Sage publications.

Ahrne, Göran (1993) Delvis människa, delvis organisation. *Sociologisk Forskning* 30:59-78.

Ahrne, Göran (1994) *Social Organization. Interaction inside, outside and between Organizations*. London: Sage publications.

Ahrne, Göran (1998) Stater och andra organisationer, I: Ahrne, Göran (red) *Stater som organisationer*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.

Ahrne, Göran (red) (1998) *Stater som organisationer*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.

Ambjörnsson, Ronny (1974) Kvinnofrågan i Sverige. *Häften för kritiska studier nr. 7-8*.

Andersson, Åsa (1997) Livsideal och yrkesetik: Om kallelsetankens betydelse i det kvinnliga vårdarbetets idéhistoria. *Svensk medicinhistorisk tidskrift Vol 1:53-71*.

Andrén, Greta (1992) *Yrket som tappades bort*. Bohus-tryck, Uddevalla.

Anttonen, Anneli (1991) The Feminization of the Scandinavian Welfare State, I: Simonen, Leila (ed) *Finnish Debates in Women´s Studies. Tampere*: University of Tampere.

Anttonen, Anneli (1998) Den sociala servicestaten som feministiskt kampbegrepp, I: Elisasson-Lappalainen, Rosmari & Szebehely, Marta (red) *Vad förgår och vad består. En antologi om äldreomsorg, kvinnosyn och socialpolitik*. Lund: Arkiv förlag.

Astley, Graham (1985) The Two Ecologies: Population and Community Perspectives on Organizational Evolution. *Adminstrative Science Quarterly* 30:224-241.

Back, Pär-Erik (1967) *Sammanslutningarnas roll i politiken 1870 – 1910*. Lund: Studentlitteratur.

Bellner, Anna-Lena (1997) Professionalization and Rehabilitation – The case of Swedish occupational and physical therapists. Linköping: Linköping Studies in Arts and Science nr. 166.

Berg, Fredrik (1959) *Akademiska sjukhuset 1926-1958*. Uppsala: Almqvist & Wiksells Boktryckeri AB.

Bergryd, Ulla (red) (1987) *Den sociologiska fantasin – teorier om samhället*. Rabén & Sjögren.

Bertilsson, Margareta (1990) The welfare state, the professions and citizens, I: Torstendahl, Rolf & Burrage, Michael (eds) *The Formations of Professions. Knowledge, State and Strategy*. London: Sage publications.

Blomqvist Martha (1990) Hundra år av undantag. Handikappades förhållande till lönearbete. Sociologiska institutionen, Uppsala universitet.

Bohm, Eva (1961) *Okänd, godkänd, legitimerad. Svensk sjuksköterskeförenings första 50-år.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförenings förlag.

Borglund, Erland & Höjer, Sigrid (1944) *Sysselsättningsterapi på sjukhus och vårdanstalter*. Stockholm: Kooperativa Förbundets Bokförlag.

Brante, Thomas (1987) Sociologiska föreställningar om professioner, I: Bergryd, Ulla (red) *Den sociologiska fantasin – teorier om samhället*. Rabén & Sjögren.

Brante, Thomas (1989) Professioners identitet och samhälleliga villkor. I: Selander, Staffan (red) *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap: professionaliseringens sociala grund*. Lund Studentlitteratur.

Burrage, Michael (1990) Beyond a sub-set. The professional aspirations of manual workers in France, the United States and Britain, I: Burrage, Michael & Torstendahl, Rolf (eds) *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*. London: Sage publications.

Burrage, Michael & Torstendahl, Rolf (eds) (1990) *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*. London: Sage publications.

Bussemaker, Jet & Kees Van Kersbergen (1994) Gender and Welfare States: Some Theoretical Reflections. I: Sainsbury, Diane (ed) *Gendering the Welfare States. London*: Sage Publications.

Carr-Saunders, A. P & Wilson, P. A (1933) *The professions*. Oxford: Oxford University Press.

Castro, Freddy (1992) *Bortom den nya medelklassen: Durkheim och de moderna professionella yrkesgrupperna*. Stockholm: Symposion Graduale.

Claesson, Cecilia (1989) *Apotekaryrke i förändring*. Diss. Uppsala universitet.

Clegg, Stewart (1989) *Frameworks of Power*. London: Sage Publications.

Collins, Randall (1979) *The Credential Society. A Historical Sociology of Education and Stratification*. New York: Academic Press.

Davis, Cecilia (1996) The Sociology of Professions and the Profession of Gender. *Sociology* Vol 30:661-678.

Dillner, Elisabet (1963) Sjuksköterskeväsendet, I: Medicinalstyrelsen (1963) *Medicinalsväsendet i Sverige 1813-1962*. Stockholm.

Einarsdottir, Torgerdur (1997) *Läkaryrket i förändring: En studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering*. Monograph from the Department of Sociology No. 63 University of Gothenburg.

Ejvegård, Rolf (1973) *Landstingsförbundet – organisation, beslutsfattande, förhållande till staten*. Diss. Stockholms universitet.

Eliasson, Rosmari & Szebehely, Marta (1991) Äldreomsorgens särart och särbehandling. *Socialmedicinsk tidskrift* 2-3, 67–77, 1991.

Elisasson-Lappalainen, Rosmari & Szebehely, Marta (red) (1998) *Vad förgår och vad består. En antologi om äldreomsorg, kvinnosyn och socialpolitik*. Lund: Arkiv förlag.

Elvander, Nils (1969) *Intresseorganisationerna i dagens Sverige*. Lund: Gleerups.

Elzinga, Aant (1990) The knowledge aspect of professionalization: the case of science-based nursing education i Sweden. I: Torstendahl, Rolf & Burrage, Michael (ed) *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*. London: Sage publications

Emanuelsson, Agneta (1990) *Pionjärer i vitt - professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, 1851- 1939*. Stockholm: FoU rapport 34:1990, SHSTF.

Emanuelsson, Agneta (1994) Den svenska distriktssköterskan. Kvinna eller fackman, I: Liljeström, Marianne, Markkola, Pirjo, och Mäenpää, Sari (red.) *Kvinnohistoriens nya utmaningar. Från sexualitet till världshistoria*. Konferensrapport från det IV Nordiska kvinnohistorikermötet i Tammerfors.

Erlöv, Iris & Petersson, Kerstin (1992) *Från kall till personlighet – sjuksköterskans utbildning och arbete under ett sekel.* Diss. Lund: Pedagogiska institutionen Lunds universitet.

Esping-Andersen, Gösta (1990) The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge. Polity Press.

Esping-Andersen, Gösta (1994) Jämlikhet, effektivitet och makt I: Thullberg, Per & Österberg, Kjell (red) *Den svenska modellen*. Lund: Studentlitteratur.

Etzioni, Amitai (ed) (1969) *The semi-professions and their organization : teachers, nurses, social workers*. New York: Free Press.

Evans, Peter B., Rueschemeyer, Dietrich & Skocpol, Theda (eds) (1985) *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press.

Evans, Peter B., Rueschemeyer, Dietrich & Skocpol, Theda (1985) On the Road toward a More Adequate Understanding of the State, I: Evans, Peter B., Rueschemeyer, Dietrich & Skocpol, Theda (eds) *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press.

Evertsson, Lars (1995) Vårdbiträden och undersköterskor - en ouppmärksammad professionshistoria, I: Johansson, Stina (red.) *Sjukhus och hem som arbetsplats. Omsorgsyrken i Norge, Sverige och Finland.* Stockholm & Oslo: Bonnier Utbildning & Universitetsförlaget.

Evertsson, Lars (1997) Fackliga och professionella strategier - exemplet sjuksköterskor, I: Lindqvist, Rafael (red.) *Medikalisering, professionalisering och hälsa - ett sociologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Evertsson, Lars (1998) Välfärdspolitik och kvinnoyrken, I: Lindqvist, Rafael (red.) *Organisation och välfärdsstat*. Lund:Studentlitteratur.

Evertsson, L (2000) The Swedish Welfare State and the Emergence of Female Welfare State Occupations. *Gender, Work and Organization* nr 4 2000: 230-241.

Flora, Peter & Heidenheimer, Arnold (eds.) (1990) *The development of Welfare States in Europe and America.* New Brunswick: Transaction Publishers.

Flora, Peter & Heidenheimer, Arnold (1990) The Historical Core and Changing Boundaries of the Welfare state, I: Flora, Peter & Heidenheimer, Arnold (eds.) *The development of Welfare States in Europe and America.* New Brunswick: Transaction Publishers.

Florin, Christina (1994) Kön och professionalisering, I: Liljeström, Marianne, Markkola, Pirjo, och Mäenpää, Sari (red.) *Kvinnohistoriens nya utmaningar. Från sexualitet till världshistoria*. Konferensrapport från det IV Nordiska kvinnohistorikermötet i Tammerfors.

Freidson, Eliot (1970a) *Professional Dominance: The Social Structure of Medicial Care*. New York. Atherton Press.

Freidson, Eliot (1970b) *Profession of Medicin: A study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row.

Freidson, Eliot (1986) *Professional Powers*. Chicago: The University of Chicago Press.

Gaunt, David & Lantz, Göran (red.) (1996) *Hemmet i vården och vården i hemmet*. Stockholm: Liber.

Gaunt, David (1996) Hemvård istället för vårdhem. Den öppna vårdens uppkomst, I: Gaunt, David & Lantz, Göran (red.) *Hemmet i vården och vården i hemmet*. Stockholm: Liber.

Giddens, Anthony (1984) The *Constitution of Society*. Cambridge: Polity Press.

Greenwood, Ernest (1962) Attributes of a profession, I: Nosow, Sigmund & Form, William H (eds) *Man, work and society*. New York: Basic books.

Gustafsson, Rolf Å. (1987) *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvården i ett historie-sociologiskt perspektiv*. Diss. Stockholm: Esselte Studium.

Halliday, Terence C (1987) Beyond Monopoly. London: University of Chicago.

Hansson, Per-Albin (1944) En banbrytande gärning, I: Möller, Gustav. *Ett genombrott - Den svenska socialpolitiken. Utvecklingslinjer och framtidsmål*. Tidens förlag Stockholm.

Hatje, Ann-Katrin (1974) *Befolkningsfrågan och välfärden: Debatten om familjepolitik och nativitetsökning under 1930- och 1940-talet*. Diss. Stockholm: Allmänna Förlaget.

Heckscher, Gunnar (1946) Statens och organisationerna. Stockholm: Kooperativa förbundets bokförlag.

Helander, Voitto & Johansson, Jan (1998) *Det statliga kommittéväsendet: en jämförelse mellan Sverige och Finland*. Åbo: Meddelanden från Ekonomiskt-statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo akademi.

Hellberg, Inga (1978) *Studier i professionell organisation. En professionsteori tillämpad på veterinäryrket.* Diss. Göteborgs universitet.

Hellberg, Inga (1987) Den professionuppdelade arbetslivsforskningen, I: *Sociologer ser på arbete. Festskrift till Edmund Dahlström*. Göteborg: Arbetslivscentrum.

Hellberg, Inga (1991) *Professionalisering och modernisering.* Arbetslivscentrum informationsskrift 32. Brevskolan Stockholm.

Hernes, Helga (1987) *Welfare State and Woman Power. Essays in State Feminism*. Oslo: Norwegian University Press.

Hirdman, Yvonne (1990) *Att lägga livet till rätta – studier i svensk folkhemspolitik*. Stockholm: Carlssons bokförlag.

Hugemark, Agneta (1994) *Den fängslande marknaden. Ekonomiska experter om välfärdsstaten*. Lund: Lund Studies in Social Welfare VIII. Arkiv Förlag.

Höjer, J.Axel. (1944). Reformkrav och framtidsvyer inom hälso- och sjukvård. I: Möller, Gustav. *Ett genombrott - Den svenska socialpolitiken. Utvecklingslinjer och framtidsmål*. Tidens förlag Stockholm.

Höjer, Karl. J (1952) *Svensk socialpolitisk historia*. Stockholm: P.A. Norstedt & söners förlag.

Johansson, Hilding (1952) *Folkrörelserna och det demokratiska statsskicket i Sverige.* Lund: Gleerups.

Johansson, Roine (1997) *Organisationer emellan. Om förhandlingar, makt och handlingsutrymme.* Lund: Studentlitteratur.

Johansson, Roine (1998) Forskning om välfärdsstatens organisation, I: Lindqvist Rafael (red) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, Stina (1995) Aspekter på gränslinjen mellan avlönat och oavlönat omsorgsarbete, I: Holmstrand, Lars (red.) *Forskning om kvinnliga yrken inom vård och omsorg.* A-forum rapport nr 7. Uppsala.

Johansson, Stina (1997) Hälsoprofessioner i välfärdsstatens omvandling, I: Sundin, Elisabeth (red.) *Om makt och kön i spåren av offentliga organisationers omvandling*. Stockholm: Fritzes förlag.

Johansson, Stina & Evertsson, Lars (1994) Resonemangsäktenskap i Välfärdsstat, I: Simonen, Leila (red.) *När gränserna flyter. En nordisk antologi om vård och omsorg*. STAKES rapporter 134. Helsingfors.

Johnson, Terence (1972) *Professions and Power*. London: MacMillan.

Johnson, Terry, Larkin, Gerry & Saks, Mike (ed) (1995) Health Professions and the State in Europe. London: Routledge.

Jones, Kathleen & Jonasdottir, Anna (ed) (1988) *The Political Interests of Gender*. London: Sage.

Knapp Gaaserud, Märta (1991) *Den osynliga omvårdnaden – Sjukskötsel, sjukvård, dess utveckling under 1860–1910- och 1940–talet.* Stockholm: SHSTF FoU rapport 35

Kocka, Jürgen (1990) Bürgertum and professions in the nineteenth century: two alternative approaches. I: Burrage, Michael & Torstendahl, Rolf (eds) *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*. London: Sage publications.

Larson, Margali (1977) *The Rise of Professionalism*. Berkeley: Berkeley University Press.

Larsson, Torbjörn (1994) *Det svenska statsskicket*. Lund: Studentlitteratur.

Leira, Arnlaug (1993) The "women-friendly" welfare state?: The case of Norway and Sweden, I: Lewis, Jane (ed) *Women and Social Policies in Europe. Work, Family and the State.* Aldershot: Elgar.

Lewin, Leif (1984) *Ideologi och strategi. Svensk politik under 100 år*. Stockholm: Norstedts

Lewin, Leif (1992) *Samhället och de organiserade intressena*. Stockholm: Norstedts.

Lewis, Jane (ed) (1993) *Women and Social Policies in Europe. Work, Family and the State.* Aldershot: Elgar.

Lewis, Jane 1993) Introduction: Women, Work, Family and Social Policies in Europé. I: Lewis, Jane (ed) *Women and Social Policies in Europe. Work, Family and the State.* Aldershot: Elgar.

Liljeström, Marianne, Markkola, Pirjo, och Mäenpää, Sari (red.) (1994) *Kvinnohistoriens nya utmaningar. Från sexualitet till världshistoria*. Konferensrapport från det IV Nordiska kvinnohistorikermötet i Tammerfors.

Lindblom, Charles, E. (1977) Politics and Markets. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Lindqvist Rafael (1990) *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati: Det svenska sjukförsäkringssystemets utveckling 1900-1990*. Lund: Arkiv avhandlingsserie.

Lindqvist Rafael (1997) Medikalisering och välfärdsstat, I: Lindqvist, Rafael (red.) *Medikalisering, professionalisering och hälsa – ett sociologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist Rafael (red) (1998) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist, Rafael & Borell, Klas (1998) Inledning: Organisation och välfärdspolitik, I: Lindqvist Rafael (red) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.

Lindström, Inga-Britt (1990) Utveckling av arbetsterapeutyrket under de senaste 50 åren, I: *Arbetsterapeuten publicerar sig Nr 1*. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Lövgren, Britta (1993) *Hemarbete som politik: Diskussioner om hemarbete, Sverige 1930 – 40-talet, och tillkomsten av hemmens Forskningsinstitut*. Diss. Acta Universitatis Stockhomiensis. Stockholm Studies in History 49.

Macdonald, Keith M (1995) *The Sociology of the Professions*. London: Sage Publications Ltd.

Marklund, Staffan & Svallfors, Stefan (1986) Välfärd efter prestation – om arbetstvång inom socialförsäkringen. *Nordisk socialt arbeid*, nr 4.

Meijer, Hans (1956) *Kommittépolitik och kommittéarbete. Det statliga kommittéväsendets utvecklingslinjer 1905 – 1954 samt nuvarande funktion och arbetsformer*. Lund: Gleerups.

Melkas, Helinä & Anker, Richard (1998) *Gender Equality and Occupational Segregation in the Nordic Labour Markets*. Geneva: International Labour Office.

Meyer, Marshall. W (1985) *Limits to Bureaucratic Growth*. NewYork: Walter de Gruyter.

Millerson, Geoffrey (1964) The Qualifying Associations. A study in Professionalization. London: Routledge & Kegan Paul.

Morgan, G (1986) *Images of Organization*. Beverly Hills California: Sage Publications.

Murphy, Raymond (1984) The Structure of Closure: A Critique and Development of Weber, Collins and Parkin. *British Journal of Sociology*, Vol 35:547-567.

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

Möller, Gustav (1944) Ett genombrott - Den svenska socialpolitiken. Utvecklingslinjer och framtidsmål. Tidens förlag Stockholm.

Nermo, Magnus (1999) Structured by Gender – Patterns of sex segregations in the Swedish labour market. Historical and cross-national comparisons. Swedish Institute for Social Research nr 41. Diss. Stockholms universitet.

Nilsson, Bengt (1996) Kvinnor i statens tjänst - från biträden till tjänstemän. Diss. Uppsala Universitet. Stockholm: Almqvist & Wiksell International

Nilsson, Tommy (1985) *Från kamratföreningar till facklig rörelse.* Lund: Arkiv.

Nyström, Ingrid (1969) *Historik över arbetsterapin i Sverige 1938-1956*. Särtryck ur Arbetsterapeuten nr 10/1968 och nr 1/1969.

Olsen, Johan P (red) (1991) Svensk demokrati i förändring. Stockholm: Carlssons bokförlag

Olsson, Sven E. (1990) *Social Policy and The Welfare State in Sweden*. Lund: Arkiv förlag.

Olsson, Åke (1985) Syster och lönearbetare. Om sjuksköterskans ställning på arbetsmarknaden under 75 år, I: Zetterström Lagervall, Gerd (red.) *Systerskap i förändring. En bok utgiven till SSFs 75-årsjubileum.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Orloff, Ann Shola (1993) Gender and the Social Right of Citizenship: The Comparative Analysis of Gender Relations and the Welfare States. *American Sociological Review* 1993, vol. 58:303-328.

Papakostas, Apostolis (1995) *Arbetarklassen i organisationernas värld*. Diss. Stockholm Studies in Sociology.

Papakostas, Apostolis (1998) Tröghet och anpassning i stater och företag, I: Ahrne, Göran (red) *Stater som organisationer*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.

Parkin, Frank (1979) *Marxism and Class Theory. A Bourgeois Critique*. London: Tavistock publications.

Parsons, Talcott (1964) *Essays in Sociological Theory*. London: The Free Press of Glencoe Collier – Macmillan Limited.

Pernow, Bengt (1995) *Sophiahemmet i sin tid: Utbildning och sjukvård under elva decennier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Perrow, Charles (1991) A Society of Organizations. *Theory and Society*. 20:725-762.

Premfors, Rune (1998) Den komplexa staten I: Ahrne, Göran (red) *Stater som organisationer*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.

Rabo. Mäjt (1985) Utbildning till varje pris. I: Zetterström Lagervall, Gerd (red.) *Systerskap i förändring. En bok utgiven till SSFs 75-årsjubileum* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Rothstein, Bo (1991) Svenska intresseorganisationer – från lösningar till problem. I: Olsen, Johan P (red) *Svensk demokrati i förändring*. Stockholm: Carlssons bokförlag.

Rothstein, Bo (1992) *Den korporativa staten*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Rothstein, Bo (1994) *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. Stockholm: SNS Förlag.

Rothstein, Bo (1996) *The Social Democratic State*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Rothstein, Bo (red) (1997) *Politik som organisation*. Stockholm: SNS Förlag.

Rothstein, Bo (1997) Organisation som politik I: Rothstein, Bo (red) *Politik som organisation*. Stockholm: SNS Förlag.

Sainsbury, Diane (ed) (1994) *Gendering the Welfare States*. London: Sage Publications.

Sainsbury, Diane (1994) Introduction. I: Sainsbury, Diane (ed) *Gendering the Welfare States*. London: Sage Publications.

SCB Statistics Sweden (1998a) Statistical Yearbook of Sweden. Stockholm: Statistics Sweden.

SCB Statistics Sweden (1998b) *Women and men in Sweden: facts and figures 1998*. Stockholm: Statistics Sweden.

Scott, Richard W (1981) *Organizations: Rational, Natural, and open Systems*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Selander, Staffan (red) (1989) *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.

Selander, Staffan (1990) Associative strategies in the process of professionalization, I: Burrage, Michael & Torstendahl, Rolf (eds) *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*. London: Sage publications.

Siegrist, Hannes (1990) Professionalization as a process: Patterns, progression and discontinuity. I: Burrage, Michael & Torstendahl, Rolf (eds) (1990) *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*. London: Sage publications.

Siim, Birte (1988) Towards a Feminist Rethinking of the Welfare State, I: Jones, Kathleen & Jonasdottir, Anna (eds) *The Political Interests of Gender*. London: Sage.

Simonen, Leila (ed) (1991) *Finnish Debates in Women´s Studies*. *Tampere*: University of Tampere.

Sjögren, Mikael (1997) *Fattigvård och folkuppforstran: Liberal fattigvårds-politik 1903-1918*. Stockholm: Carlssons bokförlag.

Skocpol, Theda (1984) *Vision and Method in Historical Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Skocpol, Theda (1984) Emerging Agendas and Recurrent Strategies in Historical Sociology, I: Skocpol, Theda (eds) *Vision and Method in Historical Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Skocpol, Theda (1985) Bringing the State Back In. Strategies of Analysis in Current Research I: Evans, Peter B., Rueschemeyer, Dietrich & Skocpol, Theda (eds) *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press.

Skolöverstyrelsen (1978) *Vårdutbildningens utveckling kort historik*. Stockholm: Esselte studium,.

Sommestad, Lena (1994) Privat eller offentlig välfärd? Ett genusperspektiv på välfärdsstaternas historiska formering. *Historisk tidskrift*, nr 4:1994, 601-629.

Sundin, Elisabeth (red.) (1997) *Om makt och kön i spåren av offentliga organisationers omvandling*. Stockholm: Fritzes förlag.

Stinchcombe, Arthur (1968) *Constructing Social Theories*. New York: Brace & World Inc.

Taussi Sjöberg, Marja & Vammen, Tinne (1995) *På tröskeln till välfärden: Välgörenhetsreformer och arenor i Norden 1800-1930*. Stockholm: Carlssons bokförlag.

Ternblad, Klas (1992) *Planering i norm och handling - studier av en epok av landstingsplanering*. Diss Lund.

Thullberg, Per & Österberg, Kjell (red) (1994) *Den svenska modellen*. Lund: Studentlitteratur.

Thullberg, Per & Österberg, Kjell (1994) Inledning, I: Thullberg, Per & Österberg, Kjell (red) *Den svenska modellen*. Lund: Studentlitteratur.

Thylin, H. (1944). Den svenska hälso- och sjukvården. I: Möller, Gustav. *Ett genombrott - Den svenska socialpolitiken. Utvecklingslinjer och framtidsmål*. Tidens förlag Stockholm.

Titmuss, Richard M (1968) *Commitment to Welfare*. London: Allen and Unwin Ltd.

Titmuss, Richard M. (1974) *Social policy*. London: Allen and Unwin Ltd.

Torstendahl, Rolf (1990) Essential properties, strategic aims and historical development: three approaches to theories of professionalism, I: Burrage, Michael & Torstendahl, Rolf (eds) (1990) *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*. London: Sage publications.

Torstendahl, Rolf & Burrage, Michael (ed) (1990) *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*. London: Sage publications.

Tynelius, Erik & Grönwall, Anders (1981) *Akademiska sjukhuset 1959 – 1979*. Uppsala: Uppsala Offsetcenter AB.

Weber, Max (1983) [1922] *Ekonomi och samhälle del 1*. Lund: Argos.

Witz, Anne (1992) Professions and Patriarchy. London and New York: Routledge.

Wrede, Sirpa (2001) *Decentering Care for Mothers: The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Services*. Åbo: Åbo Akademi University Press.

Zetterström Lagervall, Gerd (red.) (1985) *Systerskap i förändring. En bok utgiven till SSFs 75-årsjubileum.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Zetterström Lagervall, Gerd (1985) Minnesbilder från min tid som ordförande, I: Zetterström Lagervall, Gerd (red.) *Systerskap i förändring. En bok utgiven till SSFs 75-årsjubileum* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Åmark, Klas (1990) Open cartels and social closures: professional strategies in Sweden, 1860–1950, I: Burrage, Michael & Torstendahl, Rolf (eds) *Professions in Theory and History.* London: Sage publications.

Åkerblom, Annika (1998) Arbetarskydd för kvinnor: Kvinnlig yrkesinspektion i Sverige 1913-1948. Diss. Uppsala universitet.

Öberg, Lisa (1996) Barnmorskan och läkaren: kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870–1920. Diss. Stockholm: Ordfront.

Muntlig kommunikation

Gertrud Östlinder, Svensk Sjuksköterskeförening den 11 okt. 2001

Margitta Modig, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter den 12 okt 2001

Summary

Welfare Politics and Female Occupations. Organisation, Welfare State and the Conditions for Professionalisation

Introduction and aim

A new type of occupational group has emerged with the emergence of the Swedish welfare state - the welfare state professionals. A characteristic of the welfare state's occupational groups is their close ties to the state. In exchange for providing their services and expert competence, they have been given the space to make professional claims in relation to the state's welfare political commitments. Several of the occupations that have emerged in relation to these have been female-dominated, for instance, nurses, midwives, home relief helpers, physiotherapists and occupational therapists. Despite this, the state's role in the emergence and development of these occupations has rarely been problematised.

In this thesis attention is drawn to the emergence and development of three female-dominated health and care occupations: nurses, home relief helpers and occupational therapists. The aim here is to show how these three occupations have emerged and developed in interaction with the state and within the framework provided by a general health care policy, family policy and work rehabilitation policy. My primary interest is in the ways the states` welfare political commitments have influenced the professional aspirations and development of nurses, home relief helpers and occupational therapists.

Method and sources

Several types of sources have been used in this thesis. Primary sources have been Swedish Official Reports Series (Statens offentliga utredningar), parliamentary records, periodicals, and earlier research on the topic. Unpublished records have been used to supplement these sources. My research strategy has been to systematically follow the welfare political domain that nurses, home relief helpers and occupational therapists have been associated with.

Theoretical points of departure

The theoretical points of departure are from theories of organisations and professions. My use of these theories can be characterised as somewhat eclectic; none of the theories are superior to the other. I see both of these theoretical perspectives as complementary. Together, they cover each other's "blind spots". The blind spots of theories of professions have primarily to do with an inability to conceptualise professional groups' environment and their dependence on it. The view of the state and its importance for professional groups has also been under-developed. Much of the existing literature on professions has treated the state as a socially and historically homogenous actor. The dynamic and changeable nature of the state has thereby been ignored. Within organisational theory I have been inspired by the tradition that is often referred to as organisational realism. This perspective offers the possibility to study the state, trade unions, professional organisations, businesses and non-profit organisations with a common set of concepts. The organisational realism perspective sheds light on and problematises the multifaceted character of the state.

Three case studies

For the nurses, the encounter with the state during the second decade of the Twentieth Century meant regulation of the nursing service. With the help of the state, nurses acquired a position resembling monopoly in regards to educational training and professional work. They also succeeded in establishing clear jurisdiction in relation to nurses aides' and more practically trained hospital nurses. The state regulation of nursing service paved the way for nurses to claim a superior position within the work organisation with reference to their better education and competence.

During the 1940s the state's interest in health care policy increased; the organisation and scope of health care came to be regarded as a politically national issue. Together with physicians, nurses were seen as a key resource in the development of the new health care system. Nurses' welfare political role however demanded a transformation of the nursing profession, from a Christian calling to an ordinary occupation. It was necessary to secularise and modernise the nurse training programmes. The state's ambition to do this coincided on several points with goals within the corps of nurses, especially with those within The Swedish Society of Nursing (Svensk sjuksköterska förening) (SSF), who's aim was to give the occupation a character of civil calling with regulated

working conditions and tolerable pay. With the help of the state, nurses successively advanced their professional position. The role of supervisor for nurses aides' and auxiliary nurses, health care administrators and medical assistants was added to their nursing responsibilities. As a sign of their autonomous position and important welfare political role within Swedish health care, The National Board of Health (Medicinalstyrelsen) began licensing nurses in 1958.

By the mid-1960s, nurses had become an unquestioned part of health care and their position in hospital units was what could be called an occupational monopoly. The licensing of nurses effectively prohibited county councils and other authorities responsible for medical care from hiring non-licensed nurses. After more than forty years of professional struggle nurses were a socially and culturally homogenous and well-organised occupational group. Professionally, nurses had a well-defined jurisdiction in relation to their occupational neighbours, for instance auxiliary nurses and medical-technical assistants.

Behind the emergence of home relief helpers lies the Social Home Relief Act of 1944. The state's ambition to provide families with children state subsidised home relief created a condition for a collegially organised home relief helper corps. However, despite what might appear to have been favourable conditions, home relief helpers had difficulty managing and developing their jurisdiction. A contributing factor was problems recruiting and keeping members in The Swedish Federation of Home Relief Helpers (Svenska hemvårdarinneförbundet). These problems were due to the occupation's character as a temporary "passing through" occupation. For most young women, being a home relief worker was incompatible with having a family of one's own. Yet another factor was the state's strict regulation of the occupation's quantitative expansion and welfare political direction. The state refused to grant funding for home relief that matched the municipalities' demand for home relief workers. In addition, the state was not prepared to compensate municipalities for strain on federal funds caused by wage increases. As a result, municipalities began searching for solutions that were cheaper and more flexible than home relief workers. For many municipalities, the solution was to employ middle aged housewives on an hourly and part time basis.

As social home relief's welfare political orientation shifted towards elderly care in the late 1950s, home relief helpers had difficulty maintaining their jurisdiction, and their professional position became increasingly precarious. The

home relief helpers´ jurisdiction, which was founded on the needs of families with children, became obsolete when the character of social home relief changed. With the rapid expansion of elderly care, home relief helpers became an anachronism that neither the state nor the municipalities had any interest in developing.

The union-related and professional organisation of occupational therapists came to be intimately associated with the early formation of the Swedish welfare state. In the case of occupational therapists, it was the welfare political ambition to rehabilitate and reintroduce the partially disabled back into working life that sparked the state's interest in occupational therapy. With an ambition to bring work incapacitated back into working life and with nurses and physiotherapists as occupational role models, the state proceeded to lay the foundation for an occupational therapeutic jurisdiction. However, by defining the partially disabled as a labour market policy problem, the state aimed their welfare political efforts towards measures designed to match the working capacity of the partially disabled with labour market demands. Such policies included vocational guidance, vocational education, vocational training and job retraining. These policies required social guidance officers, psychologists, employment service officers and vocational guidance councelors, rather than occupational therapists. It was only in mental health care that the need for occupational therapy was still regarded as great. However occupational therapists' interest in working in mental health care was at best tepid. Occupational therapists' unwillingness to orient themselves towards mental health care meant that they ended up in a welfare political limbo during the 1950s.

The breakthrough for occupational therapy and occupational therapists came in the 1960s, mainly due to an increasing welfare political interest in medical rehabilitation. Medical care had reached a point where it could save the lives of patients with life threatening conditions, but at the price of a long and often gruelling rehabilitation. The welfare political need for medical rehabilitation created a professional void that could be filled by the professional project of occupational therapists. The link to medical rehabilitation gave occupational therapists a welfare political breakthrough much needed for the development of a training programme that was the equivalent of that of nurses and physiotherapists regarding length and theoretical depth.

The variation in professional success can be related to the different occupations' organisational resources and historical encounter with the state. Nurses, home

relief helpers and occupational therapists emerged in relation to different organisational and welfare political contexts. An important aspect of nurses' strong professional position is their early collegial organisation. Nurses started acting as a well-organised, well-trained and homogenous group as early as the beginning of the century. The basis of their organisational strength was SSF and the private nursing schools, and the close ties between them. Ties to private nursing schools gave legitimacy and status to nurses' professional claims and contributed to creating a local and national platform for nurses' professional project. These schools also constituted a natural base of recruitment for SSF which in turn contributed to making SSF a culturally, educationally and class related homogenous organisation.

Nurses' success in bringing about regulation of the nursing services should not be understood as an effect of the organisational strength of SSF and the private nursing schools alone. Equally as important was the state's lack of ambition and organisational resources with which to investigate, plan, steer and control health care organisation and training on a national level. With the exception of The National Board of Health, the state lacked the organisational resources to, on their own, investigate health care policy matters.

Compared to the social conditions that existed at the time that nurses established themselves, home relief helpers and occupational therapists faced other social conditions. While nurses met a state that can be characterised as welfare politically indifferent, home relief workers and occupational therapists met a post-war, welfare politically interested state. This state was a pragmatic state that saw different groups' desires for professional development in relation to welfare political needs. The state turned a blind eye to inter-professional competition and overlapping jurisdictions that threatened to decrease the welfare system's efficiency and flexibility. Occupational therapists and home relief helpers also lacked the organisational resources that nurses had. In contrast to nurses, home relief helpers and occupational therapists did not have the chance to organise themselves and build up strategic resources prior to their encounter with the state. This increasingly became an obstacle as welfare policy-making became more corporative in character. An important conclusion from these three case studies is that the state's welfare political commitments were central for the emergence of nurses, home relief helpers and occupational therapists and their development into welfare state occupational groups. The state's welfare political ambitions contributed considerably to the transformation of nurse, home relief helpers and occupational therapists into modern occupational groups.

Dependency on the state has not always been easy to handle however. The state's welfare political interests have often contradicted the wishes of the professions regarding the content, length and organisation of training programmes, as well as regarding continuing education and licensing. The state has been unwilling to provide more training than deemed necessary from a welfare political perspective. An important conclusion from this study is that it is difficult for welfare state occupational groups to steer their professional project in a direction that falls outside of the state's welfare political commitments.