

Läkaryrket i förändring
En studie av den medicinska professionens heterogenisering och
könsdifferentiering

av

Torgerdur Einarsdottir

Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen i sociologi vid
sociologiska institutionen, Göteborgs universitet, som med tillstånd av
samhällsvetenskapliga fakultetsnämnden läggs fram fredagen den 6 juni
1997 kl. 13.15 i Hörsalen Sappören, Sprängkullsgatan 25, Göteborg.

Abstract

Title: Changes in Doctoring. A study of the Heterogeneity and Gender Differentiation of the Medical Profession

Written in Swedish, summary in English, 309 pages

Author: Torgerdur Einarsdottir

Doctoral Dissertation at the Department of Sociology, Göteborg University, Skanstorget 18, S-411 22, Gothenburg, Sweden

ISBN 91-628-2412-0

ISSN 1100-3618

Gothenburg 1997

The primary purpose of the thesis is to explain gender differentiation within the medical profession by conceptualizing gender differentiation as a part of the heterogeneity of the profession. A point of departure is the neo-weberian theory of social closure, complemented with a comprehensive gender perspective. A secondary purpose is to develop social closure theory as a tool to understand gendered social closure *within* professions, as contrasted to closure between professions. In methodological terms the thesis consists of a triangulation: a survey embracing 788 specialists in Gothenburg, interviews undertaken with a dozen doctors in different specialities, and a discourse analysis of territorial debates between specialities.

The mechanisms that separate the members of the profession are accounted for. The medical specialities are taken as a starting point in the analyses. In the thesis, closure strategies are conceptualized as demarcationary lines. Important demarcationary lines are status, workplaces, working hours, amount of research and credentialism. The main theoretical emphasis and the most innovative part of the thesis is, however, the discursive demarcationary strategies documented in the medical profession. An unexpected finding is that family situation does not prove to be an actual, but rather, a discursive demarcationary line for female doctors.

Another main innovative finding lies in the uncovering of discursive demarcationary strategies identified in several status hierarchies mediated by the struggles of the specialities for territories, status and authority. The prestigious specialities (surgery, internal medicine) are found to achieve and sustain their high position in terms of status by contrasting themselves to the low-status specialities (geriatrics, psychiatry and general medicine). Of vital importance are some discursive demarcationary strategies that prove to be gendered. Among these is the status hierarchy of the doctor's professional role that is broken down into three parts; diagnosing, curing and caring. One part of the professional role, the curing, is explicitly associated with effectiveness and masculinity (e.g. in surgery), as opposed to caring which is linked to inefficiency and femininity (e.g. in geriatrics). Other status strategies also exist which rest upon cognitive grounds, i.e. the biomedical paradigm and on the spatial localisation of the doctor's professional work.

Keywords: Medical profession, heterogeneity, gender differentiation, career patterns, credentialism, territorial struggles, status hierarchies, discursive gendered demarcations.

Torgerdur Einarsdottir

Läkaryrket i förändring

En studie av den medicinska professionens
heterogenisering och könsdifferntiering

Monograph from the Department of Sociology No 63

University of Gothenburg

© 1997 Torgerdur Einarsdottir
Tryckning: Kompendiet, Göteborg 1997
ISSN 1100-3618
ISBN 91-628-2412-0
ISRN GU-SOC-MO-63-SE

Förord

På ett sätt är avhandlingsarbete som vilket annat jobb som kräver lite uthållighet och koncentration. Det kan till och med vara en hyfsad ekonomisk försörjning om man har doktorandbidrag. Vill man vara högtidlig (vilket man lätt blir i slutfasen), så kan jobbet liknas vid vad som helst, djupdykning eller detektivarbete, resa eller rymdfärd. Mitt doktorerande har visserligen inneburit en mängd resor under den tid jag har pendlat mellan Reykjavik och Göteborg. Jag har dock mer tänkt på avhandlingsskrivandet som en form av graviditet. En tanke föds, växer och mognar, och när inkubationstiden är över är det dags att klippa av navelsträngen och leverera en färdigskapad produkt.

Inte tänker jag förneka att doktorerandet varit ett lustbetonat tillstånd. Kanske inte alla gånger för familjen som fått stå ut med mina åtskilliga, ibland flera veckor långa, Sverigeresor. Men enligt en 'sann isländsk hållning' så har ingen av dem klagat. Einar och Katrin, nu skolmogna 6-åringar, och Vala, familjens legitimerade tonåring, kompenserades med paket och presenter vid varje hemkomst. Så högt uppskattad blev denna ersättning att de ibland såg sig tvungna att fråga om det inte var dags för en resa snart!

Det är många som jag vill rikta ett tack till. Framför allt de 788 läkare som svarade på min enkät och de läkare som ställde upp för en intervju. Men även Lars Sahlman på Göteborgs Läkarförening som var till stor hjälp i arbetets början året 1992. Det är givetvis många fler som har gjort en insats. Jag tänker inte nämna de alla, det skulle bli ett manus till. Men härmed framförs ett stort tack till de som har bidragit med intellektuellt utbyte och diskussioner, med kritiska och konstruktiva kommentarer, moraliskt stöd, barnpassning och allt annat värdefullt. Jag kan dock inte underlåta att nämna två personer. Jag har haft världens handledare. Inga Hellbergs insatser sträcker sig långt utöver vanlig handledarroll. Utan henne hade jag knappast tänkt på doktorandstudier överhuvudtaget. Sist men inte minst har min man, Palmi, främjat projektet. Han har (liksom sig bör vid ett havandeskap...) influerat och influerats av min verksamhet. Det har gjort arbetet så oerhört mycket mera stimulerande och samtidigt berikat vårt familjeliv.

Göteborg i april 1997

Torgerdur Einarsdottir

INNEHÅLL

DEL I TEORI OCH METOD	1
1. Kvinnor och män i den medicinska professionen	3
2. Professioners homo- och heterogenisering	8
Stängningsteorin	10
Är professionsteorin könlös?	14
Demarkationer och diskursiva stängningsstrategier	16
Deprofessionalisering eller differentiering?	20
Professioners interna differentiering	21
Strategibegreppet	25
Sammanfattande diskussion	28
3. Könets mångfald - ett könsteoretiskt perspektiv	30
Begreppsdiskussion	30
Hur hanteras köns kategorin?	33
Kön som perspektiv - asymmetri eller makt?	37
En postmodernistisk horisont	41
Att bestämma teoretisk nivå	45
Teoretiska ansatser om arbetsmarknadens könsuppdelning	48
Socialisationsteoretiska förklaringar	48
Strukturella, institutionella hinder - organisationsteorin	53
Diskussion	58
4. Metodik och tolkningsramar	60
DEL II LÄKARNAS DIFFERENTIERING I HISTORISKT OCH SOCIALT PERSPEKTIV	69
5. Historiska tillbakablickar	71
'Läkarbristöverskottet'	72
Specialistväsendet utveckling; "...en kompromiss mellan samhällets och läkarnas krav"	77
Sjukronorsreformen: förstatligande av läkarna eller locket på interna motsättningar?	84
Läkarutbildningen som 'konsumtionsvara'? UHÄ-reformen 1977	90
Sammanfattande diskussion	108
6. Specialisering, statuskillnader och åldersfördelning	110
De medicinska specialiteterna - en beskrivning	110
Valet av specialitet - har man hamnat rätt?	119
Statusdifferentiering	123
Åldersfördelning	128
Kohortskillnader i specialisttillhörighet	130
Sammanfattande diskussion	134
7. Arbetsvillkor	136
Arbetsplatstillhörighet	136

Arbetskarriärer	138
Tjänstestruktur	139
Karriärtid efter specialiteter och kohorter	141
Karriärtid efter kön	144
Arbetskarriärer utifrån kön, specialistområde, arbetsplats och tjänstetid	145
Karriärtid för allmänläkare	147
Arbetstid	148
Sammanfattande diskussion	152
8. Forskningsaktivitet och formella kvalifikationer	154
Medicinsk forskning	154
Professionsteorin och formella kvalifikationer	157
Forskningsaktivitet i föreliggande material	159
Arbetskarriärer och tjänstestrukturer	161
Sammanfattande diskussion	166
9. Familjen och karriären	168
Civilstånd	172
Barn och barnantal	172
Giftermålskombinationer - vem är man gift med?	174
Familjen och arbetet	179
Sammanfattande diskussion	186
DEL III LÄKARNAS DIFFERENTIERING I DISKURSIVT PERSPEKTIV	193
10. De medicinska specialiteterna - en upptäcktsresa in i en intern diskurs	195
Den professionella läkarrollen	195
Yrkesorientering	197
Skildringarna av den egna specialiteten	199
Diskussion	214
11. Statuskillnader och revirstrider	218
"Vad är status..?" Om reservationerna mot statustänkandet i enkätmaterial	224
Mot- och hotbilder i intervjuerna	224
Diskussion om tre statusdiskurser	226
Geriatriken - "en blandras i specialisternas kennelklubb"?	229
Allmänläkaren - en 'snackedoktor' eller kvalificerad specialist	235
Psykiatri - "är själen social?"	245
Den kirurgiska kulturen	254
Sammanfattande diskussion	260
12. Sammanfattande analys och diskussion	265
Summary	281
Referenser	293
Bilaga 1	

Del I

Teori och metod

1. Kvinnor och män i den medicinska professionen

Denna avhandling handlar om professioners inre differentiering med läkarkåren som ett empiriskt exempel. Den yttersta inspirationen till att denna avhandling har skrivits var min förundran över det förbryllande mönster som kvinnliga och manliga läkares val av specialitet visar. Det är sedan länge känt att kvinnor och män väljer skilda specialitetsområden inom medicinen. En svensk 70-talsstudie visar på en markant könssegregering av läkarkåren.¹ Det var innan de kvinnliga läkarna ens hunnit bli någon betydande del av kåren. Den bilden bekräftas alltjämt.² Min nyfikenhet väcktes av frågor som hur det kunde komma sig att män blir *öronläkare* medan kvinnor blir *ögonläkare*. Varför hamnar män i hög utsträckning inom *kirurgi* men kvinnor inom *långvård*? Vad är det för logik som ligger gömd bakom dessa val? Hur ska man förklara läkarkårens olikheter och i synnerhet dess könsdifferentiering?

Det finns givetvis många sätt att närma sig detta problemområde, men i synnerhet två forskningsfält kom att framstå som viktiga. Professionsforskningen drog i mig från det ena hållet och könsforskningen från det andra hållet. Jag insåg att jag inte kunde gräva något alls om jag inte hade fast mark under fötterna, jag kunde inte bli sittande på staketet mellan två olika forskningsmarker. De frågor jag ställdes inför var huruvida det könsbundna valet av specialitet inom läkarkåren var att betrakta som en del av könssegregationen generellt på arbetsmarknaden. Eller om det mer var ett uttryck för läkarkårens interna differentiering, d v s den process som faktiskt separerar en professions medlemmar och därmed specifikt för läkarna som en professionell grupp. Det könsbundna valet av specialitet kan givetvis ses som både den ena processen och den andra, men i mitt val av perspektivering föredrog jag den sistnämnda processen som utgångspunkt. Det finns flera skäl till det. Bland de viktigaste är att det är min övertygelse att ett könsperspektiv måste utvecklas inom sociologisk teori, inom professionsteorin och inom den befintliga samhällsvetenskapen.

Det var även viktigt att professionsteorin erbjöd många utmaningar. Trots professionsforskningens livlighet har en underliggande konsensus avspeglat sig i en fokusering på professioners *homogenisering*. Här gavs

¹ Frey, Helen, 1980, *Kvinnliga läkare i Sverige*. Kulturgeografiska institutionen vid Uppsala universitet. Malmö 1980.

² *Jämställda läkare*, Sveriges Läkarförbund, 1992.

möjlighet att gripa tag i *heterogeniseringen*, granska det som skiljer professionens medlemmar åt. Den vidgning av kunskapsbasen, eller den 'kunskapstillväxt' som alltjämt pågår inom läkarkåren har gett upphov till långtgående olikheter läkare emellan. Den delar upp läkarna i en rad olika specialiteter med högst varierande inbördes villkor; varierande status och anseende; olika arbetsplatser och verksamhetsfält; den stimulerar en del att forska och andra att låta bli och ägna sig åt patientarbete. Detta gäller givetvis både män och kvinnor inom kåren och det är inte minst könsdimensionen i detta mönster som är spännande.

Det finns givetvis intressanta *olikheter* inom fler professioner än läkarkåren och *könssegregationen* finns också dokumenterad inom andra professioner. Att välja ut och låta sig fascineras av läkarna bland alla akademikergrupper eller professioner har emellertid flera implikationer. Läkarna tillhör de tre 'lärdade' professionerna juridik, medicin och teologi och är en relativt välbetald expertgrupp som traditionellt har åtnjutit status och respekt. Men samtidigt utgör de en yrkesgrupp som sedan några årtionden genomgår - i takt med sjukvården i Sverige och även internationellt - stora förändringar. Att välja läkaryrket innebär vidare att välja ett yrke med mycket lång utbildning som kräver motivation och uthållighet. Rapporter kommer som framställer läkarna i ett mera nyanterat och avmystifierat ljus än tidigare. De visar att läkarnas arbetsvillkor är hårda, arbetstider långa och jourer påfrestande. Ändå fortsätter läkarjobbet att vara attraktivt för många män och kvinnor och läkarutbildningen är alltjämt mycket eftersökt.

Föreliggande avhandling har två huvudsyften. Det ena är att granska hur differentieringen inom läkarprofessionen faktiskt tar sig uttryck och hur den ter sig mot bakgrund av den föreställningsvärld som omger professionen. Hur skiljer sig läkarna åt vad gäller sociala förhållanden och karriärvillkor, och hur ter sig denna differentiering mot bakgrund av den kulturella verkligheten. Specialiseringen inom professionen tas som utgångspunkt som jag senare i avhandlingen visar i termer av heterogenitet.

Mitt andra huvudsyfte i avhandlingen rör utvecklingen av den stängningsteoretiska referensramen. Det var inte bara professionsteorins underliggande betoning på homogenisering som framstod som en utmaning för mig utan även tesen om utestängningar. Det finns en tradition inom professionsforskningen att fokusera stängningsmekanismer *utåt*, d v s hur professioner utövar utestängningar gentemot angränsande yrkesgrupper för att utveckla och upprätthålla kunskaps- och yrkesmonopol.

Mitt andra huvudsyfte i denna avhandling är att tillämpa stängningsteorin *inom* en yrkesgrupp. Jag fokuserar och söker förklara olikheterna och den könsliga sorteringen inom läkarkåren utifrån den stängningsteoretiska begreppsapparaten. Olikheterna och könsdifferentieringen ses som ett uttryck för att läkarkåren vänt sina stängningsstrategier *inåt*.

Det måste påpekas att här finns ingen konspiratorisk tanke. Stängningen utåt är alltid aktuell även om den tidvis förefaller någorlunda konsoliderad i form av institutionaliserade inträdesregleringar och statligt skydd. Att strategierna vänds *inåt* för att dra demarkationslinjer mellan olika fält antas ske när professionen verkar inom allt snävare yttre betingelser. Den ständigt pågående specialiseringen och utvidgningen av kunskapsbasen sker inom ramar som innebär allt större begränsningar för professionen: sjukvården expanderar mindre än tidigare, det blir intern trängsel bland professionens medlemmar, kamp om ekonomiska resurser, verksamhetsfält, utrymme, värderingar, tolkningsföreträde och social prestige.

Grundläggande frågeställningar gäller bl a följande:

- Vad det är för karriärvillkor som gäller för professionens medlemmar?
- Vad är det för karriärvillkor i form av arbetstider, jourer, karriärgång, forskningskrav e t c som präglar de olika specialiteterna och läkarnas karriärmöjligheter inom dessa?
- Varierar dessa villkor efter specialistområdets status eller könsammansättning, för olika kategorier av läkare, för kvinnliga läkare i relation till manliga?
- Hänger diskursen, den medicinska kulturen, värderingarna och föreställningarna ihop med de olika specialiteternas karriärvillkor?
- Hänger de manliga och i synnerhet de kvinnliga läkarnas specialistval på något sätt samman med deras familjesituation?
- Kan det vara så att de rådande arbetsvillkoren, inklusive den medicinska kulturen, slår ut kvinnor på ett sätt som de inte gör mot män? Eller är det så att kvinnor inte låter sig exkluderas utan tar kamp med männen på manliga villkor?

Dispositionen av avhandlingen är följande. Avhandlingen består av tolv kapitel i tre delar. I del I presenteras min teoretiska hemvist i två på varandra följande kapitel, där även viktiga avgränsningar och motiveringar görs. I kapitel 2 presenteras professionsteorin som inleds med en generell

bild av området varefter stängningsteorin diskuteras. Feministiska bidrag inom stängningsteorin presenteras, vilka har varit en viktig inspiration för föreliggande arbete. Könsvisionen utgör en betydelsefull aspekt i hela avhandlingen och könsbegreppet förtjänar därför en explicit diskussion. I kapitel 3 utvecklas det könsteoretiska perspektiv som ligger till grund för min framställning men det är även tänkt som ett mer generellt bidrag i den feministiska diskussionen om könslig under- och överordning i samhället. I kapitel 3 görs även en genomgång av några vanliga angrepsätt avseende arbetsmarknadens könssegregering, exempelvis socialisationsteorier och organisationsteorier. Mitt förhållningssätt till dessa lyfts fram samt mina reservationer och kritik som motiverar valet av professionsteorin som teoretisk plattform. Del I avslutas med kapitel 4 som handlar om metodik och tolkningsramar.

I del II och del III presenteras det empiriska materialet och bearbetningen av det utifrån olika aspekter. Del II inleds med kapitel 5 som innehåller en historisk tillbakablick. I fokus är dels läkarkårens inre olikheter och motsättningar i en historisk belysning, dels professionens stängningsförsök utåt, d v s försök att kontrollera inträdet i professionen som har rötter ända från sekelskiftet. I kapitlen 6, 7 och 8 redovisas läkarnas yrkesmässiga villkor. Centrala aspekter av det som faktiskt separerar läkarna som yrkesgrupp diskuteras med utgångspunkt i specialiseringen: de interna statusskillnader som läkarna själva ger uttryck för; deras faktiska arbetssituation i termer av arbetsplatstillhörighet och arbetstider; karriärvillkor i termer av tjänstestruktur och karriärtid samt forskningskrav. Denna diskussion baseras på en enkätstudie gjord hösten 1992 av Göteborgs samtliga kommunalt anställda specialistläkare. Enkäten presenteras utförligt i metodkapitlet. I kapitel 9 behandlas hur manliga och kvinnliga läkares familjesituation griper in i de processer som granskats i de tre föregående kapitlen. Det kapitlet är baserat på enkäten och kompletterande intervjuer som presenteras i metodkapitlet.

I del III presenteras dels en 'inifrån'-bild av läkarnas olika specialiteter, dels en diskursiv 'utifrån'-bild. I kapitel 10, som har underrubriken 'en upptäcktsresa in i en intern diskurs' återges läkarnas beskrivningar av den *egna* specialiteten. Denna bild kontrasteras i kapitel 11 med en extern bild - extern i bemärkelsen att där beskriver läkarna företrädesvis *andra* specialiteter än den *egna*. I detta kapitel fokuseras den medicinska kulturen, läkarnas värderingar och föreställningar om läkarjobbet och de medicinska specialiteterna. Jag närmar mig detta ge-

nom diskursanalys av några interna debatter i Läkartidningen som uppstått kring revirstrider, kamp om verksamhetsfält, sociala resurser och makt. Debatterna blottlägger de demarkationsstrategier som är verk-samma mellan företrädare för olika specialiteter. Debatterna struktureras utifrån ett antal olika statushierarkier inom kåren som medverkar till att upprätthålla en inbördes hierarkisering mellan specialiteterna. Dessa demarkationer görs bl a på grundval av bekönade strategier. I kapitel 12 sammanbringas alla trådar i en sammanfattande analys, slutdiskussion och konklusioner om läkarprofessionens interna differentiering.

2. Professioners homo- och heterogenisering

Professionsforskningen är idag ett stort forskningsområde med förgreningar och kopplingar åt vitt skilda håll. Begreppen profession och professionalism har fått en mängd definitioner och dessa varierar efter abstraktionsnivå. På en nivå avses med professionalisering enskilda yrkesgrupper och deras strävan mot professionell status. På en annan nivå åsyftas professionaliseringsprocessen i samhället, förvetenskapligandet av en viss yrkesutövning och yrkesgrupper.

Dessa nivåskillnader uttrycker i viss mån den förskjutning som professionsforskningen genomgått från fältets etablering med Carr-Sanders och Wilson kartläggning av professioner i verket *The Professions* som kom ut 1933.¹ Denna första våg inom professionsteorin introducerade den egenskapsorienterade teoretiska ansats som präglade fältet i årtionden. Klassifikationsfrågor dominerade samt sökande efter universella huvuddrag. De professionellas (förmenta) attribut definierades positivt i termer av altruism och oegennyttia. Professionernas roll i samhället var per definition positiva. De fastslagna professionsegenskaperna varierade med forskare. Greenwood framhöll systematisk teori, auktoritet, samhällelig sanktion, etiska regler, professionell kultur. Goode föreslog att två kärnegenskaper skulle bilda grundvalen för professionsdefinitionen, en abstrakt kunskapsbas och serviceorientering.²

Med Talcott Parsons essäer om professioner inleddes den funktionalistiska eran.³ Parson framhöll känslomässig neutralitet, universalism, funktionell specificitet och förvärvad kompetens, och inte minst viktig blev synen på de professionella som stabiliserande faktorer i samhället. Det funktionalistiska synsättet avlöstes av ett mera konfliktladdat perspektiv på 70-talet då professionerna sattes in i ett vidare sammanhang. Inflytelserika arbeten var bl a T. Johnsons *Professions and Power* och M. Sarfatti-Larsons *The Rise of Professionalism*.⁴ Dessa placerade professionerna i en samhällelig kontext, konflikter och intressen lyftes fram

¹ Carr-Sanders, AM & Wilson, P, 1964, *The Professions*, London (2nd ed).

2 Greenwood, E 1962, "Attributes of Professions" i *Nesow S&W (red) ** Society. Basic Books Inc. New York. Goode, W, 1960, "Encroachment, Charlatanism, and the Emerging Profession: Psychology, Sociology and Medicine" i *American Sociological Review* 25:1960, s. 903.

³ Parsons, Talcott, 1968, "Professions" i *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Vol. 11 D. Sills (ed), MacMillan & Free Press.

⁴ Johnson, Terry, 1972, *Professions and Power*, Anchor Press Ltd, Essex. Sarfatti-Larson M, 1977, *The rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, University of California Press.

* *Man, Work and Society*, Basic Books Inc. New York

som den funktionalistiska referensramen inte förmått fånga. Johnson visade hur en profession inte endast är en yrkesgrupp utan ett institutionaliserat sätt att kontrollera ett yrke. Sarfatti-Larson skrev om de moderna professionernas uppkomst och såg professionaliseringen som en kollektiv mobiliseringsprocess för att uppnå marknadsmonopol och professionell status. Deras bidrag har varit betydelsefullt genom att professionsforskningens tidigare ideologiska undertoner avmystifierades. De problematiserade hur professionalism och byråkrati - som många hade ansett oförenliga enheter - faktiskt griper in i varandra.⁵

Även begreppsdiskussionen gick in i en ny fas. Professionsbegreppets sociala laddning påpekades.⁶ Man diskuterade huruvida professionsbegreppet skulle betraktas som absolut och kunna fastställas empiriskt eller uppfattas som gradvist och att yrkesgrupper kunde vara mer eller mindre professionaliserade. Det har hävdats att en snäv och precis begreppsdefinition kan begränsa utvecklingsmöjligheterna, då det som vinnas i klarhet går förlorat i nytänkande och originalitet⁷ men motsatsen finns också företrädd av dem som menar att professionsbegreppet måste skilja mellan professionella och icke professionella yrkesgrupper för att vara analytiskt fruktbart.⁸ De mest långtgående argumenten förespråkar närmast att begreppet profession överges.⁹ Begreppsdiskussionen är givetvis viktig. Den har synliggjort teoretiska utgångspunkter, för- och nackdelar med olika perspektiv inom professionsteorin och den återspeglar livligheten inom fältet. Men symptomatiskt nog råder det ingen självklar enighet om vad de olika termerna står för, deras lämplighet o s v. Detta har fått del forskare att ifrågasätta betoningen på definitionsproblematiken. Hellberg menar exempelvis att definitionsfrågorna tagit tid från diskussioner om teoretiska perspektiv och vetenskapliga paradig.¹⁰

Idag karaktäriseras forskningsområdet av kritiska och distanserade professionsanalyser och att ett *relationsperspektiv* där professionerna ses i relation dels till varandra, dels till samhällets institutioner och makt-

⁵ Se exempelvis de olika bidragen i Selander, Staffan (red) 1989, *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund.

⁶ Saks, Mike, 1983, "Removing the blinkers? A critique of recent contributions to the sociology of the professions", i *The sociological Review*.

⁷ Torstendahl, R., 1989, "Professionalisering, stat och kunskapsbas. Förutsättningar för en teoribildning" i Selander (red), 1989, *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap*. Lund.

⁸ Brante, Thomas, 1987, "Sociologiska föreställningar om professioner" i Bergryd (red) *Den sociologiska visionen*, Rabén och Sjögren, s. 132.

⁹ Gesser, B., 1985, *Utbildning, Jämlikhet, Arbetsdelning*, Arkiv, refererad i Selander, 1989, s. 18.

¹⁰ Hellberg, Inga, 1991, *Professionalisering och modernisering*. Arbetslivscentrum, Stockholm, s. 10.

strukturer. Professionernas organiserade strävanden har stått i fokus, man har frågat i vems intresse de agerar och i vilka syften. Kunskaps- och yrkesmonopol har blivit viktiga begrepp, studier i professionalism har tagit karaktären av intressegruppsanalys. Inte minst har detta inneburit att professionaliseringsprocessen ses som en kontinuerlig och oavslutad process. Även så i denna studie.

En gemensam utgångspunkt för hela det vittförgrenade teori- och forskningsområdet är en underliggande *homogenitetstanke*. Professioner ses som enhetliga, sammanhållna och distinkta grupper med gemensamma karaktäristika; kunskap, intressen, värderingar, livssyn och livsstil och 'credentialism' som *differentia specifica*. I detta avseende utgör föreliggande studie ett brott med traditionen genom att mitt syfte är att fokusera *heterogeniteten*. Att studera läkarkårens interna differentieringen innebär att det är inte de sammanhållande faktorerna, gemensamma karaktäristika som lyfts fram. Tvärtom vill jag lyfta fram den mångfald, de olikheter, som präglar professionen och de eventuella intressemotsättningar som finns inom den.

I den följande diskussionen presenteras de perspektiv som ligger till grund för min teoretiska plattform i avhandlingen. De teser som drivs är framför allt förankrade på två nivåer inom professionsteorin. Å ena sidan utgör den Weberinspirerade stängningsteorin en viktig infallsvinkel. Det är framför allt Anne Witz vidareutveckling av stängningsteorin som utgör en central plattform.¹¹ Å andra sidan förankras mitt perspektiv i de teoretiska resonemang som olika författare fört i skilda sammanhang om professioners differentiering och hur denna differentiering kan begreppsliggöras. I kapitlets slutdiskussion förs dessa två inspirationskällor ihop till en tes om de stängningskoder som antas vara verksamma inom läkarprofessionen. Dessa stängningskoder utgör de grundläggande aspekter som framställningen av det empiriska materialet baseras på.

Stängningsteorin

Den Weberinspirerade stängningsteorin har inom professionsforskningen fått sin utformning framför allt av Frank Parkin och Raymond Murphy.¹²

¹¹ Witz, Anne, 1986, "Patriarchy and the labour market: occupational control strategies and medical devision of labour" i Knights & Willmott (ed) *Gender and the labour process*, 1986. Witz, Anne, 1992, *Professions and Patriarchy*. Routledge, London, New York.

¹² Parkin, Frank, 1978, "Social Stratification" i *A History of Sociological analysis* (eds) Bottomore T. and Nisbet R. Basic Books N.Y. Parkin, Frank, 1979, *Marxism and class theory. A bourgeois critique*, London. Murphy, Raymond, 1986, "Weberian Closure Theory: A contribution to the Ongoing Assessment" i *British Journal of Sociology* 37.

Parkin hade med 'förnyelsen' av Webers stängningsteori åsyftat inget mindre än en revidering, eller snarare ett förkastande av marxismens klassteori. Han ansåg att själva historien hade uppenbart teorins orimlighet. Parkin ser stängningsteorin som en generell teori om social ojämlikhet. Dominans- och underordningsförhållanden mellan ekonomiska, nationella, religiösa, etniska och andra grupper kan utifrån denna synvinkel betraktas som exploateringsförhållanden. Exploateringsförhållandena är baserade på olika stängningssätt som kan bygga på individualistiska kriterier eller kollektivistiska kriterier. Varje samhälle är en blandning av de två. Exempel på individualistiska kriterier är ägande, nomenklatura, formella kvalifikationer ('credentialism') medan kollektivistiska är härkomst, ras, kast, religion, etnicitet, kön o s v. I det moderna samhället antas de kollektivistiska kriterierna minska till förmån för de individualistiska. Parkin framhåller dock att kollektivistiska stängningar fortsätter under sken av att vara individualistiska, ett exempel är ras- och klassmässig diskriminering:

the use of ostensibly individualist criteria produce a pattern of social closure that quietly discriminates via the collectivist criterion of class or racial membership.¹³

Parkin urskiljer två sociala stängningsformer, uteslutning och inkräkting (exklusion och usurpation). Uteslutning är ett försök från en grupp att begränsa konkurrensen från andra yrkesgrupper; att säkra en privilegierad position genom att underordna eller marginalisera en angränsande grupp. Uteslutning riktar sig nedåt och utgör enligt Parkin den professionella strategin. Inkräkting riktar sig uppåt och utgör en underordnads grupps försök att erövra en del av den överordnade gruppens resurser. Inkräkting representerar en facklig strategi. Vissa mellan-grupper kan använda sig av de bägge strategierna, s k dual strategi.

Yrkesgruppers strävanden efter kunskaps- och yrkesmonopol har varit i fokus för den forskning som drivits inom stängningsteorins ramar.¹⁴ En springande punkt hos Parkin är just professioner som kun-

Murphy, Raymond, 1988, *Social closure. The theory of monopolization and exclusion*. Clarendon Press.

¹³ Parkin 1979, s. 44-116, citatet s. 65.

¹⁴ Klas Åmark och Freddy Castro har invänt mot monopolbegreppets användning inom stängningsteorin och förespråkar en distinktion mellan stängning och monopolisering. Jag delar deras invändning men distinktionen har inte betydelse i detta sammanhang varför den inte diskuteras närmare. Se Åmark, Klas, 1990, "Open Carles and Social Closure: Professional Strategies in Sweden, 1860-1950" i Burrage, M & Torstendahl, R (ed) *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*. Sage,

skapsbaserade grupper. Han likställer i det närmaste 'kunskap' i meningen formella kvalifikationer med privatägandet som en stängningskod. Hans diskussion centrerar kring hur olika yrkesgrupper använder formella kvalifikationer ('credentials') för att uppnå yrkesmonopol. Samtidigt påpekar Parkin att det sällan har problematiserats vilken kunskap det är som faktiskt konstituerar den professionella verksamheten och vilken utgör en inflation i kunskapsstillväxten som har andra orsaker. Ingen har, enligt Parkin, försökt urskilja den nödvändiga kunskapen från den kunskapsstillväxt som är av begränsad praktisk betydelse, men fungerar som ett ritualistiskt 'prydande tillskott', förlänger utbildningen och slår vakt om professionens marknadsvärde.¹⁵

Murphy ser liksom Parkin stängningsteorin som en generell teori om social ojämlikhet, men teoretiserar i en starkt kritiskt men konstruktiv dialog med Parkin. Murphy ville med sin teori korrigera för den betoning på strategisk aktion på bekostnad av strukturella aspekter som han ansåg stängningsteorin dras med. I alla samhällen existerar en (eller två) principiella stängningsbaser eller exklusionskoder och andra exklusionskoder är antingen derivativa eller tillfälliga (contingent), exempelvis bördens i det aristokratiska, privatägandet av produktionsmedlen under kapitalismen, eller kommunistpartiet under socialismen. Enligt Murphy överskrider och inkluderar stängningsteorin tidigare klassteorier.¹⁶

En intressant tråd i Murphys argumentation är hans resonemang om stängningskodens föränderlighet. Under varje tidsperiod kan de existerande och uppenbara stängningskoderna framstå som permanenta och oföränderliga, medan de vare sig är eviga eller outbytbara. Det som gör att en stängningskod ersätter en annan, hänger ihop med samtidens dominerande världsbild ('world images') hävdar Murphy i Webers anda. Men varför transformeras idéerna, frågar sig Murphy?

Why do the 'switchmen', the world images that determine the exclusionary tracks along which monopolistic action is pushed by the dynamic of interest, switch tracks?

Dynamiken ligger i de motsättningar som själva stängningen genererar, enligt Murphy, d v s i de exkluderades reaktioner, varvid det monopol-

s. 98, och Castro, Freddy Winston, 1992, *Bortom den nya medelklassen. Durkheim och de moderna professionella yrkesgrupperna*. Symposium Graduale, Stockholm, s. 69.

¹⁵ Parkin 1979, s. 55ff, 103.

¹⁶ Murphy 1988, s. 73.

istiska bagaget alltmer blir en belastning. Reaktionerna kan successivt underminera exklusionskodens legitimitet. Detta innebär att det inte finns någon historiens slutstation där social ojämlikhet är utrotad och alla exklusionskoder illegitima, vilket emellertid inte är liktydigt med att alla historiens exklusionskoder är lika allvarliga eller oacceptabla utifrån definierade värden, enligt Murphy.¹⁷

Ett av de tydligaste exemplen på hur stängningskoder avlöser varandra är just hur *individualistiska* exklusionskriterier ökar i betydelse samtidigt som *kollektivistiska* förlorar i legitimitet. De individuella stängningskriterier som framför allt ökar i betydelse i samhället är formella kvalifikationer i termer av akademiska examina ('credentials'). Formella kvalifikationer ansluter till professionsteorins grundtanke om de professionella som kunskapsbaserade grupper. I föreliggande arbete kommer formella kvalifikationer inom läkarkåren i fokus som stängningskod men i en något annan perspektivering än vad som är vanligt inom stängningsteorin. Som påpekades ovan har Parkin poängterat att man sällan problematiserat vilken kunskap som är 'nödvändig' för den professionella verksamheten och vilken kunskapsutvidgning har andra orsaker.

I svensk kontext har Aant Elzinga och Christer Enkvist framhållit att det råder en förvirring om värdet av doktorsavhandlingar inom medicinen.¹⁸ De menar att syftet med den 'massproducerade medicinska avhandlingen' är huvudsakligen att ta sig fram i en *klinisk* karriär och att läkarna sammanblandar de *vetenskapliga och karriärmässiga* meriterna av en avhandling. Det är en viktig men ganska förbisedd aspekt av den medicinska professionen hur forskningsaktivitet och formella kvalifikationer i termer av doktorsgrad/examen fungerar för läkare i karriärsammanhang. En av de aspekter som behandlas i avhandlingen är hur formella kvalifikationer tar sig uttryck *inom* den medicinska professionen. Att granska den vetenskapliga relevansen faller utanför mitt område, men *min tes är att ökande kompetenskrav kan fungera som stängningsmekanism inom vissa medicinska specialiteter*. Det antas i så fall vara ett exempel på hur den medicinska professionen vänder sina stängningsstrategier inåt.

¹⁷ Murphy 1988, s. 3f.

¹⁸ Elzinga, Aant och Enkvist Christer, 1989, "Hur många medicinska avhandlingar behöver medicinen?" i *Läkartidningen* 43/1989.

Är professionsteorin könlös?

Jag skrev i inledningskapitlet att valet av professionsteorin bl a baserades på mitt intresse för att utveckla ett könsperspektiv inom befintlig sociologisk teori. En angelägen fråga, innan den fortsatta diskussionen, är därför hur könet har behandlats inom professionsforskningen. Professionsteorin kan inte sägas ha varit könsblind i bemärkelsen att könet varit totalt frånvarande. Könet har exempelvis varit närvarande i den kategoriuppdelning som dragit en skiljelinje mellan 'riktiga' professioner och s k semi- eller paraprofessioner, som vanligen är kvinnodominerade. Semi- och paraprofessioner är begrepp som håller på att försvinna ur begreppsarsenalen, men med dessa avsågs oftast de yrkesgrupper som strävade efter men inte hade uppnått full professionell status. Typexempel på paralleller semiprofessioner var sjuksköterskor, socialarbetare, bibliotekarie m fl. Ofta ansågs de sakna ett viktigt attribut som kännetecknar en profession, nämligen en egen utvecklingsbar kunskapsbas; ett komplext system av esoterisk eller teknisk kunskap.

Parkin invände tidigt mot denna typ av resonemang och hävdade att kunskapsbasen har förutsatts som absolut och oundviklig utan att det förhållandet har fastslagits empiriskt.¹⁹ Med tiden har flera av de s k semiprofessionerna utvecklat en egen kunskapsbas, exempel på det är omvårdnadsforskningen och forskning inom socialt arbete. Att 'semiprofessionerna' inte kunde betraktas som professioner för att de saknade egen kunskapsbas motsägs av att många av de etablerade professionerna hade praktiskt taget uppnått monopol, makt, hög status och inkomst innan 'kunskapsbasen' utvecklats och visat sig nyttig. Läkarprofessionens långa historia torde vara ett bra exempel på detta.

I den tidigare professionsforskningen ansågs även det faktum att semiprofessionerna var kvinnodominerade som ett skäl till att de 'brister' i sina professionaliseringssträvanden. Eller som Etzioni uttryckte det:

...cultural values of professions, organisations and female employment are not compatible.²⁰

Parkin i sin tur har förklarat kvinnodominansen i de s k semiprofessionella yrkena med att de inte varit attraktiva för män - utom på de högsta nivåerna - och att män därför inte utövat uteslutning gentemot kvinnor

¹⁹ Parkin 1979, s. 103.

²⁰ Etzioni, A, 1969 (ed), *The Semi-Professions and their Organizations*. Free Press. Här återgivet efter Parkin 1979, s. 103.

inom dessa i lika hög grad som inom de etablerade professionerna.²¹ Problematiken om hur semiprofessionerna, kunskapsbasen och kvinnodominansen förhåller sig till varandra är komplicerad. För att reda ut den är det nödvändigt att tränga igenom många lager av kulturella och ideologiska föreställningar, vilket dock måste ligga utanför mitt avhandlingsämne. Men den traditionella professionsteorin kan i detta ljus inte ses som 'könlös'. Den dras snarare med en manlig slagsida vilket jag återkommer till i följande två avsnitt.

Det är en spännande paradox att professionsteorins manliga förtecken inte har hindrat kvinnoforskare från att inspireras av den och tillämpa den just på kvinnliga yrkesgrupper. Stängningsteorin har visat sig vara en fruktbar teoretisk plattform i åtskilliga svenska studier av kvinnliga yrkesgruppers professionaliseringssträvanden. I svensk kontext har Agneta Emanuelsson analyserat hur sjuksköterskekåren i sina professionella strävanden framgångsrikt uteslutit sjukvårdsbiträden, som i sin tur har reagerat med försök till inkräktning.²² Christina Florin har använt stängningsteorin en historisk studie om professionaliseringsprocessen inom den svenska folkskolan.²³ Florin visar hur manliga lärare lyckades - med statens hjälp - utesluta kvinnliga lärare från vissa mer attraktiva delar av yrkesutövningen. Lena Lannerheim har studerat förhållandet mellan läkare och sjuksköterskor i termer av stängning.²⁴

Flera viktiga empiriska arbeten kunde nämnas från andra länder, men en av de mest inflytelserika teoretiska uttolkarna av stängningsteorin i feministisk riktning är Anne Witz. I en artikel om läkekonstens professionalisering i England har hon identifierat vad hon kallar patriarkala stängningsstrategier.²⁵ Där visar hon hur de vägar till medicinsk kunskap och yrkesutövning som kvinnor historiskt haft, d v s oftast som döttrar, hustrur eller anhöriga till 'medicine man', begränsades och så småningom helt underminerades. Hon analyserar vidare hur barnmorskeyrket underordnades läkarkåren i England i kraft av stängnings- och kontrollstrategier.

²¹ Parkin 1979, s. 103f.

²² Emanuelsson, Agneta, 1991, *Pionjärer i vitt. Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden 1851-1939*, FoU-rapport 34, SHSTF, Huddinge.

²³ Florin, Christina, 1987, *Kampen om katedern. Feminiserings- och professionaliseringsprocessen inom den svenska folkskolans lärarkår 1860-1906*. Almqvist & Wiksell International, Umeå.

²⁴ Lannerheim, Lena, 1994, *Syster blir till. En sociologisk studie om sjuksköterskoyrkets framväxt och omformering*. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.

²⁵ Witz 1986, se not 11.

Demarkationer och diskursiva stängningsstrategier

Witz bok *Professions and Patriarchy* är en viktig inspirationskälla för mitt föreliggande arbete. Andra viktiga teoretiska bidrag har lämnats av Rosemary Crompton och Celia Davies.²⁶ Liksom Sarfatti-Larson, Johnson m fl satte professionerna och professionalismen i sin historiska och strukturella kontext, så har Anne Witz ambitionen att tillföra professionsteorin könsdimensionen. Enligt henne är själva föreställningen om professionerna bekönad:

This is because it takes what are in fact the successful professional projects of class-privileged *male* actors at a particular point in history and in particular societies to be the paradigmatic case of profession.²⁷

Denna kritik skiljer sig principiellt inte från den kritik som riktats mot funktionalismens och egenskapsteoretikernas universalistiska anspråk, den har endast andra - men inte mindre viktiga - utgångspunkter, nämligen könsdimensionen. För att komma åt könsdimensionen och i syfte att lyfta fram professionens konkreta och historiska karaktär arbetar Witz med begreppet 'professionsprojektet'. Hon utvecklar och förfinar den stängningsteoretiska begreppsapparaten för att kunna fånga den bekönade dimensionen i det professionella projektet. En springande punkt hos Witz är att aktörernas *kön* har avgörande betydelse för projektet och dess eventuella framgång eller misslyckande, eftersom könet inverkar både på projektets form och resultat.

För min studie är Witz vidareutveckling av Parkins och Murphys begreppsapparat intressant. Hon vidgar stängningsbegreppet och särskiljer två strategier i dominerande gruppers maktutövning; exklusion och *demarkation*.²⁸ Exklusion är för Witz liksom för Parkin och Murphy maktutövning nedåt för att säkra, bibehålla eller öka privilegierad tillgång till belöningar och möjligheter. Det är denna strategi som enskilda professioner använt för att med olika medel begränsa inträde *i professionen*, det är stängning nedåt (intra-professionell strategi). Demarkation däremot är en stängning i sidled i det att det är en strategi som syftar till att kontrollera och reglera besläktade eller *angränsande yrken* (inter-profes-

²⁶ Witz 1992. Crompton, Rosemary, 1987, "Gender, status and professionalism" i *Sociology* Vol. 21 No. 3, 1987. Davies, Celia, 1996, "The Sociology of Professions and the Professions of Gender" i *Sociology* Vol. 30 No. 4, 1996.

²⁷ Witz 1992, s. 39, min emfas.

²⁸ Witz 1992, s. 44ff.

sionell strategi). Demarkationsstrategier syftar till att dra och upprätthålla gränser gentemot andra yrken.

Demarkation är ett begrepp som introducerades av Kreckel i en artikel från år 1980 där han förde ihop stängningsteorin i Parkins utformning och teorier om arbetsmarknadens segregation. Kreckel åsyftade både horisontell och vertikal stängning men förbehöll begreppet den horisontella demarkationen. Witz gör en viss avgränsning mot Kreckels definition av demarkation. Enligt honom riktas endast den vertikala formen av stängning mot potentiella konkurrenter, medan den horisontella - demarkationen - kan vara i alla parterns intressen.²⁹

I Witz användning av begreppet demarkation blir just dominansproblematiken viktig, att det råder ett visst över- och underordningsförhållande och det är även i denna bemärkelse som demarkationsbegreppet används i denna avhandling. Witz ser även demarkationen som *bekönad* och som sådan är den av central betydelse i att förstå det bekönade professionella projektet, d v s hur ojämlika bekönade relationer uppstår och upprätthålls på arbetsmarknaden:

Gendered strategies of demarcationary closure describe processes of inter-occupational control concerned with the creation and control of boundaries between gendered occupations in a division of labour. They turn not upon the exclusion, but upon the encirclement of women within a related but distinct sphere of competence in an occupational division of labour, and in addition, their possible (indeed probable) subordination to male-dominated occupations.³⁰

De bekönade demarkationerna refererar till den process där gränser konstrueras och kontrolleras mellan yrken. Demarkationen syftar inte till att utestänga kvinnor utan till att omringa eller innesluta dem i besläktade men åtskilda yrken. Demarkationen gör vidare möjlig (och t o m sannolik) en underordning av kvinnoyrkena i förhållande till mansdominerade yrken.

Medan Witz företrädesvis behandlar kön som en social kategori och ser demarkation som en strategi att kringskära *kvinnors* möjligheter (jfr citatet ovan), så är könsdimensionen av lika stor betydelse för mig på den *kulturella, symboliska* nivån. I det perspektivet kan en hierarkisering av

²⁹ Kreckel, R, 1980, "Unequal opportunity structure and labour market segmentation" i *Sociology* 4/1980, s. 540.

³⁰ Witz 1992, s. 46f.

de olika medicinska specialiteterna lyftas fram, striden mellan dem, deras kamp om resurser och status kan begripliggöras. Att vissa specialiteter omgärdas av en bekönad diskurs medverkar i sin tur till och förstärker den könsliga sorteringen.

Ett annat begrepp som Witz lanserar och som är mycket betydelsefullt i föreliggande studie är *diskursiva strategier*. Witz definierar inte begreppet särskilt utförligt men fastslår att det utgör en bro mellan vad hon tidigare uppfattat som konflikterande ideologiska och mer materialistiska synsätt.³¹ Diskursbegreppet och diskursstudier av skilda slag har blivit ett omfattande och vittförgrenat område som inte går att sammanfatta i en enkel formulering. Min användning av diskursbegreppet diskuteras närmare i kapitel 4. Låt mig här endast konstatera att Sven-Åke Lindgrens avgränsningar och sociologiska bestämning av begreppet diskurs som en självständig empirisk analysenhet utgör grunden för min tillämpning av diskursbegreppet. Diskurs är enligt Sven-Åke Lindgren, "språk i bruk", en social praktik som inbegriper makt, handlar om något och riktas till någon.³²

Witz har i en studie identifierat *diskursiva strategier* som *interna demarkationer* i en yrkesgrupp, nämligen bland laboratorieassistenter. Hon hävdar att de manliga företrädarna arbetade för en intern arbetsdelning mellan män och kvinnor genom att konstruera en bekönad diskurs; de konstruerade en distinktion mellan olika kompetenser (skills), försökte beköna dessa och värdera dem olika. Vissa uppgifter förknippades med kvinnlighet och undervärderades, medan andra uppgifters komplexitet och svårighetsgrad överbetonades och kopplades till manlighet.³³

En diskursiv strategi kan sägas motsvaras av vad Christina Florin betecknar som en könsligt orienterad strategi i sin studie av stängningsprocesser i den svenska folkskolan.³⁴ Inom medicinen finns många exempel på detta. När Läkarsällskapets dåvarande ordförande, Harry Boström, uttryckte sig i en intervju år 1988 om att kvinnors särskilda egenskaper gör dem särskilt lämpade att syssla med exempelvis barnsjukvård

³¹ Witz 1992, s. 6.

³² Lindgren, Sven-Åke, 1997, *Politikerna och ekobrotten. En diskursanalys*. Forskningsrapport nr. 120, Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet, s. 34f. Se även Lindgren, Sven-Åke, 1989, "Mikael Foucault och sanningens historia" i Månson Per (red) *Moderna samhällsteorier. Traditioner riktningar teoretiker*. Prisma Stockholm. Foucault, Michel, 1993, *Diskursernas ordning*, installationsföreläsning vid Collège de France den 2 december 1970. Brutus Östlings bokförlag Symposion, Stockholm 1993.

³³ Witz 1992, s. 203.

³⁴ Florin 1987.

och primärvård är ett exempel och det finns otaliga fler.³⁵ Att kvinnor p g a sina kvinno specifika erfarenheter kan ha något särskilt att tillföra medicinen är en mycket vanlig uppfattning inte minst bland kvinnliga läkare själva. I Riska och Wegars intervjuer med finska kvinnliga läkare framgick exempelvis att de betraktade sig själva som mindre prestationsorienterade och mer patientorienterade än männen.³⁶ Det finns en spännande teoretisk implikation i denna könliga diskurs som både män och kvinnor inom professionen omfattar. Diskursen ger starka associationer till den konsensusbetonade bilden av 'de oegennyttiga' professionerna, en bild som forskningen numera har lämnat bakom sig. I dagens könsdiskurs får dessa funktionalistiska element paradoxalt nog bekönade, d v s kvinnliga, förtecken.

Celia Davies föreslår en utveckling av stängningsteorin men i en annan riktning än Witz. För henne är professionsbegreppet bekönat, men det beror inte på demarkationer eller utestängning av kvinnor som hos Witz utan på de specifika formerna för hur kvinnors inkluderas i professionerna. Det professionella arbetet har inte bara karaktäriseras med hänvisning till kunskap utan även till begrepp som opartiskhet, opersonlighet och autonomi. Dessa begrepp har manliga konnotationer, framhåller Davies. Denna konceptualisering av det professionella arbetet förutsätter nämligen att diverse service- och förarbeten redan har genomförts av andra, ofta kvinnodominerade yrkesgrupper. Opertiskhet och opersonlighet bygger t ex på att relevant information redan arbetats fram. Autonomi likaså,

It is [also] important to recognise that profession can represent themselves as autonomous only by ignoring or misrepresenting the work of others.³⁷

Själva professionsbegreppet bygger i sin konstruktion på föreställningar om maskulinitet säger Davies.

³⁵ "Gärna 50-50 inom medicinens alla nivåer. Men hur kombinera 'hundår' med familjebildning? i Läkartidningen 19/1988.

³⁶ Riska, Elianne & Wegar, Katarina, 1989, "Kvinnliga läkares ställning i läkarkåren - integration eller separatism?" i Silius, Harriet (red) *Kvinnor i mansdominerade yrken*, Publikationer från Institutet för kvinnoforskning vid Åbo Akademi, Åbo, s. 29-37. Riska, Elianne & Wegar, Katarina 1992, *Medical uncertainty: the gender basis of work within the medical profession*. Paper till ISA konferensen 'Professions in Transition' i Leicester, april 1992, s. 8f.

³⁷ Davies, Celia 1996, s. 670.

Deprofessionalisering eller differentiering?

Det är inte ovanligt att kvinnors ökande antal inom professionerna har relaterats till tesen om deprofessionalisering eller proletarisering.³⁸ Deprofessionalisering och proletarisering är inte entydigt definierade begrepp. De kan innebära bl a att den professionella kunskapsmassan fragmentariseras eller en förlorad professionell auktoritet och kontroll.³⁹

Det har blivit vanligt att koppla ihop kvinnors kvantitativa ökning inom professionerna med proletariseringen, d v s yrkesgruppers feminisering har likställts med urholkning eller degradering. Kausala samband har förutsatts i båda riktningar, d v s att kvinnors ökning inom en profession *orsakar* nedvärderingen eller omvänt, att kvinnors ökning är ett *resultat* av urholkning och minskade professionella privilegier. Viktiga invändningar har gjorts mot denna tes. Mary Ann Elston, som framför allt studerat läkarprofessionen i England, påpekar att det inte finns några empiriska studier som har kunnat bekräfta eller vederlägga tesen. Tesen om att feminiseringen i sig för med sig deprofessionalisering och urholkning av medicinen ignorerar enligt Elston den professionella ideologins och organisationens mest framträdande kännetecken. Bland dessa är självuppfattningen som ett egalitärt samfund, gemensamma formella kvalifikationer och etiska koder, där inget utrymme finns för en differentiering av män och kvinnor. Att acceptera en sådan separation mellan könen skulle vara att undervärdera den yttersta grundvalen för professionens expertanspråk.

Men professionens självuppfattning som en enhetlig kategori är den bild som vetter utåt, säger Elston. Inåt är det en samling differentierade och ofta konkurrerande fragment och intressen. Läkarexamen är idag en inträdesbiljett in i en professionell gemenskap, men samtidigt ett första steg in i en komplex, internt segmenterad yrkesstruktur som erbjuder högst varierande utvecklingsvägar och möjligheter. För att göra en lång historia kort; deprofessionaliseringstesen ger inget utrymme för en *differentiering inom* en profession.⁴⁰

Liknande invändningar har gjorts av Nicky Le Feuvre, som menar att genom att likställa feminiseringen av en viss yrkesgrupp med social

³⁸ Oppenheimer M, 1973, "The Proletarianization of the Professional" i Halmos (ed) *Professionalization and Social Change*. The Sociological Review Monograph nr 20, Keele University.

³⁹ McKinlay, John B & Stoeckle, John D, 1988, "Corporatization and the social transformation of doctoring" i *International Journal of Health Services*, 18:191-205. Se även Elston, Mary Ann, 1993, "Women doctors in a changing profession: the case of Britain" i Riska and Weigar (ed) *Gender, Work and medicine. Women and the Medical Division of labour*. Sage, London, s. 30f.

⁴⁰ Elston 1993, s. 36ff.

regression missar man möjligheten att begripliggöra komplexiteten i de historiska förändringar som skapar villkor för specifika former av feminisering. Man förbiser vad som är orsak och vad som är verkan i den könsuppdelningen som förekommer både *inom* och *mellan* olika yrkesgrupper. Tesen förbiser också viktiga historiska förändringar hos den berörda professionen exempelvis beträffande rekryteringsmönster, storlek, arbetsvillkor och professionell identitet.⁴¹

Abbott som tematiserar professioner i systemtermer, resonerar i liknande banor. En professions degradering är vanligen en konsekvens av andra faktorer i hela professionssystemet, samt av faktorer som finns utanför detsamma. Vilken specifik form degraderingen tar i enskilda fall - feminisering, klassmässig degradering e d - har inga kausala effekter på systemet. Han bestrider tesen att begreppet profession är köns- eller klassbemängt och att klass eller kön har varit strukturerande principer i utformningen av professionsbegreppet.⁴² Abbott verkar conceptualisera könet enbart som en social kategori vilket kan ifrågasättas. Professionsbegreppets olika aspekter kan vara *bekönade* i en symbolisk, kulturell bemärkelse, som min diskussion ovan av Celia Davies argumentation visar. Jag återkommer i senare avsnitt till hur begreppsliggörandet av den professionella läkarrollen till en viss grad bygger på en bekönad diskurs.

De teoretiska resonemang som här har refererats berör hur tesen om feminisering och proletarisering döljer en professions eventuella interna differentiering. Men vad innebär egentligen en professions interna differentiering? Låt mig ta steget dit i nästa avsnitt.

Professioners interna differentiering

Att studera en professions interna differentiering innebär i klartext att granska de aspekter som faktiskt separerar en professions medlemmar. Abbott har ett resonemang för att begreppsliggöra differentieringen. Det bör påpekas att Abbott resonerar utifrån amerikanska förhållanden, med stor andel 'marknadsprofessionella', men hans tematisering kan ändå tas som utgångspunkt. Den interna differentiering kan enligt Abbott ta sig fyra uttryck: i en intern stratifiering (statusskillnader); i differentierat

⁴¹ Le Feuvre, Nicky, 1996, "The feminization of Professional Groups in a Comparative Perspective", Paper till konferensen 'Deconstructing Professions: Professional Identity and Professional Order in comparative perspective Onati, Spanien, april 1996.

⁴² Abbott, Andrew, 1988, *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. The University of Chicago Press. Chicago and London, s. 351n.

klientel; i olik arbetsorganisering och slutligen i olika karriärmönster. Dessa går in i varandra och går endast att isärhålla analytiskt.⁴³

Abbott gör vidare en skillnad mellan differentiering och specialisering. Medan differentiering är de strukturer eller processer som explicit separerar en professions medlemmar så relaterar specialiseringen till arbetsuppgifternas utförande. Det kan uttryckas så att specialiseringen huvudsakligen drivs framåt av en ständig utvidgning av kunskapsbasen. Den påkallas eller nödvändiggörs när enskilda individer inte längre har den kunskap och den kompetens som behövs för att överblicka det totala professionella fältet. Komplexiteten i den professionella kunskapen överskrider den enskildes förmåga och *professionens medlemmar kan inte ersätta varandra*.⁴⁴ Detta till skillnad från den interna differentieringen, som huvudsakligen består i de fyra aspekterna ovan.

Börjar vi med den första av Abbotts fyra aspekter, status, så är det viktigt att skilja på den status en profession tillmäts av allmänheten och professionens interna statusdifferentiering. Dessa två behöver inte alls sammanfalla och det är den senare som är av betydelse. Inom varje profession är det de som arbetar i den 'renaste' professionella omgivningen som åtnjuter högst status, menar Abbott i enlighet med vad han kallar 'the professional regression': professioner tenderar att dra sig tillbaka "in i sig själva" - från de uppgifter de officiellt gör anspråk på.

Detta hänger ihop med att professionerna är organiserade kring kunskapssystem. Statusen reflekterar helt enkelt hur mycket det professionella arbetet tar den abstrakta kunskapen i anspråk. Ju 'renare' det professionella arbetet är och ju mer fritt det är från externa kunskaps-irrelevanta faktorer, desto högre status åtnjuter det inom professionen. Typexemplen är experterna som endast tar emot remitterade fall (klienter, patienter) från andra specialister. Det förklarar varför kirurger och försvarsadvokater åtnjuter mest respekt i sina respektive professioner i det amerikanska samhället, enligt Abbott. Dessa båda högstatusgrupper har ofta även andra kännetecken såsom höga löner och mycket lång utbildning, men det som skiljer dem från kollegerna är just "the purely professional environment".⁴⁵

En aspekt måste emellertid problematiseras i Abbotts framställning i sammanhanget. Han förklarar inte varför en kirurg har högre status än

⁴³ Abbott 1988, s. 117-134.

⁴⁴ Abbott 1988, s. 81, 106.

⁴⁵ Abbott 1988, s. 118.

exempelvis en superspecialiserad medicinare. Båda borde vara lika 'rena' och abstrakta och lika långt från externa, kunskaps-irrelevanta faktorer.

Den andra aspekten som differentierar en profession är differentiering efter *klientel*. På samma sätt kan två professioner med samma verksamhetsområde (jurisdiction) vara uppdelade efter klienter, framhåller Abbott, exempelvis efter klienternas status. Det är i sig statusgivande att ha högstatusklienter. Det ger t ex högre status att bistå medelklassen som psykolog, än socialkontorets klienter som socialarbetare. På samma sätt ger det låg status att behandla lågstatusklienter. Alla professionella, vars arbete är knutet till mentalsjukhus eller kriminalitet, har låg status inom sin profession (läkare, sjuksköterskor, jurister eller socialarbetare).

Dessutom och eventuellt viktigare, säger Abbott, är att högstatusklienterna ofta har insyn i och efterfrågar just det den professionelle erbjuder, de deltar i diagnostiseringen och behandlingen av de egna problemen. Detta medför färre kompromisser om den professionella kunskapen, vilket resulterar i högre status bland kollegerna. Inom medicinen återspeglar klienternas sociala position endast *delvis* de olika specialiteternas statusmässiga rankning som vi ska se längre fram.

Den tredje aspekten som differentierar en profession är arbetets organisering i vid bemärkelse, enligt Abbott. Med det avser han flera saker: uppdelningen i fria, oberoende professioner och anställda; uppdelning i olika typer av organisationer; huruvida de professionella är autonoma eller heteronoma (anställda i organisationer styrda av professionen själv eller kontrollerade av andra grupper).⁴⁶ Den viktigaste aspekten är emellertid uppdelningen av det professionella arbetet i rutinerat och icke-rutinerat arbete, vilket ofta delar professioner i olika segment. Följden av denna uppdelning är alltid en *degradering* av arbetsuppgifterna och ofta av de som utför dessa. Ett viktigt undantag är där rutinmässiga arbetsuppgifter är led i karriären. Ett exempel på det är uppgifter som delegeras till medicinstudenter (injektioner, att rensa sår, inskriva patienter, ta journaler e t c) uppgifter de själva slipper längre fram i karriären och i princip kan delegeras till andra yrkesgrupper.

Den fjärde aspekten som differentierar professioner är karriärmönstret. Alla professioner har sina specifika karriärvägar, oftast en formell strukturerad och flera informella. För vissa krävs en längre tids

⁴⁶ Uppdelningen i privatpraktiserande och anställda är mindre betydelsefullt i nordiska och kontinentala förhållanden, där stora grupper av de professionella är - och varit - anställda i stora organisationer.

träning, för andra endast den formella utbildningen. Olikheterna i karriärmönstret återspeglar ofta statusvariationer genom att till de högsta, mest eftertraktade positionerna är ofta karriärvägarna längre. Oavsett statusen så kan karriärvägen *i sig* vara en differentierande faktor inom en profession. Det kan vara en viktig skiljelinje mellan en läkare som valt en forskarkarriär och en kollega inom samma specialitet som ej valt en akademisk karriär.

Denna fjärde aspekt av den inre differentieringen relaterar till det som Abbott kallar 'demografisk rigiditet', dvs den tröghet som finns inbyggd i många professioners rekrytering. Det innebär att professionen inte kan snabbt reagera på ändrade omständigheter, exempelvis expandera eller minska vid ändrad efterfrågan. Bra exempel på detta är just läkare och jurister. Den svenska läkarkårens historia återspeglar denna tendens mycket klart, vilket diskuteras i kapitel 5. Den demografiska rigiditeten gör professionen prekär när det gäller försök till intrång från andra grupper.

Men varför hålls en sådan mekanism vid liv som har så många nackdelar för professionen, frågar Abbott? Orsakerna till den demografiska rigiditeten finns delvis i professionernas kunskapsstruktur. Ju mer kunskap som krävs, desto längre utbildning och träning behövs, säger Abbott något funktionalistiskt. Längre träning innebär en större investering för varje enskild professionsutövare, vilket följaktligen kräver noggrann och specificerad rekrytering. Och trots alla nackdelar för professionen så menar Abbott att den demografiska rigiditeten kan ha stora fördelar för den:

Demographic rigidity may be a luxury of dominance [...] [it] also facilitates defense of the professional group itself, making it more coherent, homogeneous group; its dysfunctions may be endured for that benefit.⁴⁷

Här tangerar Abbott liksom i förbifarten en central tanke i den stängningsteoretiska begreppsapparaten, men där konceptualiseras denna process just som utestängning.

Abbott poängterar att de fyra aspekterna ovan inte går att hålla isär empiriskt och knappt ens analytiskt. Jag vill tillägga att hans distinktion mellan differentiering och specialisering är intimt sammanvävd inom den medicinska professionen. Således ansluter de faktorer som utgör

⁴⁷ Abbott 1988, s. 131.

differentieringen starkt till specialiseringen. Klientdifferentieringen kan exempelvis leda till specialisering menar Abbott.⁴⁸ I medicinens fall kan den i hög grad ses som inbakad i specialiseringen. Likaså kan arbetsplatstillhörighet delvis sägas sammanhånga med specialiseringen genom att vissa specialiteter förekommer oftare än andra inom den organiserade öppna vården o s v.

Huruvida professionens medlemmar inte kan ersätta varandra, vilket ju är Abbotts kännetecken på specialisering, är en omstridd fråga inom medicinerna som vi ska se i kapitel 11 som handlar om revirstrider. En viktig fråga i sammanhanget, men som Abbott inte kommer in på, är i vilken utsträckning och på vilka villkor man *vill* ersätta varandra. Innan jag drar ihop alla trådar från denna diskussion vill jag dock göra en kort exkurs och klargöra mina egna utgångspunkter när det gäller ett mycket kritiserat begrepp inom stängningsteorin, nämligen strategibegreppet.

Strategibegreppet

Den svagaste punkten inom den stängningsteoretiska orienteringen och den punkt som den fått mest kritik för är det antagna förhållandet mellan strategiskt handlande och makt/resurser. Anne Witz påpekar att i teorin tenderar innehavet av makt att upplösas i *utövandet* av makten. Hon menar att teorin dras med en överbetoning på strategiskt handlande på bekostnad av ett begrepp om maktens ursprung.⁴⁹ Hela Murphys projekt gick exempelvis ut på att korrigera för den överbetoning på strategisk handling som han ansåg att teorin led av.

De teoretiska grundvalarna i denna problematik går direkt in i ett annat problemfält i sociologin som är spänningen mellan struktur och handling. Även om strategibegreppet är fundamentalt inom stängningsteorin har det inte diskuterats explicit bland professionsteoretiker. Strategibegreppet är en huvudvärk i teorin och kräver ett särskilt resonemang. Problematiskt med det är att det signalerar en medvetenhet och intentionalitet, som tidvis t o m kan klinga konspiratoriskt. Jag har funderat på om begrepp som *stängningsmekanismer* eller *stängningskoder* skulle kunna användas istället, men den räddningsplankan är illusorisk, eftersom hela projektet riskerar att stå utan aktör och det teoretiska pro-

⁴⁸ Abbott 1988, s. 123.

⁴⁹ Witz 1992, s. 52.

blemet kvarstår. Den följande diskussionen är ett försök att utveckla ett mera medvetet och nyanserat förhållningssätt till strategiproblematiken.

Graham Crow har gjort en kritisk granskning av strategibegreppets användning i sociologiska texter.⁵⁰ Han påpekar att begreppets popularitet kan förklaras med en allmän reaktion på strukturalismens dominans, samt försöken att komma förbi den klassiska dikotomin struktur och handling. Trots det har man mycket sällan bemödat sig med att urskilja vilka handlingar som verkligen är strategier. Inte heller har man diskuterat *hur* förhållandet mellan struktur och handling ska förstås.

Strategibegreppet har använts i mycket olika sammanhang, alltifrån sofistikerade studier inom ramarna för spelteorier till ad hoc-användningar med liten teoretisk eftertanke, säger Crow. Det är dock viktigt att vara medveten om de begränsningar som strategibegreppet för med sig, menar han. Så som det har använts har begreppet associerat till handling som är rationell, kalkylerande, förutsedd; det implicerar begriplighet (comprehensiveness), sammanhang (coherence), långsiktighet och medvetenhet. Vidare har de handlande agenterna som antagits tillämpa strategier varit ospecificerade; det har handlat om allt från individer till regeringar eller även block av länder.

För att börja med rationalitetsproblematiken, så är den något omstridd inom samhällsvetenskapen. Måste en handling vara rationell för att vara strategisk, frågar Crow och svarar nekande. Det behöver den inte, såvida vi inte accepterar rationaliteten som ett universellt begrepp. Många har just ifrågasatt en universalistisk förståelse av rationalitetsbegreppet.⁵¹ Crow överger alltså med starka argument kravet på att en handling ska vara 'rationell' för att vara strategisk och jag delar den inställningen.

Andra aspekter som måste problematiseras är maktaspekten samt kraven på intentionalitet och medvetenhet. Det är problematiskt att karaktärisera handlingar som strategier när aktörerna inte är medvetna om detta, knappt skulle kännas vid dessa och även protestera, säger Crow. Som exempel nämner han uttryck som 'coping strategies' och 'survival strategies', vilka betyder att man utvecklar strategier för att möta vissa

⁵⁰ Crow, Graham, 1989, "The use of the concept of 'strategy' in recent sociological literature" i *Sociology* Vol. 23, No.1.

⁵¹ Se exempelvis Granovetters tes om att rationaliteten är socialt 'inbäddat' i olika relationer, institutioner, strukturer: Granovetter, Mark, 1985, "Economic Action and Social Structure: The problem of Embeddedness" i *American Journal of Sociology* 91 No 3, 1985. Brante har även påpekat, med hänvisning till Arthur Stinchcombe, att rationalitet är en *variabel* i behov av en förklaring och inte ett *antagande*. Se Brante, Thomas, 1989a, "Samhällsteoretiska traditioner" i Månson P (red) *Moderna samhällsteorier. Traditioner, riktningar, teoretiker*. Stockholm, Prisma, s. 388.

påfrestningar. Här avviker min uppfattning från Crows. Accepterar vi argumentet att studieobjekten alltid måste vara medvetna och instämma i den tolkning vi gör av deras handlingar så har, enligt min mening, Robert Mertons insiktsfulla distinktion mellan manifesta och latent funktioner gått förlorad; att handlingar kan ha andra innebörder och motiv än de inblandade anser eller snarare inser.⁵²

Kreckel, som refererades ovan, är inne på mertonska tankar i den ovan anförda artikeln om sociala stängningsmekanismer. Han skiljer på *manifesta* gränsregleringar (*manifest* policy of delimitation), som t ex när psykiater utövar stängning mot kliniska psykologer, och *latent* stängningsmekanismer där *kulturella* aspekter blir mer centrala:

...social closure may be a latent effect of the cultural heritage manifesting itself in the taken-for-granted self-definitions of occupations (e.g. the differentiation of tasks and rewards between doctor and nurse, or between engineer and technician).⁵³

I samtliga fall är potentiella konkurrenser utestängda genom olika former av exklusionsstrategier. Det är uppenbart att vi är här på gränsen till hur långt strategibegreppet kan tänjas sett utifrån Crows perspektiv. Emellertid: om vi anknuter till Crows diskussion om att inte negligera struktur- och maktaspekten, kan här utvecklas en bro till Witz. Den struktur som omgärdar det kulturella arvegods (cultural heritage) som ~~Crow~~^{Kreckel} nämner, kan ses som inbakad i eller förmedlad av den patriarkala struktur, den asymmetriska maktrelation mellan könen som är i centrum för Witz analys.⁵⁴

En annan aspekt av strategibegreppets konnotationer förtjänar att diskuteras ytterst kort, och det är premissen om 'långsiktighet'. Kalkylerandet och långsiktigheten har en viss relevans i diskussionen om de strategier som behandlas i avhandlingen. I Mertons termer har konsekvenserna av en handling en del i upprätthållandet av det sociala system som strukturerar individernas valmöjligheter. De latent funktionerna blir så att säga inbyggda i premisserna för handlandet. Jon Elster för en liknande diskussion fast på en annan nivå när han diskuterar de oförutsedda konsekvenser ('unintended consequences') som mänskliga hand-

⁵² Merton R K, 1968, *Social Theory and Social Structure*. New York, Free Press.

⁵³ Kreckel 1980, s. 530.

⁵⁴ Witz 1992, s. 47f.

lingar begränsas av.⁵⁵ De oförutsedda konsekvenserna av en handling kan vara både positiva och negativa, menar Elster. De goda effekterna exemplifieras bäst av Adams Smiths osynliga hand, medan Elster kallar de negativa - med Sartre - för 'counterfinality'. Resonemanget går i korthet ut på att individen handlar för att maximera sin nytta. Genom detta påverkar han eller hon andra individer, positivt eller negativt. Om alla handlar som denne individ blir var och en utsatt för många små skador eller många små fördelar. Resultatet blir 'counterfinality' i det förra fallet och en 'osynlig hand' i det senare.

Elsters analogi blir aktuell för min diskussion av formella kvalifikationer (doktorsexamen) som en individuell konkurrensstrategi. Utfallet kan väntas bli positivt för den enskilde individen, under förutsättning att alla andra *inte* handlar som han eller hon. Gör tillräckligt många det, blir de oförutsedda konsekvenserna inte positiva utan negativa och alla riskerar att förlora.

Sammanfattande diskussion

Låt mig nu avrunda denna diskussion och relatera den till den föreliggande studien. Jag accepterar Murphys och Parkins argument om förekomsten av generella stängningskoder men tänker i övrigt göra mig fri från deras diskussion om stängningsbaser som primära/derivativa o s v i förhållande till ekonomin eller samhällsklasserna.⁵⁶ Murphy anser sig ha utarbetat en generell referensram och kommit åt maktens djupstruktur. I det ljuset är stängningskoderna inte godtyckliga, menar han, utan står i ett bestämt inbördes styrkeförhållande till varandra. Jag anser i likhet med Witz och Crompton att en teori inte behöver ha ett uttömmande grepp om den totala sociala verkligheten för att vara fruktbar. Enligt Witz kan stängningsteorin vara fruktbar som ett analysredskap, en middle-range teori, för att begreppsliggöra den bekönade distributiva kamp som försiggår på arbetsmarknaden, utan att ha anspråk på ett generellt förklaringsvärde.⁵⁷ Jag betraktar m a o de olika stängningskoderna som *relativt autonoma* stängningsstrategier på arbetsmarknadens arena.

⁵⁵ Elster, Jon, 1989, *Nuts and Bolts for the Social Sciences*. Cambridge University Press, Cambridge, kap X.

⁵⁶ Det individuella lönesystemet som införts för svenska läkare kan exempelvis vara ett exempel på en generell stängningskod.

⁵⁷ Witz 1992, s. 52, Crompton 1987.

Tonvikten i min studie ligger på de professionella strategiernas område. De båda formerna för utestängning, horisontell och vertikal, antas kunna förekomma samtidigt *inom* den medicinska professionen. Det innebär att vissa mekanismer antas upprätthålla en sortering i specialiteter, medan andra antas begränsa eventuell karriärframgång inom specialiteterna. I enlighet med Parkin betraktar jag formella kvalifikationer som betydelsefulla (autonoma) stängningskoder men vill alltså försöka överskrida hans ram genom att identifiera dessa *inom* ett visst vetenskapsfält.

Inom ramarna för den medicinska professionen som en internt differentierad grupp gör jag bruk av Witz vidareutveckling av stängningsteorins begreppsapparat, i synnerhet hennes begrepp om diskursiva strategier, utestängning (exklusion) och demarkation. Medan hon ser utestängning och demarkation som två distinkta taktiker tillämpade av olika yrkesgrupper i olika sammanhang, fokuserar jag hur utestängning inom en profession kan ta formen av demarkation. Ovan diskuterade jag strategibegreppets avigsidor. Begreppet stängningskod har även sina avigsidor. Det associerar till fullständighet och distinktion och har konnotationer till något absolut (som exempelvis en nyckel till hemligt språk eller hemliga tecken). I avhandlingen begreppsliiggör jag därför stängningstanken som *demarkationer* och *demarkationslinjer* vilket ger mera nyanserade och mindre totaliserande associationer.

Abbotts tematisering av den interna differentieringens fyra aspekter är viktig i den fortsatta framställningen. Hans tes är att den kan få uttryck i statusskillnader (intern stratifiering); i differentierat klientel; i olik arbetsorganisering och i olika karriärmönster. Dessa bildar utgångspunkten för mina antaganden om följande *demarkationslinjer* inom läkarprofessionen, granskade med utgångspunkt i specialiseringen: status; karriärmönster; arbetsplats; arbetstid och forskning och formella kvalifikationer.

3. Könets mångfald - ett könsteoretiskt perspektiv

I föregående kapitel diskuterades hur könsdimensionen har behandlats inom professionsteorin. I detta kapitel utarbetas ett könsperspektiv explicit.¹ Genomgången har huvudsakligen två syften. Det ena är att klargöra mitt val av professionsteorin som en teoretisk plattform, och komplettera den med en utarbetad könsteoretisk förståelse. Denna förståelse ligger till grund för analysen av det empiriska materialet i kapitel 9, Karriären och familjen, och den är också implicit i tolkningen av det övriga materialet i del II och del III.

Det andra syftet med kapitlet är att lämna ett bidrag till den pågående diskussionen om könslig under- och överordning i samhället. Genom att explicit konceptualisera kön kan en förståelseram arbetas fram inom vilken komplexa mönster av könsdifferenser kan begripliggöras i en konkret empirisk forskningsprocess. Jag är inte ute efter helhetsteorier om kvinnoförtrycket och diskuterar inte patriarkatsteorier eller andra teorier om 'ursprungsfrågor'. Min avsikt är snarare att söka en begreppsbestämning av kön som kan förenas med teoretiska perspektiv av en mer sociologisk hemvist. Jag presenterar en bild av hur könskategorin har (och kan) hanterats inom forskningen; olika perspektiv på könsmaktsproblematiken diskuteras och kvinnoforskningens möte med postmodernismen tas upp. I kapitlets senare hälft hävdas nödvändigheten av en teoretisk nivåbestämning. I ljuset av den diskussionen presenteras några vanliga angreppssätt när det gäller arbetsmarknadens könsuppdelning. En avgränsning görs mot en del av dessa ansatser medan andra tillvaratas och kommer att ingå i mitt teoretiska bagage.

Begreppsdiskussion

Könsdimensionens uttryck inom samhällsvetenskapen har på några årtionden gått från en osynlighet till dagens situation med en långtgående utveckling och teoretisering. Denna utveckling har medfört en mångfald, där 'den förståelse av kön vi producerar beror på de teman vi vill belysa', som Karin Widerberg har uttryckt det.² Låt oss göra några nedslag. Ut-

¹ Detta kapitel är en omarbetad version av *Könets mångfald. Om könet som strategisk analysvariabel*, Forskningsrapport nr. 116, Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet 1995.

² Widerberg, Karin, 1992a, "Teoretisk verktygskasse - angrepsmåter og metoder", i Taksdal og Widerberg (red) *Førståelser av kjønn i samfunnsvitenskapenes fag og kvinneforskning*, Ad Notam Gyldendal, Oslo, s. 293.

trycket 'kvinnans två roller' som lanserades av Alva Myrdal och Viola Klein i slutet på 50-talet avlöstes av könsrollsbegreppet som lanserades i det tidiga 60-talet och fick en stor genomslagskraft. Intressant nog har könsrollsbegreppet varit mycket seglivat trots överväldigande försök att dödförklara det.³ Men diskussionen som följde medförde nya frågeställningar som helt enkelt inte rymdes inom könsrollsbegreppets ramar. Det starkaste uttrycket för könsförhållandena man använde var *diskriminering*, säger Harriet Holter, själv en förespråkare för könsroller på 60-talet:

Det är ändå olyckligt att använda könsroller och könsnormer för att förklara kvinnors och mäns situation. Det är rollen eller normen som behöver förklaras, och där halkar könsrollstänkandet ofta in på fel spår.⁴

Efter intensiva försök till korsbefrukning med marxistisk teori, där själva *könsbegreppet* fick stå oberört, blev kvinnokultur ett intressant steg i kvinnoforskningen. Dels var det tänkt som ett redskap för synliggörandet av kvinnors liv och arbete (försummat bl a av marxismen), dels ett värdighetens svar på eländighetsforskningen som understrukt kvinnors resurslöshet och förtryck. De många svårigheterna med kvinnokulturbegreppet har säkert medverkat till att det inte lät sig utvecklas till ett analytiskt redskap. Det hade en överbetoning på värderingar och normer. Den oproblematiserade särartsideologi det bygger på skiljer inte på kvinnokulturens frigörande och förtryckande aspekter och riskerar att legitimera status quo. Inte desto mindre blev kvinnokulturbegreppet en inspirationskälla genom att öka kvinnors medvetenhet och synliggöra deras styrka.

Socialt och biologiskt kön

De sista årens diskussion har förts i termer som gender och genus, genus-system, genuskontrakt, tillsammans med könsbegreppet som åter fått en aktualitet i uttryck som könsordning, könssystem, könsmacht etc. Begreppsanvändningen har en gemensam referenspunkt i att hänvisa till *socialt* kön. Visserligen hade även de tidigare begreppen betoningen på

³ Könsrollsbegreppet blev kritiserat från praktiskt taget alla håll; det ansågs voluntaristiskt, deterministiskt, funktionalistiskt, biologistiskt, statiskt, ohistoriskt. Se Dahlström, Edmund, 1992, "Debatten om kön och familj under svensk efterkrigstid" i *Kvinnor och mäns liv och arbete*. SNS Förlag Stockholm.

⁴ Holter, Harriet, 1992, "Berättelser om kvinnor, män och samhälle: Kvinnoforskning under trettio år", i *Kvinnor och mäns liv och arbete*. SNS Förlag Stockholm, s. 59.

det sociala, medan detta nu blir föremål för explicit granskning och tematisering.

Åtskillnaden mellan socialt och biologiskt kön var fundamental inom kvinnoforskningen i början på 80-talet. Sammanblandning av biologiskt och socialt kön ansågs ha lett till den biologiska reduktionism som var den främsta förklaringen till kvinnors underordning.⁵ Vad man inom kvinnoforskningen har åsyftat med distinktionen mellan biologiskt kön och socialt var dels att hindra att hamna i biologiska förklaringar som har använts mot kvinnors politiska kamp, dels att framhålla könets föränderliga karaktär, att det just är socialt konstruerat.⁶

Allteftersom diskussionen har blivit mer sofistikerad har oenigheterna om de teoretiska och forskningsmässiga *konsekvenserna* av denna åtskillnad emellertid fördjupats. Begreppet 'gender' eller 'genus' som var tänkt att på ett specifikt sätt lyfta fram könets sociala dimension har påkallat klargöringar och preciseringar av förhållandet till det biologiska. Nu har man börjat problematisera *hur* det sociala relaterar till det biologiska, deras respektive autonomi etc. Spörsmålet om vad distinktionen grundar sig på kommer rakt in i ett vetenskapligt problemfält och diskuteras idag i termer av essentialism vs konstruktivism. Frågor som ställs är huruvida även *det biologiska* är socialt konstruerat; om biologiska aspekter ska innefattas i gendertermen, eller huruvida en ytterligare distinktion mellan kropp och biologi är rimlig.⁷

Samtidigt präglas dagens tendenser av försök till ett upplösande av den tidigare åtskillnaden. Kvinnoforskare uttrycker nu en reservation mot denna åtskillnad.⁸ Karin Widerberg har talat om biologiskräck samt att distinktionen mellan biologiskt och socialt kan ha upprätthållit det dualistiska tänkande som kvinnoforskningen velat överskrida.⁹ Symptomatiskt nog har den svenska översättningen av genderbegreppet, 'genus', inte fått ett allmänt accepterande i nordiskt sammanhang. Avsmaken för

⁵ Se exempelvis Göranson, Anita, 1983, "Arbete och makt: en kritisk diskussion av begreppen arbete, produktion och produktionsätt" i Aniansson m fl (red) *Rapport från Kvinnouniversitetet. Vetenskap, patriarkat och makt*. Akademi litteratur AB, Stockholm, s. 229ff.

⁶ Holmberg, Carin och Lindholm, Margareta, 1989, "Feministisk teori" i Månson P (red) *Moderna samhällsteorier. Traditioner riktningar teoretiker*, Prisma, Stockholm, s. 237.

⁷ För en närmare diskussion se Holmberg & Lindholm 1989, s. 237, samt Hallberg, Margareta, 1991, *Kunskap och kön - en vetenskapsteoretisk studie*. Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet, s. 124.

⁸ Jfr. exempelvis flera av bidragen i Taksdal & Widerberg, 1992.

⁹ Widerberg, Karin, 1987, "Till en teori om kvinnoförtryck - om barriärer och öppningar" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 2-3/1987, s. 56f samt Widerberg, 1992b, "Vi behöver en diskussion om könsbegreppet" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 4/1992b, s. 28.

genus- eller genderbegreppet har tolkats som en motvilja att konstruera artificiella gränser mellan det biologiska och det samhälleliga.¹⁰

Förutom att distinktionen mellan biologiskt/socialt nu börjar ifrågasättas har denna tematisering av könet visat sig sårbar ur en annan synvinkel. Margareta Hallberg har satt fingret på en bräcklig punkt i sin kritiska granskning av könsbegreppet:

Det finns problem med att begreppsliggöra gender utan att termen förlorar sin mening. [Också] gender måste peka ut något särskilt skilt från könskillnad i fysiologisk mening. Men om gender frikopplas för mycket från sex, kan gendertermen bli alltför abstrakt, och avkroppsligad..¹¹

I hennes tolkning av feministiska texter blir socialt kön i det närmaste en godtycklig konstruktion och hon frågar sig om det sociala könet inte bestäms/konstrueras av det biologiska, vad bestäms/konstrueras det då av?¹² Problemet är att ju mer vi isolerar och ringar in könsbegreppet i vårt fokus, desto mer abstrakt och problematiskt blir det. Nu är denna könsbegreppets (oproblematiserade) abstraktionsnivå uppe till diskussion och bl a Widerberg har frågat om kön är ett exempel på abstraktioner som osynliggör och objektifierar positioner och sociala relationer.¹³

Hur hanteras könskategorierna?

Medan uttrycken för kön har varierat är det en annan fråga huruvida dessa uttryck avspeglar olika förståelser. Att språkbruk har varierat framgår av följande exempel: kön som variabel; kön som perspektiv; kön som likhet/olikhet; kön som relation; kön som analytisk kategori.¹⁴ Men uttrycken rör sig inte bara om ordval. Ibland har begreppen och uttrycken underförstådda antaganden: en del förefaller vara 'teoribemängda' vilket diskuteras i det följande.

¹⁰ Widerberg 1992a, s. 281.

¹¹ Hallberg 1991, s. 129, Hallbergs kursivering.

¹² Hallberg 1991, s. 124,128. Ett feministiskt svar på den frågan kunde vara att det är vad hela kvinnoforskningen gått ut på!! Jag går här inte närmare in på hur Hallberg (genom sin - ibland något kategoriska - läsning av feministiska texter) och vissa ledande svenska kvinnoforskare talar förbi varandra, men intresserade hänvisas till *Tvårtanten* 3/93 och 4/93.

¹³ Widerberg, 1992b, s. 27.

¹⁴ De angreppssätt jag diskuterar är huvudsakligen de som Taksdal & Widerberg, 1992, omnämner i avsnitten "Kitt og dynamitt i samfunnsvitenskapenes kjønn" och "Teoretisk verktøyskasse - angrepsmåter og metoder".

Oavsett uttrycksätt är det en vanlig utvecklingssyn att förståelser av kön, har gått från kön som variabel till kön som perspektiv.¹⁵ *Relationsperspektivet* som har varit dominerande inom kvinnoforskningen ett tag innebär att något bara kan definieras och förstås i relation till något annat.¹⁶ Mera konkret har det inneburit att män och kvinnor utgör varandras livsbetingelser, att män/manlighet definieras, förstås och konstrueras således i förhållande till kvinnor/kvinnlighet och omvänt. Relationsperspektivet kan innebära både att man ser kön som resultat av relationer, och att man ser själva relationen som bekönad och studerar den.¹⁷

I ett relationsperspektiv är de båda könen inte statiska eller på förhand definierade storheter utan kategorier vars mening förhandlas fram i den kontext de förekommer. Relationsperspektivet reser spörsmål av teoretiskt och metodiskt ursprung som är värda att penetreras. Kan exempelvis forskning där enbart kvinnor studeras (som ju kännetecknat en del av kvinnoforskningen hittills) anses ta utgångspunkt i ett relationsperspektiv? Betyder relation med nödvändighet relation mellan kvinnor och män, kvinnligt och manligt? Kan det innebära att olika former av manlighet ses i relation till varandra, som Arne Nilsson antyder i sin studie av 'såna' (homosexuella) och 'riktiga' karlar?¹⁸ Betyder relation att vi med nödvändighet rör oss på individnivå eller kan man tala om relationer på struktur- och samhällsnivå?

Hanne Haavind har utvecklat relationsperspektivet och presenterat en analysmodell om 'den relativa underordningen'.¹⁹ Det är relationen mellan män och kvinnor som är central för Haavind, ursprungligen parrelationen. Haavinds teori har fått en stor genomslagskraft och har influerat mycket av forskningen om familjens betydelse för kvinnors karriär. Hennes teori är därför mycket närvarande i min diskussion i kapitel 9 om familjen och karriären, varför den granskas kritiskt här. Här diskuterar jag hennes könsförståelse, längre fram fokuserar jag hennes teoretiska premisser.

¹⁵ Taksdal & Widerberg 1992, s. 275, Widerberg 1992a, s. 288f.

¹⁶ Nancy Chodorows kända teori om barns könsidentitet växer fram ur relationen med modern är ett bra exempel. Chodorow, Nancy, 1978, *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. University of California Press.

¹⁷ Smith, Dorothy, 1987, *The Everyday World as Problematic: Towards a Sociology for Women*. Boston. Northeastern University Press. Smith, Dorothy, 1990, *Texts, Facts and Femininity - Exploring the Relations of Ruling*. Routledge, London.

¹⁸ Nilsson, Arne, 1994, "'Såna' och 'Riktiga karlar'". Om manlig homosexualitet i Göteborg kring andra världskriget" i Björnberg m fl (ed) *Janus & genus. Om kön och social identitet i familj och samhälle*. Brombergs.

¹⁹ Haavind, Hanne, 1985, "Förändringar i förhållandet mellan män och kvinnor" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 3/1985.

Haavind menar att könet som tidigare varit en entydig och väldefinierad kategori har i dagens samhälle blivit föremål för oförutsägbara förhandlingar. Alla handlingar av män och kvinnor i det praktiska vardagslivet är samtidigt inlägg i en pågående debatt om vilken roll kön skall spela. Könet utgör en *potentiell* tolkningsram som ibland görs relevant, ibland inte. Tolkingsramarna skiftar, säger Haavind, men det som är avgörande är huruvida de ger identitetsbekräftelse till den man eller de män som berörs.²⁰ Modellen ger mig upphov till följande funderingar: Vilken tolkning gäller om olika tolkningar konkurrerar i en manligt dominerad samling? Vilken tolkning ges företräde och på vilka premisser? Om dessa metaregler inte kan förankras sociologiskt måste modellen hänföras till *individnivå* och mönstret upplöses i tillfälligheter eller psykologiserande.

En annan intressant fråga är hur Haavinds tankar ter sig mot bakgrund av mer postmodernistisk uppfattning som ser identiteter som oerhört sammansatta och konstituerade genom differentierade sociala processer, där de intar olika positioner. Sett i det ljuset är en kvinna (liksom en man) inte alltid kvinna (eller man) i samma utsträckning utan ex. judisk, medelklass, filosof, heterosexuell, socialdemokrat.²¹ Eller med Margot Bengtsons uttryck:

Eftersom var och en uppträder i en mängd olika sociala sammanhang så glider [...] de olika beskrivningarna som sammanfattar varje individs sociala identitet in och ut ur fokus.²²

Visserligen anser Haavind att de könsspecifika tolkningsramarna skiftar ständigt, men frågan är hur de könsspecifika tolkningsramarna griper in i alla de *andra aspekterna* som komponerar identiteten, och vidare vem bestämmer över de metaregler som anger när *mannens* kön blir relevant och inte relevant.

Att postulera *kön som analytisk kategori* är en annan utgångspunkt i kvinnoforskningen. För ett tiotal år sedan diskuterade man vilken ana-

²⁰ Haavind 1985, s. 17ff.

²¹ Arne Nilsson för en intressant diskussion om kopplingen mellan könsinversion och tillskriven feminitet i relationen mellan 'såna' (öppet homosexuella) män och 'riktiga' män. Han menar att detta kan varit en del i att definiera gränserna för en acceptabel maskulinitet för de 'riktiga' männen och ge de ett maktövertag. Se Nilsson, Arne, 1995, *Att vara man inte synas. Om mäns homosexuella livsrum i Göteborg decennierna kring andra världskriget*. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet, s. 138.

²² Bengtsson, Margot, 1993, "Psykologin behöver ett historiskt perspektiv på män och kvinnor" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1/1993, s. 43.

lytisk kategori som utgjorde kvinnoförtryckets 'motor' (arbete, reproduktion, sexualitet etc). Att man nu ser *könet* som analytisk kategori betyder att man söker blottlägga hur kön genomsyrar olika samhälleliga strukturer. Detta innebär att könet ges en självständighet och anses därmed inte underordnad eller beroende av andra eventuella kategorier (men bör rimligen kunna samspela med dessa).

Men med detta är egentligen inte mycket sagt; uppfattningarna varierar när det gäller huruvida kön anses vara *en av många* centrala kategorier som bidrar till förståelsen av ett fenomen (men där ingen på förhand ges tolkningsföreträde), eller om kön anses vara den *enda* kategorin av betydelse; den *mest grundläggande* av flera kategorier e t c. Vilken förståelse man ansluter sig till har teoretiska implikationer vilket jag återkommer till nedan.

Att förstå *kön som variabel* har inom kvinnoforskningen framställts som något av könsforskningens barnsjukdom i motsats till det mer mogna angreppssättet att se *kön som perspektiv*. Denna 'utvecklingssyn' måste problematiseras, enligt min uppfattning.

Å forstå kjønn bare som en *variabel* blant flere andre kan føre til at vi forestiller oss at ingen kjønnforskeller = ikke noe kjønn, eller noe kjønnsløst eller kjønnsnøytralt. Kjønn forstått som et perspektiv som man ser og forstår verden ut fra som kjønnkonstruert åpner derimot for en problematisering av tilsynelatendekjønnsnøytrale temaer, områder og situasjoner/ handlinger. Kjønnrelasjoner og betydningen av kjønn kan da til og med studeres i situasjoner eller områder der kvinner (eller menn) ikke er direkte nærværende, f.eks. det militære eller demokratiet i det antikke Aten.²³

Kön som variabel har likställts med att se kön som beskrivning eller oproblematiserad förklaring.²⁴ Det anses ha medfört en könsneutralitet eller snarare en könsblindhet som osynliggjort kvinnor. De två angreppssätten kan sägas ställa olika frågor. Med kön som variabel frågas 'vilken skillnad gör kön?', medan kön som perspektiv ställer frågor av typen 'vad är och hur skapas kön?'²⁵

²³ Widerberg 1992a, s. 290.

²⁴ Detta är min läsning av Taksdal och Widerberg 1992, se not 14.

²⁵ Widerberg 1992a:275

Frågan är hur rimligt det är att framställa dessa två som varandras motsatser. Det är möjligt att kvinnoforskarens avsmak för kön som variabel hänger ihop med att kvalitativa forskningsmetoder prioriteras i kvinnoforskningssammanhang. Men för att kunna teoretisera kring frågan 'vad är' och 'hur skapas' kön, måste man rimligen först ha ställt frågan 'vilken skillnad gör kön', - om än inte besvarat den en gång för alla. Genom att *försöka relatera könen till varandra* - inte minst som variabler i kvantitativ forskning - kan vi undvika den kvinnocentrerade forskning som uttalar sig om män utan att ha studerat dem.

Jag ser kön som variabel som en viktig del av samhällsforskningen. Jag föreställer mig vidare att den inte behöver vara 'teoribemängd', i samma utsträckning och kön som perspektiv. Det betyder inte att jag omfattar en syn på fakta som 'teoriberoende', utan just att andra dimensioner inte ligger *inbakade* i könsbegreppet, t ex makt, underordning eller antaganden om biologin, likhet eller särart. Kön som variabel måste givetvis ingå i ett explicit teoretiskt sammanhang och kan då vara ett första steg i att just synliggöra de *skillnader* som kvinnoforskare för ofta förutsatt, enligt Karin Widerberg.²⁶ Det kan fungera som ett explorativt och beskrivande redskap i en empirisk studie, man kan t.ex. spåra en könsdimension utan att på förhand konstituera vad den har för innebörder, men att man samtidigt inser att dessa 'skillnader' eller beskrivningar behöver förklaras. Och vidare att man är konsekvent i forskningsprocessen, d v s att kön som variabel inte bara rycker in i analysen när det passar forskarens syften. Jag återkommer till dessa frågor i slutdiskussionen, men låt mig granska kön som perspektiv.

Kön som perspektiv - asymmetri eller makt?

Kön som perspektiv innefattar ofta, enligt mitt sätt att se, att man har något slags teoretisk förförståelse. Den kan vara uttalad men som oftast är implicit, d v s en metateori. I annat fall är det ingen poäng att skilja mellan kön som perspektiv och kön som variabel. Holmberg och Lindholm (1989) har dragit upp två riktlinjer i användningen av begreppet genussystem.²⁷ Flera författare gör en liknande uppdelning av teoretiska

²⁶ Widerberg 1987. Där säger hon att den 'oproblematiserade olikheten' utgör kvinnoforskningens största utvecklingsbarriär och att "så länge vi inte undersökt män på samma sätt som när det gäller kvinnor, så vet vi lite om huruvida de föreställningar vi nu har om könsolikheter är reella eller ej", s. 55.

²⁷ Holmberg och Lindholm 1989, s. 239ff.

perspektiv.²⁸ Generellt sett rör det sig om två skilda perspektiv på hur könsordningen i samhället ser ut.

Dessa två perspektiv på samhällets könsordning fångar de underförstådda antaganden 'kön som perspektiv' bygger på - även om olika författare rör sig med varierande begreppsapparat. I den ena riktningen fokuseras den sociala organiseringen av könen som görs begriplig i termer av *asymmetri* mellan könen. I den andra riktningen närmar man sig förhållandet mellan könen som en *könsmaksordning*. Det finns andra sätt att uttrycka denna distinktion, Harriet Holter betecknar den *kulturlinjen* respektive *maktlinjen*.²⁹ I framställning nedan tillspetsar jag och renodlar olika ståndpunkter för att mejsla fram tvistefrågan.

Gemensamt för feministisk teori - om än i övrigt mycket varierande - är att se könsförhållanden som en avgörande samhällelig organisationsprincip, ibland t o m *den* avgörande organisationsprincipen, jfr. diskussionen ovan om kön som analytisk kategori.³⁰ Hur man tolkat detta har bildat grundvalen för olika riktningar. De två utvecklingslinjerna har olika utgångspunkter eller antaganden med konsekvenser för forskningsprocessen, metodiskt och kunskapsteoretiskt. Att utgå från asymmetri (eller olikhet) som ett centralt begrepp för förhållandet mellan könen innebär att det inte nödvändigtvis rör sig om maktförhållande. Förhållandet mellan könen ses alltid som föremål för kulturell/symbolisk tolkning och social organisering, men det är inte givet att dessa förhållanden alltid är hierarkiska. *Olikhet* men inte *ojämlikhet* är den grundläggande strukturerande principen när det gäller kön.³¹

I den andra riktningen är en hierarki inbakad i könsbegreppet med motiveringen att ett neutralt genus- eller könsbegrepp inte förmår upptäcka och fånga maktförhållanden mellan könen. I begrepp som köns- makt, könsordning genusordning, genussystem har mansmakt på olika plan i det närmaste varit inbäddad.³² Denna perspektivering kan ses som en reaktion på att maktfrågan mellan könen har 'omformulerats till ett socialt problem', som Hirdman har uttryckt det och genusbegreppet är hennes svar på det. Genusbegreppet är ett maktkänsligt redskap i motsats till de flesta definitioner av genderbegreppet.³³

²⁸ Holter 1992, s. 64, Dahlström 1992, s. 37.

²⁹ Holter 1992, s. 64.

³⁰ Holmberg Lindholm 1989, s. 218.

³¹ Holmberg och Lindholm 1989, s. 241.

³² Detta är dock inte alltid fallet: Ett undantag är Harriet Holter op.cit. som ger begreppet köns- makt en annan innebörd vilket jag återkommer till.

³³ Hirdman, Yvonne, 1988, "Genussystemet - reflexioner kring kvinnors sociala underordning" i

Driver man denna tanke till sin spets innebär det 'inget kön eller könssystem utan mansmakt', eller 'ojämlikheten kommer först, skillnaden därefter'. Här finns en viktig och intressant tvistefråga: å ena sidan argumentet att förhållandet mellan män och kvinnor, feminint och maskulint inte kan upptäckas och analyseras som en makt- och underordningsrelation, om den relationen ligger definitionsmässigt *utanför* själva könsrelationen. Å andra sidan finns argumentet att genom att låta könsbegreppet innefatta en maktdimension (med en given riktning) *förutsätts* det man egentligen bör studera i den konkreta forskningsprocessen.³⁴

Man kan givetvis fråga sig hur fruktbart det är att ställa dessa två perspektiv mot varandra. Här gör jag det dels för att precisera mina egna utgångspunkter, men dels för att visa att valet inte bara är pragmatiskt eller en fråga om godtyckliga preferenser för ett visst perspektiv. Det har långtgående konsekvenser med underförstådda antaganden om hur världen ser ut och hur den ska tolkas.³⁵ Taksdal och Widerberg framhåller att kopplingen mellan relationsperspektivet och maktperspektivet har blivit den 'dynamit' som kvinnoforskare har tagit till för att spränga vetenskapens mansdominerade och kvinnoförtryckande könsförståelser.³⁶ Jag föreslår att analogin tas på allvar och dynamiten hanteras med varsamhet så den inte drabbar kvinnoforskningen själv. Ett könsmaktsperspektiv som enbart refererar till mansmakt riskerar att osynliggöra kvinnors makt och potentialer. Christina Carlsson Wetterberg har påpekat att makt inte är något entydigt begrepp, makten är flerdimensionell och verkar på flera nivåer.³⁷ Maktbegreppet behöver därför nyanseras för att vara användbart i sammanhanget.

Även om maktperspektivet oftast syftar på mansmakt så har en del författare poängterat att ett könsmaktsperspektiv kan ha fördelen att även göra kvinnors makt synlig. Harriet Holter välkomnar begreppet för att just lyfta fram aspekter av kvinnors (ökande) makt i olika samhällsfärer.³⁸ Även den nya mansforskningen har lyft fram kvinnors osynliga

Kvinnovetenskaplig tidskrift 3/1988, s. 50, och Hirdman, Yvonne, 1990, "Genussystemet", i *Demokrati och makt i Sverige*. Maktutredningens huvudrapport. SOU 1990:44, s. 74.

³⁴ Det förra argumentet framförs av Holmberg och Lindholm 1989, s. 241. Detta senare har framförts av en grupp socialantropologer med hänvisning till icke-västerländska, icke-industrialiserade samhällen. Se Gemzöe, Lena m fl, 1989, "Sex, genus och makt i antropologiskt perspektiv" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1/1989.

³⁵ En besläktad fråga i sammanhanget är hur eklektisk man kan vara, hur långt man kan gå i att blanda ihop perspektiv som i slutändan direkt motsäger varandra.

³⁶ Taksdal og Widerberg 1992, s. 278.

³⁷ Carlsson Wetterberg, Christina, 1992, "Från patriarkat till genusystem - och vad kommer sedan?" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 3/1992, s. 38.

³⁸ Holter 1992.

och svårhanterbara makt i familjernas 'centrum'.³⁹ Det kan därför framhållas att ett könsmaktsperspektiv riskerar att fungera totaliserande och inleda nya brasklappar om det uteslutande refererar till mäns makt över kvinnor. Män är också en differentierad kategori och ett sådant perspektiv kan även osynliggöra mäns maktlöshet i förhållande till andra män.⁴⁰ Den aspekten tar Harriet Holter fasta på i den ovan anförda artikeln där hon diskuterar mäns makt över andra män. Arne Nilsson visar även i sina studier av homosexuella män på en intressant differentiering bland dessa, en outtalad hierarkisering i termer av maskulinitet.⁴¹

Men frågan om val av angreppssätt gäller inte bara omskrivningar av ojämlikhet till olikhet (eller omvänt), akademisk fallenhet för ordlekar eller synen på makt. Den rör fler aspekter, så som relationen aktörstruktur, vilken handlingspotential kvinnor anses ha, men inte minst enligt mitt sätt att se det, viljan att gå vidare. Det handlar om att gå bakom - 'dekonstruera' om man vill använda det uttrycket - begrepp och förhållanden som vid första ögonkastet tycks ha bekräftat våra intryck och besvarat våra frågor. Det handlar om viljan att se brytningspunkter och förändringspotentialer.

Om kön är den väsentliga uppdelningsprincipen *kan* det medföra att andra viktiga relationer förbises. Bjerrum Nielsen och Rudberg ger ett belysande exempel på detta från ungdomsforskningen: Betraktar man t ex pojkars expansiva uppträdande i klassrummet som en begränsning av flickornas möjligheter att hävda sig (en strukturell maktmodell) förbiser man lätt att det som mest bekymrar flickorna är problem med de *andra* flickorna. Eller om man reducerar läraren till en "kjønns sensitiv" kontra en "kjønnsblind" typ, så kan det förskjuta fokus från det faktum att *både* pojkar och flickor är utsatta för de vuxnas makt.⁴² Med detta exempel vill jag ha sagt, att jag anser att den frågan tål att resas huruvida ett övertolkat köns perspektiv kan hindra (andra viktiga) insikter.

³⁹ Holter, Øystein Gullvåg och Aarseth, Helene, 1993, *Menns livssammenheng*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.

⁴⁰ Carin Holmberg skiljer på vanmakt och maktlöshet. Män i ett manssamhälle kan uppleva vanmakt när de känner en frustration över att de som män inte förfogar över rättigheter de *borde* i kraft av sitt kön. Kvinnors brist på könsbundna rättigheter i ett manssamhälle karakteriserar hon däremot som maktlöshet. Holmberg, Carina, 1992, *Det kallas kärlek. En studie om kvinnors underordning och mäns överordning bland unga jämställda par*. Anamma Förlag Göteborg, s. 33.

⁴¹ Nilsson 1995, s. 44.

⁴² Bjerrum Nielsen, Harriet & Rudberg, Monica, 1992, "Når kjønnet kommer i skole - pedagogisk kvinneforskning" i Taksdal og Widerberg (red) *Førstødelser av kjønn i samfunnsvitenskapenes fag og kvinneforskning*. Ad Notam Gyldendal, Oslo, s. 136.

En postmodernistisk horisont

Postmodernistiska influenser har delvis aktualiserat nya frågor inom kvinnoforskningen, men delvis har de ställt underliggande oproblematiserade teman på sin spets.⁴³ Att postmodernistisk kritik och feminism/kvinnoforskning berör varandra bottnar bl a i att feminismen har liksom postmodernismen ifrågasatt Vetenskapens/Filosofins totaliserande och universalistiska kunskapsanspråk; kritiserat dess generaliseringar och påpekat bristen på reflexivitet över den kontext de är förankrade i:

Feminists, too, have uncovered the political power of the academy and of knowledge claims. In general, they have argued against the supposed neutrality and objectivity of the academy, asserting that claims put forth as universally applicable have invariably been valid only for men of a particular culture, class, and race. They have further alleged that even the ideals which have given backing to these claims such as "objectivity" and "reason", have reflected the values of masculinity at a particular point in history.⁴⁴

Denna frigörande insikt har samtidigt inneburit ett hot för feminismen att själv ställas inför denna typ av argumentering. Med den egna måttstocken tillämpad konsekvent riskerar feminismen m a o att slå undan benen på sig själv. Denna kritik har särskilt hårt drabbat de helhetsteorier som sökt ursprunget till kvinnoförtrycket i en enda orsak (arbete, sexualitet, barnafödande, språk etc). Bakom de försöken ligger en önskan om den Arkimediska punkten, en önskan som riskerar motverka feminismens egna frigörande ambitioner:

To try to identify unitary themes in the experiences or perspectives of women may require the suppression of voices different from our own.⁴⁵

Skepticismen mot postmodernismen bottnar i att den befaras förpassa feminismen till teorilöshet och relativism, och att lämna den försvarslös i den politiska kampen mot kvinnoförtrycket. Den frågan har t o m rests om genderkategorin kan överleva den postmodernistiska kritiken:

⁴³ Diskussionen rör endast hur postmodernistiska och feministiska diskurser förhåller sig till varandra. Jag går inte in i en diskussion om hur det nuvarande samhället ska betecknas som postmodernt, modernt eller något annat.

⁴⁴ Nicholson, Linda J, 1990, "Introduction" i Nicholson L.J. (red) "*Feminism/Postmodernism*". Routledge New York and London 1990, s. 5.

⁴⁵ Nicholson 1990, s. 6.

...does not the adoption of postmodernism really entail the destruction of feminism, since does not feminism itself depend on a relatively unified notion of the social subject 'woman', a notion postmodernism would attack?⁴⁶

Mitt intresse för den postmodernistiska diskursen hänger ihop med intresset för *skillnader* och hur dessa ska tolkas. Det motiveras inte minst av att min empiriska resultatvisning i del II och III bl a har könsskillnader som en röd tråd. Jag lämnar helhetsteorier eller ursprungsfrågan åt sidan och ska i det följande diskutera hur man hanterar *förbindelselänken* mellan asymmetri och hierarki, m a o hur långtgående tolkning man gör av tesen att könsens asymmetri är förknippad med hierarki eller makt. Hirdmans tankar om genussystemet är ett exempel härpå och hennes tankar har haft ett visst inflytande i Sverige efter Maktutredningens rapport. Även om Hirdmans genussystem kan anses tacksam att kritisera har jag funnit det värdefullt att följa hennes resonemang i mina försök att reda ut de egna utgångspunkterna.

Hirdman söker sig bort från enhetsförståelsens totalitära anspråk och säger sig ha övergett ursprungsfrågan.⁴⁷ Genussystemet är en grundläggande ordningsstruktur av kön och den är en *förutsättning* för andra sociala ordningar, hävdar hon. Det verkar på olika nivåer (kulturell, social, individuell nivå) genom isärhållandets och hierarkiseringens logik eller principer, där *isärhållandet genererar hierarkin*. Om könen blandas ifrågasätts den manliga makten. Hirdmans 'reflexioner' kring genussystemet som publicerades år 1988 förmedlades med en öppen och prövande ton, som nästan har försvunnit i Maktutredningen två år senare där genussystemets slutliga version presenteras. År 1988 skrev Hirdman:

Hur ser de isärhållande logikerna ut inom det eller det området? Hur har isärhållandets logiker legitimerats? Vilka sociala, ekonomiska, kulturella och psykologiska faktorer är det som har underlättat isärhållandets alla praktiker? Och hur har den manliga normens princip (lag, logik) stått i förhållande till isärhållningen?⁴⁸

⁴⁶ Nicholson 1990, s. 7.

⁴⁷ Att hon - sina omformuleringar till trots - inte kommer förbi ursprungsfrågan är ett påpekande hon fått och jag delar men diskuterar inte här. Se Holmberg och Lindholm 1989, s. 243.

⁴⁸ Hirdman 1988, s. 52.

Framställningen har en fascinerande (om än abstrakt) *rörelse*, t ex när hon beskriver isärhållandet och det alltjämt pågående 'gränskriget' mellan könen; genussystemets skiftande karaktär, eftersom isärhållandet och förtrycket ser 'olika ut vid olika tider'; genussystemets *föränderliga* relation till andra system i samhällsstrukturen.⁴⁹ I min visualisering av detta framstår genussystemet som ett system i en oavbruten dynamisk relation till andra system. När det gäller förändringspotentialer blir texten något motsägelsefull. Det är i *gränsöverskridandet* som förändringsmöjligheterna blundar:

I en alltmer 'lika' värld, blir det avvikande avtabuiserat, pikant. [...] det olika försvagas och det lika förstärks - och vi är på väg in i det jämlika paradiset i och med att dikotomiernas maktskapande upphört, *i och med att gränsöverskridandet sker.*⁵⁰

I den senare versionen framstår isärhållandet av könen som något betvingande konstant; som en 'järnhård genuslag':

..under varje period frambringar könens konflikt några fundamentala lösningar [...] lika väl som den skapar - eller försöker skapa - en ny legitimitet för en genusordning, fortfarande utmärkt av segregering och hierarkisering om än i nya former.⁵¹

Här finns ett teoretiskt problem: Accepterar man tanken att det är *isärhållandet* som genererar den generella underordningen av kvinnor, så borde rimligen hierarkin befinna sig i gungning och försvagas allteftersom *gränsöverskridandet* fortskrider, för att t o m försvinna i 'lika' samhällen. M a o när isärhållandets logik är dynamiskt förknippad med andra strukturer, då verkar det logiskt att även hierarkin (som ju föds ur isärhållandet) är underställd samma rörelseprinciper. *Varifrån får den annars luft under vingarna?* Givet denna 'rörelse' som jag läser ur Hirdmans tidigare text framstår själva genussystemet, speciellt i den slutliga versionen (publicerad år 1990) som ett alldeles för slutet, ovillkorligt system som reproducerar sig självt och underskattar förändringspotentialer.⁵² Även om Hirdman hävdar att det är i *gränsöverskridandet* som

⁴⁹ Hirdman 1988, s. 56ff.

⁵⁰ Hirdman 1988, s. 59, min kursivering.

⁵¹ Hirdman 1990, s. 79, 84.

⁵² Dahlström menar att Hirdman riskerar en systemfunktionalistisk fälla, Se Dahlström 1992, s. 40.

förändringspotentialerna ligger och att det är en *empirisk fråga* vad som initierar dessa så postulerar hon i samma veva en könsmaktsordning (mansmakt) som framstår som universell och historiskt oberoende av alla strukturer.⁵³ I linje med min kritik ligger även Christina Carlsson Wetterberg invändningar som problematiserat Hirdmans systemtänkande. Hon har följande motiv för sin kritik:

Det problem i den teoretiska debatten som jag [...] framför allt velat identifiera är den motsättning som finns mellan antagandet om en generell kvinnlig underordning och de skilda kvinnoverkligheter och (i konkret mening) kvinnointressen som forskningen alltmer börjat synliggöra.⁵⁴

Dessa reflexioner om isärhållande och hierarki eller makt kan bli högst relevanta i tolkningen av ett empiriskt material som - liksom mitt föreliggande - visar sammansatt och komplicerat könsmonster. Kvinnliga läkare företräder just ett *överskridande* av ett tidigare isärhållande, men där en segregering uppstår på ett annat plan. Min första orientering om läkarkårens könsdifferentiering som presenteras närmare i kapitel 4 visar att ingen enkel underordningstendens kan fastställas. Tendenserna är motstridiga beroende på vilket perspektiv som anläggs. Vid första ögonkastet framstår en del som kvinnlig underordning och inte andra. Det är enligt min mening en viktig *forskningsfråga* vad detta är uttryck för och därför ser jag det som olyckligt att förhållandet mellan män och kvinnor, manligt och kvinnligt, stipuleras på förhand. Jag ser det som en *empirisk fråga* i vilken grad kvinnliga läkares situation kan ses som en underordning, *hur* isärhållande och underordning förhåller sig till varandra, och att den frågan måste ställas och tematiseras utifrån *en teoretisk kontext*.

Det innebär att det empiriska materialet måste analyseras på flera nivåer; den professionella kulturens, symbolikens och värderingarnas nivå; den sociala organisationens nivå - och alla dessa måste studeras för sig och ställas mot varandra. Sålunda måste även olika *resurser* ställas mot varandra; snabb arbetskarriär, bra befattning och ekonomisk ställning, säkra anställningsvillkor å ena sidan och å andra sidan status, prestige, socialt erkännande, kulturellt kapital (kunskap), självförtroende. Jag

Även Carlsson Wetterberg kritiserar Hirdmans systemtänkande, vilket hon menar underskattar aktörerna och det historiskt specifika, se Carlsson Wetterberg 1992, s. 36.

⁵³ Hirdman 1990, s. 80.

⁵⁴ Carlsson Wetterberg 1992, s. 46.

invänder därför också mot Hirdmans kritik av 'resurstänkandet' som hon menar fördöljer maktfrågan mellan könen.⁵⁵ Jag menar istället att det bl a är i dessa olika 'resurser' som viktiga möjligheter till förändring ligger - gränsöverskridanden och därmed minskad isärhållning. Om mansmakt inte baseras på 'resurser' av olika slag (tolkningsföreträde, definitions- makt, ekonomiska resurser e t c), vad baseras den då på? Min principiella inställning - och invändning mot Hirdman - är att det är ofruktbart att *på förhand* se könsförhållandena som hierarkisering eller uttryck för kvinnlig underordning. Vi hamnar i reduktionism och riskerar att missa viktiga led i förståelseprocessen, inte minst just den *konkretisering* av mansmakten som skapar möjligheter att nedmontera den.

Att bestämma teoretisk nivå

Sandra Harding har föreslagit en *analytisk* tredelning av begreppet socialt kön (gender), en nivåbestämning som accepteras av många författare: kön på individuell nivå, strukturell nivå och symbolisk nivå.⁵⁶ Harriet Bjer- rum Nielsen och Monica Rudberg vill lägga till den fjärde nivån, den bio- logiska.⁵⁷ En viktig poäng med nivåindelningen är den *teoretiska klarhet* den möjliggör. Problemet är emellertid att denna analytiska nivåindelning ofta finns med i form av programmatiska formuleringar men mindre i själva forskningsprocessen. En central fråga är därför vilka teorier som kan lånas mellan nivåer, t.ex. hur bra abstrakta helhetsteorier lämpar sig för studier på mellannivå.

Låt mig ta ett exempel för att visa hur en utebliven nivåbestämning kan resultera i självmotsägelser: I den stora Löneskillnadsutredningen från år 1993 ägnas stort utrymme åt att analysera löneskillnader mellan kvinnor och män inom enskilda yrken och branscher. Slutsatsen är att den löneskillnad som finns förklaras till största delen av arbetsmarknad- ens könsuppdelning: kvinnor och män har helt enkelt inte samma jobb ("olika yrken och arbete av olika svårighets- eller kvalifikationsgrad"). Huruvida den löneskillnad som är kvar (1-8 procent *inom* yrken och branscher) är sakligt grundad kan utredaren inte fastslå.⁵⁸ Trots detta ägnas en stor del av bokens senare del åt åtgärder på en helt annan nivå, som exempelvis könsneutral *arbetsvärdering* vars grundtanke just är att

⁵⁵ Hirdman 1990, s. 73.

⁵⁶ Harding, Sandra, 1986, *The Science Question in Feminism*, Open University Press, Stratford.

⁵⁷ Bjerum Nielsen & Rudberg 1992, 121f.

⁵⁸ *Löneskillnader och lönediskriminering. Om kvinnor och män på arbetsmarknaden*. SOU 1993:7. Betänkande av Löneskillnadsutredningen. Stockholm 1993, s. 153f.

löneskillnaderna mellan kvinno- och mansdominerade yrken och branscher kan vara orimliga, just därför att *värderingen* av arbetenas svårighets- och kvalifikationsgrad kan ifrågasättas.

Bjerrum Nielsen och Rudberg vill tillskriva de olika nivåerna en relativ självständighet. De fastslår att nivåerna inte kan reduceras till varandra och inte inordnas i en hierarki:

Disse ulike "eksistensformer" for kjønn kan bare atskilles analytisk, og de griper inn i hverandre på finurlige og uoverskuelige måter. Reduksjonisme vil si å oppheve en av dem som overordnet de andre. Biologisk kjønn kan ikke forklare mannlig hegemoni. Symbolisk kjønn kan ikke forklare kjønnsidentitet. Strukturelt kjønn kan ikke forklare kroppens betydning i våre liv. Kjønnssidentitet kan ikke forklare mannlig dominans. Omvendt er det også slik at ingen av kjønnets eksistensformer kan forklare sig selv. Dermed kan ikke dominans - underordning gjøres til noe apriorisk kjennetegn ved kjønn slik som det har vært tendenser til i kvinneforskningen.⁵⁹

Bjerrum Niensens och Rudbergs tanke om nivåbestämning är tilltalande, inte minst vad gäller försöken att komma vidare, hitta brytningspunkter och förändringsmöjligheter. Relateras deras tanke till Hirdmans text så blir konsekvensen att det flöde av rörelser, den dynamiska gungning som går att läsa ur hennes text, inte heller tillåter oss att postulera en fritt svävande, av allt oberoende, manlig överordning.

Denna nivåbestämning är givetvis omtvistad inom kvinnoforskningen samtidigt som den representerar ett generellt problem i samhällsvetenskapen. För Gerd Lindgren är sammankopplade nivåer en *förutsättning* för att utveckla kunskapen om kön och makt, för att kunna se hur det privata könskontraktet (maktförhållanden i familjen) infiltrerar offentlig makt och för att hindra att vi ser de privata könsrelationerna som frikopplade från de samhälleliga.⁶⁰ Sammankopplade analysnivåer är rimligen också det som Widerberg menar när hon propagerar för tvärvetenskaplighet (exempelvis i fransk tappning) i syfte att utveckla helhetsteorier om kvinnoförtrycket.⁶¹ Bristen på tvärvetenskaplighet har varit en kvinnoforskningens barriär som den måste överskrida för att inte sitta fast i fragmenteringsteorier.

⁵⁹ Bjerrum Nielsen & Rudberg 1992, s. 122.

⁶⁰ Lindgren, Gerd, 1989, "I broderskapets skugga" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 3-4/1989, s. 80ff.

⁶¹ Widerberg 1987, s. 60.

Att hävda nödvändigheten av en nivåbestämning betyder inte att man avvisar möjligheten att utveckla helhetsteorier om kvinnoförtrycket. Men frågan är om inte kvinnoforskningen idag är mera betjänt av att tillvarata det Mertonska arvet och utveckla 'middle-range' teorier i hans anda. Accepterar man tanken att kvinnoförtrycket inte har en *enda abstrakt generell förklaring*, så är ju rimligt att vi teoretiskt rustar oss med olika - mindre abstrakta - angreppssätt. Det innebär inte heller att man försummar kopplingar mellan nivåer. Jag anser t ex att förbindelsen mellan mikro och makro är bland de största utmaningarna i samhällsvetenskapen. I den uppgiften är det fruktbart att göra en medveten nivåbestämning i den konkreta forskningsprocessen. Samtidigt får man som samhällsforskare vara förtrogen med de öppningar och kopplingar mellan nivåer som erbjuds, - men inse att de måste utarbetas, *formuleras* och *konceptualiseras*. Jag känner mig i detta sammanhang appellerad av den varsamt konstruerade postmodernism som Frazer och Nicholson pläderar för,⁶² en 'stillsam flirt' som Bjerrum Nielsen & Rudberg har uttryckt det.⁶³ Den varken utesluter teoretiska analyser av makrostrukturer eller utvecklandet av helhetsteorier som en del forskare befarar, utan ställer vissa krav på den. En postmodern-feministisk teori

would be pragmatic and fallibilistic. It would tailor its methods and categories to the specific task at hand, using multiple categories when appropriate and forswearing the metaphysical comfort of a single feminist method or feminist epistemology. In short, this theory would look more like a tapestry composed of threads of many different hues than one woven in a single color.⁶⁴

Viktiga invändningar har gjorts mot de postmodernistiska tankegångarna. Susan Bordo har frågat hur många variabler ('axes') vi egentligen kan inkludera i vår analys utan att tappa fokus och förlora greppet om argumentationen. Med dekonstruktionistiska analogier som 'dans', färgglada gobelänger (jfr även min tolkning av 'rörelsen' i Hirdmans text), o s v tillförsäkrar forskarna sig ett undanlidande perspektiv, de vägrar omfatta en form för vilken de ansvarar, säger Bordo.⁶⁵

⁶² Nicholson 1990, s. 9.

⁶³ Bjerrum Nielsen & Rudberg 1992, s. 134.

⁶⁴ Frazer & Nicholson 1990, s. 35.

⁶⁵ Bordo, Susan, 1990, "Feminism, Postmodernism, and Gender-Scepticism" i Nicholson L.J. (red) *"Feminism/Postmodernism"* Routledge, New York London, s. 139ff.

Gerd Lindgren har också påpekat att mönster med en liten men systematisk skillnad i utgångsläget är centrala och bör observeras på bekostnad av den relativa likhet som existerar mellan könen. Situationen 'liten skillnad' behöver inte betyda att 'likheten' är nästa anhalt menar Lindgren.⁶⁶ Detta är mycket viktigt. Utan att dra den diskussionen för långt låter jag mig inspireras av kritiken och dra lärdomar av den. Det påbjuder en lyhörddhet för att en del skillnader är *viktigare* och *mer grundläggande* än andra, det gäller att blottlägga dem empiriskt. Låt mig nu 'byta nivå' och mot bakgrund av det hittills sagda granska de teoretiska bidrag som lämnats om arbetsmarknadens könsuppdelning.

Teoretiska ansatser om arbetsmarknadens könsuppdelning

När det gäller att belysa och förklara varför kvinnor och män inom läkarkåren hamnar inom skilda områden så erbjuder forskningen flera infallsvinklar. I det följande ska jag dels ta fasta på viktiga bidrag, dels avgränsa mig mot andra som jag förhåller mig mer kritisk mot.

Enligt Harriet Silius har tre huvudtyper av teoretiska ansatser dominerat inom forskningen om arbetsmarknadens könsuppdelning: *socialisationsteorier* som är de mest dominerande; teorier om *institutionella hinder* av olika slag och *patriarkatsteorier*.⁶⁷ Dessa olika infallsvinklar skiljer sig avsevärt med avseende på analysnivå. De angriper olika aspekter av könssegregationen som spänner alltifrån generella samhälleliga olikheter beträffande makt och inflytande, till könsdifferenser med hänsyn till prioriteringar, ambitioner o d. Till 'klassifikationen' ovan kan läggas att inom nationalekonomin har teorin om humankapital varit tongivande. Jag har tidigare sagt att jag inte behandlar patriarkatsteorier och jag kommer inte heller att behandla nationalekonomiska teorier. Deras höga abstraktionsnivå gör dem enligt min mening mer lämpade för problemställningar av mer övergripande natur än vad som är avsikten här. De är för generella för att vara fruktbara i det här sammanhanget där en enda profession studeras utifrån ett empiriskt material.

Socialisationsteoretiska förklaringar

De socialisationsteoretiska förklaringsmodellerna till arbetsmarknadens könssegregering fokuserar socialisationen och konstitueringen av kön som

⁶⁶ Lindgren 1989, s. 78.

⁶⁷ Silius, Harriet, 1989, Könssegregeringen i ingenjör-, jurist- och läkarkåren, i Silius, Harriet (red) *Kvinnor i mansdominerade yrken*. Publikationer från Institutet för kvinnoforskning vid Åbo Akademi, Åbo, s. 148.

psykologiska och socialpsykologiska processer. Enligt dessa ansatser anses könstypiska handlingssätt, värderingar, identitet o s v antingen 'införlivade' genom social inläring - om än komplicerad sådan - eller de anses utvecklade i en dynamisk kommunikation med omgivningen. Chodorows psykodynamiska bidrag är ett exempel.⁶⁸ En gemensam nämnare i dessa ansatser är att man söker belysa hur 'omvärlden' införlivas och förmedlas. Det gäller inte minst hur våra socialt och kulturellt betingade föreställningar om kvinnligt och manligt konstrueras och reproduceras. Besläktade med socialpsykologiska teorier är förklaringar som fokuserar kvinnors familjeförpliktelser. På en nivå kan den senare förklaringen sägas löpa som en röd tråd genom all forskning inom detta område.

I följande diskussion koncentrerar jag mig till forskning och empiriska fynd kring akademikerkvinnor och kvinnor i professionella yrken. Debatt och forskning om akademikerkvinnor har mycket kretsat kring problemen att förena familjeliv och yrkessituation. Tvåkarriärmönstret har stått i fokus. För de studier som gjorts inom ramarna för Akademikerorganisationerna i Norden har denna problemställning varit central.⁶⁹ Huvudargumenten inom detta perspektiv är att karriären försiggår på männens premisser och att kvinnors och mäns villkor inte är lika.

En annan typ av forskning har fokuserat långtidsutbildade kvinnors studie- och yrkesval och de orienteringar som dessa antas vara baserade på. Louise Waldén menar i en artikel från 80-talet att rekryteringen till olika ämneslinjer på gymnasiet skiljer sig. Hon menar att inlärningsprocessen är 'sekventiell' i teknik och naturvetenskap (man lär sig på varandra följande steg), medan den är 'koncentrisk' i humaniora (varje problem vinklas från olika håll och kopplingar görs mellan dessa). Detta medför att det till de olika ämneslinjerna rekryteras olika begåvnings typer, vilka i sin tur är relaterade till kön.⁷⁰ I en norsk studie från 70-talets konstateras att studenter i naturvetenskap, juridik och medicin omfattar andra värden (values) än vad studenterna i humaniora och samhällsvetenskap gör. De förra ansågs mer instrumentellt orienterade medan de senare mer expressivt orienterade. Mellan grupperna var det en

⁶⁸ Chodorow, 1978.

⁶⁹ Aitta, Ulla, 1988, *Jämställdheten mellan män och kvinnor i de AKAVA-anslutnas arbetsliv*. AKAVA, Helsingfors. Emerek, Ruth, 1986, *Uddannelse - vejen til lighed?* Aalborg universitetscenter. Lindahl, A.K. og Killi, M, 1984.

⁷⁰ Waldén, Louise, 1982, "Teknikkulturens dubbla förtecken" i *Kvinnovetenskaplig Tidskrift* 3/1982, s. 20.

betydande skillnad, däremot var det praktisk taget ingen skillnad mellan könen inom respektive grupp, även om kvinnliga och manliga studenter skilde sig i många andra avseenden.⁷¹

Margot Bengtsson fann i en studie från 70-talet att kvinnors ämnesval i utbildningssammanhang på ett komplext sätt var relaterat till deras *föräldraidentifikation*. Hon fann att kvinnor som valde naturvetenskapliga ämnen på högskolan var mer fadersorienterade än de som valde samhällsvetenskapliga eller humanistiska ämnen.⁷² Det finns ytterligare forskning som pekar i denna riktning. En amerikansk 70-talsstudie visade att kvinnor i akademiska yrken inte identifierade sig med andra kvinnor utan snarare med män.⁷³ Dessa studier, både de svenska och amerikanska, fokuserade akademiska kvinnor i - eller på väg in i - manliga miljöer i en tid då kvinnor fortfarande utgjorde en 'avvikelse' i dessa sammanhang. Studierna och resultatens andemening är att kvinnor inte socialiseras till att välja manliga yrken, men om de gör det hänger det samman med fadersidentifikation och effekterna är en manlig identifikation.

När Elianne Riska och Katarina Wegar gjorde sina intervjuer med kvinnliga läkare i Finland på sent 80-tal fann de att kvinnorna betonade sina *kvinnospecifika* erfarenheter i sin yrkesroll. Kvinnorna ansåg att dessa erfarenheter gjorde dem bättre lämpade för vissa specialiteter såsom barnmedicin och distriktsläkare.⁷⁴ Vi ser här en tydlig förskjutning från den tidigare forskningen. Riska uttrycker det så att de kvinnliga läkarna har 'accepterat myten om sig själva' och försöker använda den till sin fördel. Ytterligare nya resultat finns i en norsk studie som nyanserar frågan om orientering i studieval och yrkesorientering. Wiers-Jenssen har genomfört en studie av norska medicinstudenters motiv för sitt studieval. I den studien framkommer inga könsskillnader när det gäller i vilken utsträckning studenterna hade *instrumentella* (status och inkomst) eller *expressiva* motiv (riktade mot yrkets innehåll och utövning) för sitt studieval. Däremot hade kvinnorna *utöver* de nämnda inställningarna

⁷¹ Thagaard, Tove, 1975, "Academic Values and Intellectual Attitudes: Sex Differentiation or Similarity?" i *Acta Sociologica* 18/1975.

⁷² Bengtsson, M, 1985a, *Föräldraidentifikation hos kvinnliga naturvetare och humanister - utvecklingspsykologiska, differentiella och socialpsykologiska aspekter*, del I, II, och III. Doktorsavhandling, 1985. Bengtsson, M, 1985b, "Identifikation, kön och klass" i *Kvinnovetenskaplig Tidskrift* 1/1985.

⁷³ Dellacava, F.A & Engel M H, 1979, "Resistance to sisterhood: the case of professional women" i *International journal of women's studies* 6/1979.

⁷⁴ Riska & Wegar 1989, 1992.

oftare *personorienterade* motiv än vad männen hade, vilket syftar på de kommunikativa och humanistiska aspekterna i yrkesutövningen.⁷⁵

Denna genomgång visar att den empiriska forskningen är delvis motsägelsefull när det gäller att relatera yrkesval till socialisationsteoretiska och psykologiska aspekter. Den kunskap som forskningen bidragit med motiverar enligt min mening en kritisk dialog med den socialisationsteoretiska ansatsen. Den ansatsen dras med stora begränsningar när det gäller att förklara arbetsmarknadens könsstruktur.

En invändning i postmodernistisk anda är att de 'könstypiska' förväntningar som idag ställs på män och kvinnor inte är så kategoriska och uteslutande som förr. Inte heller är de lika öppet uttalade som förr.⁷⁶ Socialisationsteorierna, i synnerhet Chodorows inflytelserika psykodynamiska teori, förutsätter distinkta, inom sig lika och mellan sig olika könsidentiteter.⁷⁷ Chodorow har vidare kritiserats för att negligera sociala och historiska dimensioner och för att ha utgått från den västerländska kärnfamiljen som mall.⁷⁸ Ett annat problem med socialisationsteorierna är tendensen att överbetona den tidiga socialisationen och dess betydelse. Det innebär inte endast att man undervärderar yrkessocialisation eller den socialisation som äger rum under utbildningen, utan också att få möjligheter erbjuds att begreppsliggöra eventuella motsättningar, t ex mellan dessa olika nivåer⁷⁹ eller p g a klassolikheter.

Den generella kritiken av socialisationsteorier gäller att de är deterministiska och har svårt att förklara förändring: de blir lätt tautologier. De kan i någon mån göra begripligt att kvinnor och män väljer olika arbeten och har olika inställning och prioriteringar till familj och yrkesliv, men de kan inte förklara variationen inom könen. Mina starkaste reservationer mot denna typ av teorier i föreliggande sammanhang är huvudsakligen följande två. För det första att denna typ av förklaringar hjälper oss endast halvvägs - och här gör sig nivåproblematiken påmind. När det gäller kvinnor inom läkaryrket framhålls att de väljer medicinska specialiteter som har stor omvårdnadsbit eller patientkontakt för att det är

⁷⁵ Wiers-Jenssen, Jannecke, 1994, *Rekruttering till medicinstudiet. En studie av et årskull medisinstudenter, med vekt på social bakgrund, poengesamling, studiemotiver og ambitionsnivå*, Hovedfagsoppgave i sosiologi høsten 1994. Cand polit. Institutt for sosiologi. Universitetet i Oslo, s. 95.

⁷⁶ Se exempelvis Silius 1989, s. 150.

⁷⁷ Se exempelvis Hallbergs kritik, 1991, s. 137ff.

⁷⁸ Roman, Christine, 1994, *Lika på olika villkor. Könnssegregering i kunskapsföretag*. Symposion Graduale, s. 52.

⁷⁹ Se exempelvis Billing Yvonne-Due & Alvesson Mats, 1989, *Kön, ledelse, organisation*. Jurist- og økonomiforbundets Forlag, København, s. 50.

i samklang med deras kvinnliga orientering.⁸⁰ Men hur förklarar vi exempelvis att kvinnor söker sig till anesthesiologi som är en mycket tekniskt avancerad specialitet med låg patientinteraktion? Man lämnar teorin oss i sticket när vi som mest behöver den.

Min andra reservation mot de socialisationsteoretiska ansatserna är att de inte fångar *konflikter inom yrket*, vare sig mellan män och kvinnor eller mellan alla de förhållanden som separerar individer av samma kön. Båda dessa aspekter är viktiga i denna avhandling; en del processer inom läkaryrket separerar män och kvinnor, men det finns också andra faktorer som separerar medlemmar av samma kön. Det socialisationsteoretiska perspektivet är för konsensusbetonat där människorna - och kanske i synnerhet kvinnorna - lätt blir *översocialiserade* för att låna det begreppet.⁸¹ Socialisationsteorierna är numera något av ett allmångods i samhället. Det innebär att begreppsarsenalen kan ha blivit en del av vår 'självbild'. Begreppen blir lätt inbakade i de efterhandskonstruktioner vi gör av vårt handlande och 'diskursen' en del av vår handlingsrepertoar. För att komma steget längre krävs en teoretisk vakenhet och reflexivitet över de här frågorna.

Det ovensagda motiverar inte minst att de förklaringar som utgår från kvinnors familjeförpliktelser som förklaring till könsuppdelningen inom arbetslivet problematiseras. För att få ett helhetsperspektiv måste självfallet både privatliv och arbetsliv beaktas. Men med överbetoning på familjeförhållanden och faktorer utanför jobbet finns risken att undervärdera arbetets betydelse och förbise viktiga faktorer just inom yrkets ramar. Vi riskerar att hamna i "the fallacy of wrong level" som det har uttryckts, dvs att avläsa kvinnors position inom arbetslivet från deras situation inom familjelivet.⁸²

När det gäller kvinnor inom läkarprofessionen så figurerar som förklaringar att kvinnor väljer 'praktiskt' med hänsyn till barn och familj, t ex öppenvårdsarbete och specialiteter som inte är särskilt jourtunga. Kanske ligger något i detta, men man kan också fråga hur det kommer sig att kvinnor i så låg grad väljer patologi, radiologi och andra laboratorie-specialiteter som just har en ganska lindrig jourbörda? Det är mycket möjligt att även 'familjediskursen' har blivit en del av de efterhands-

⁸⁰ Helen Frey, som gjorde en studie av kvinnliga läkare i slutet på 70-talet, refererar en mängd litteratur där denna syn kommer till uttryck. Se Frey, Helen, 1980, *Kvinnliga läkare i Sverige*. Kulturgeografiska institutionen vid Uppsala universitet. Malmö 1980, s. 27-33.

⁸¹ Wrong, Dennis, H, 1961, "The Oversocialized Conception of Man in Modern Sociology" i *American Sociological Review* 26 (April 1961).

⁸² Se Witz 1992, s. 2.

konstruktioner kvinnor gör om sitt handlande. Därför behövs enligt min mening ytterligare - eller snarare alternativa - förklaringar. Inte minst sedan nyare undersökningar har nyanserat bilden och visat att familjen inte bara är en börda för kvinnor utan likafullt kan utgöra en resurs. Det gäller inte minst för kvinnor i krävande arbeten.⁸³ Vad jag saknar i denna typ av forskning är att man granskar hur det *faktiskt* förhåller sig med familjesituation och arbetsliv i stället för att förutsätta familjerelaterade hinder som en förklaring.

Strukturella, institutionella hinder - organisationsteorin

Den andra typen av förklaringar som Silius anger som tongivande inom forskningen om arbetsmarknadens könsuppdelning är ansatser om institutionella hinder.⁸⁴ Det är främst inom organisationsteorin som man har teoretiserat om institutionella eller strukturella hinder för kvinnors karriär. Med detta åsyftas alltifrån faktorer som brist på barnomsorg och möjligheter till flexibel arbetstid, till informella kontaktnät, subtila sorteringsmekanismer och befordringssätt på organisatorisk nivå. Olika perspektiv glider emellertid i varandra och det finns inte vattentäta skott mellan olika ansatser. Generellt kan hävdas att man genom att ta hänsyn till organisatoriska förhållanden minskar risken att generalisera utifrån faktorer eller problem som kan förklaras av den lokala kontexten.

Teoretiska bidrag har lämnats bl a av R.M. Kanter, K. Ferguson och i svenskt sammanhang Ulla Ressner.⁸⁵ Kanters bok är intressant i mitt sammanhang såtillvida att den är en kritik av de individorienterade ansatser som ser 'medhavda' könsskillnader som generella förklaringsvariabler utan att organisatoriska variabler granskas. Kanter lyfter fram de strukturella förhållanden som hon anser diktera individernas handlingsmönster i organisationer. Varje position inom en organisation omges av olika *möjlighetsstrukturer* och varierande *makt*. Det innebär olika tillgång till utmaningar, nya färdigheter, utveckling och karriär samt resurser för nå de mål man satt upp. Personer i positioner med dåliga möjlighetsstrukturer, tenderar att ha lågt självförtroende, undvika ansvar, söka

⁸³ Strandberg, Maj, 1988, *Kvinnliga läkares psykosociala arbetsmiljö - en intervjuundersökning*, Landstingshälsan, Dalarna. Rapport nr. 11/88. Kvande, E. & Rasmussen, B, 1990, *Nye kvinneliv. Kvinner i menns organisasjoner*. Ad Notam, Oslo, s. 91.

⁸⁴ Silius 1989, s. 148.

⁸⁵ Kanter, R.M, 1977, *Men and women of the corporation*. Basic Books, Harper Torchbooks, New York. Ferguson, K, 1984, *The Feminist Case against Bureaucracy*. Philadelphi, Temple University Press. Ressner, Ulla, 1985, *Den dolda hierarkin. Om demokrati och jämställdhet*. Stockholm, Rabén och Sjögren.

tillfredsställelse utanför arbetet och vara upptagna av yttre belöningar. Det motsatta gäller för personer i positioner med goda möjlighetsstrukturer; de önskar ökat ansvar, har bra självförtroende, är konkurrensorienterade och uppfattar arbetet som det centrala i livet.

En ytterligare strukturell faktor som Kanter lyfter fram och den mest kritiserade i hennes teori är gruppens *sociala sammansättning*. En minoritetsgrupps relativa andel blir av avgörande betydelse för hur gruppen bemöts i organisationen. Minoritetspositionen ger upphov till 'token-syndromet', vilket innebär att vederbörande ses som en representant för sitt kön (sin etniska grupp etc). Minoriteten blir osynliggjord, har svårigheter att uppnå erkännande och trovärdighet, kan utsättas för isolering eller stereotypiska rollförväntningar.

Intressant med Kanters tes om möjlighetsstrukturer är att hon vänder på de socialisationsteoretiska angreppssätten. Hon undviker därmed 'blame the victim'-fällan som socialisationsteoretiska ansatser lätt kan hamna i. Den svagaste punkten i Kanters analys är dock att hon betraktar organisationer som könsneutrala system varför kvinnors karriärproblem får status av ett generellt minoritetsproblem. Studier av män i kvinno-dominerade yrken har visat att de inte blir tokens utan snarare uppnår en privilegierad ställning.⁸⁶

En annan uppmärksammas författare är Cockburn som grundar sitt resonemang i själva den samhällsliga arbetsdelningen. Enligt henne tågar kvinnor in på arbetsplatser och i organisationer iklädda sin kvinnoroll, där deras traditionella förpliktelser inom hemmet dikterar könsrelationerna.

When men represent women as a problem in the workplace, whether as their employees, as professional colleagues or co-labourers, they invoke several criteria [...] what is problematised is women's relation to the domestic sphere.

Cockburn slår fast att det existerar organisatoriska hinder för kvinnors karriärgång och hon anser att dessa är av institutionell och kulturell karaktär, med vilket hon avser strukturer, procedurer och regler respektive

⁸⁶ Se exempelvis Ott E.M, 1989, "Effects of the Male-Female Ratio at Work: Policewomen and Male Nurses" *Psychology of Women Quarterly*. Vol 13, No 1, om kvinnliga poliser och manliga sjuksköterskor; och Fairhurst G & K Snavelyt, 1983, "Majority and Token Minority Group Relationships: Power Acquisitional Communication" i *Academy of Management Review*. Vol 8, No 1, om manliga sjuksköterskor.

diskurs och interaktion.⁸⁷ Till skillnad från Kanter så utvecklar Cockburn inte dessa begrepp till användbara redskap. Resultatet blir en generell bild av kvinnoförtrycket med en överbetoning på 'medhavda' familjebelastningar, just det som Kanter kritiserade.

Kvinnor i professionella yrken är (åtminstone i nordiskt sammanhang) offentligt anställda i högre utsträckning än män. Det gäller de kvinnodominerade yrkesgrupperna som sjuksköterskor, socionomer och bibliotekarie, såväl som kvinnor i de traditionellt manliga professionerna. Det innebär att arbetsplatsen för många professionella kvinnor är offentliga 'professionella byråkratier'.⁸⁸

Det finns olika uppfattningar om i vilken grad byråkrati/hierarki anses gynna eller missgynna kvinnor.⁸⁹ Byråkratisering i den ursprungliga Weberska bemärkelsen kan sägas innefatta rationella och i viss mån demokratiska principer, som ofta beskrivs i idealtypiska termer: klart definierade och avgränsade verksamhetsområden; anställning och karriärförframgång i kraft av expertkunskap, kompetens och erfarenhet; strikt reglerad struktur av under- och överordning; hierarkiskt makt och befogenhetssystem. I det ljuset kan byråkratin antas motverka diskriminering i sin programförklaring (etnisk, könslig, åldersmässig e t c). Riska och Wegar framhåller att professionella kvinnor attraheras av byråkratin och dess implicita löften om formella kanaler till anställning och befordran eftersom de ofta står utanför de informella kontaktnäten.⁹⁰ Huruvida dessa löften infrias är sedan en annan sak.

Inom kvinnoforskningen är det motsatta synsättet vanligare, d v s att byråkratier och hierarkier missgynnar kvinnor, men med olika argument. Rosalyn Bologh har i en nyläsning av Weber lyft fram en länk mellan Webers byråkratiebegrepp och hans egen konceptualisering av maskulinitet. Hon ser byråkratin tonvikt på handlande - fritt från känslomässiga relationer och beroende - som tecken på byråkratin maskulina förtecken.

⁸⁷ Cockburn, Cynthia, 1991, *In the way of women. Man's resistance to sex equality in organisations*. MacMillan, London, s. 45, citat s. 76. Ett kapitel i bok har rubriken "Defined in domesticity" och det anger andemeningen i Cockburns resonemang.

⁸⁸ Mintzberg, Henry, 1983, *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*. Prentice-Hall International, Englewood Cliffs, New Jersey, kap. 10.

⁸⁹ Termerna byråkrati och hierarki används ofta synonymt i den organisationsteoretiska litteraturen. Se Abrahamsson Bengt, 1986, *Varför finns organisationer? Kollektiv handling, yttre krafter och inre logik*. Norstedts, Stockholm, s. 102 ff. Den följande diskussionen bygger på min läsning av Mintzberg 1983, s. 35f och Perrow, Charles, 1986, *Complex Organizations. A critical essay*. Random House, New York, s. 3.

⁹⁰ Riska & Wegar 1989, s. 21.

Det samma gäller det byråkratiska beslutsfattandet som opartiskt och opersonligt, och hierarkins ovillkorliga auktoritet.⁹¹

En del empiriska studier pekar på att kvinnors utvecklingsmöjligheter kan variera efter den organisatoriska strukturen. Kvande och Rasmussen har studerat kvinnliga ingenjörer inom olika organisationsformer i Norge. Kvinnor ges minst möjligheter till utveckling och utmaningar i vad författarna med idealtypiska termer kallar statiska 'hierarkier' och störst möjligheter i dynamiska 'nätverk'. Nätverken består av en 'platt' och flexibel struktur som gynnar kvinnor. Hierarkiska organisationer och vertikal kommunikation ger negativt utfall för kvinnor främst i att de osynliggör kvinnorna och gör deras arbetsinsatser osynliga för kollegerna. Hierarkin förstärker den homosociala rekryteringen av ledare m m.⁹² Martha Blomquists resultat kan sägas peka i samma riktning. Hon menar att bl a avsaknaden av hierarkier inom data- och reklambranschen kan göra det lättare att där bryta kvinnors underordning.⁹³

Av stort intresse för min föreliggande studie är Billings och Alvessons studie av kvinnliga ledare i tre olika organisationer. De finner att organisationens *verksamhetsområde* har en stor betydelse för kvinnors möjligheter att nå ledarpositioner. Författarna skiljer på organisations-specifika strukturella förhållanden, såsom organisationsform, könsammansättning, könsarbetsdelning och å andra sidan verksamhetens karaktär, som rymmer en *kulturell symbolisk dimension*. Inte helt överraskande varierar kvinnors utvecklingsmöjligheter kraftigt med alla dessa faktorer.

Billing och Alvesson menar att varje arbetsområde har sina specifika karaktäristika. Med olika arbetsområden är vissa värden, föreställningar, ideal, kompetenser, förväntningar, normer, spelregler o s v förbundna och dessa varierar exempelvis för bibliotek och kärnkraftverk. Författarna åberopar begrepp som 'occupational community' och 'sociala fält'.⁹⁴ Vissa aktiviteter, föreställningar, idéer, belöningar e t c utgör den

⁹¹ Bologh R, W 1990, *Love or Greatness: Max Weber and Masculine Thinking - a Feminist Inquiry*. London, Unwin Hyman, refererad i Davies 1996, s. 666f. För en utförligare diskussion av organisationsteorin se exempelvis Blomqvist, Martha 1994, *Könshierarkier i gungning. Kvinnor i kunskapsföretag*. Acta universitatis upsaliensis. Uppsala, kap. 3.

⁹² Kvande och Rasmussen 1990, kap. 9 och kap. 10.

⁹³ Blomqvist 1994, s. 46.

⁹⁴ Maanen, van J. & Barley S. R, 1984, "Occupational Communities. Culture and Control in Organizations" in Staw B. & Cummings L. L (eds) *Research in Organizational Behavior*, Vol 7, Greenwich JAI Press. Bordieu Pierre, 1979, *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge University press.

klangbotten mot vilken allt handlande, utsagor och strukturer får sin symboliska betydelse. Inom vissa verksamhetsområden är det helt enkelt vissa saker 'som gäller'. Detta hänger samman med kvinnors karriärmöjligheter. Bäst karriärmöjligheter hade kvinnor, i Billings och Alvenssons studie, i en offentlig organisation som representerade avancerad tjänsteproduktion inom ett 'socialt' arbetsområde. Organisationen kännetecknades bl a av en 'nedtonad organisationshierarki', där skillnader mellan chefer och underordnade inte var särskilt uttalade; likartade kvalifikationskrav gällde för olika tjänster; maskulina stereotyper lyste med sin frånvaron, positiva nyckelord som framhölls var social medvetenhet, humanism, mjukhet, empati och solidaritet. Distinktionen privat - offentlig var emellertid av underordnad betydelse.⁹⁵

Relateras de ovanstående argumenten till den medicinska professionen så är sjukvårdsorganisationen i Sverige mångfasetterad vad gäller storlek, form och lokalisering även om den huvudsakligen bedrivs i offentlig regi. Vården kan delas upp i slutna och öppna vård. Den slutna vården inbegriper så olika saker som universitetssjukhus eller -kliniker, regionssjukhus, län- och länsdelssjukhus och lasarett. Generellt gäller att sjukhusvärlden präglas av en striktare och mer utpräglad hierarki än den öppna vården, där varje distriktsläkare har överläkarposition och är jämställd med sina specialistkolleger. In i denna struktur griper en annan aspekt, nämligen specialistområdena som i viss mån sammanhänger med organisationsform. Vissa specialiteter förekommer oftare inom öppen vård än andra som i långt högre utsträckning är knutna till universitetskliniker. Inom dessa strukturer är sedan män och kvinnor mycket ojämnt fördelade.

I analysen av det empiriska materialet i del II finns organisationsnivån med - huvudsakligen i form av arbetsplatstillhörighet - som en av flera aspekter som differentierar läkarprofessionen. Även om organisationsteorier är otillräckliga som teoretisk plattform i denna studie som fokuserar den mångfald av förhållanden som separerar en professions medlemmar, så har de lämnat värdefulla insikter som tillvaratas i analysen. Organisationsteoretiska resonemang finns med som en kompletterande infallsvinkel, det gäller inte minst Billings och Alvenssons resonemang om den symboliska och kulturella dimension som är viktig för förståelsen av könsdimensionen inom läkarkåren.

⁹⁵ Billing och Alvensson 1989, s. 111.

Diskussion

I det här kapitlet har diskussionen förts på två plan. I kapitlets första del fördes resonemang om könsbegreppet. Jag inledde med några nedslag i utvecklingen av och teoretiserandet kring könsbegreppet, hur man har testat begrepp, bytt termer, översatt och bildat nya. Redan för tio år sedan problematiserade Maud Landby Eduards och Ulla Mann den svenska kvinnoforskningens språkbruk och efterlyste skärpa i definitioner och distinktioner.⁹⁶ Självreflexionen har nu nått den punkt att ledande kvinnoforskare ställer sig frågan om vi bör 'fotnota' kön fortlöpande eller kanske rent av undvika det.⁹⁷ Det finns givetvis en poäng med att variera språkbruket, det hindrar oss från att låsa fast tanken vid en bestämd bild.⁹⁸ Men låt oss ta Eduards och Manns reflexioner som en uppmaning att inte tappa bort de teoretiska perspektiven i begreppsdiskussionen.

I kapitlet har jag argumenterat för min egen könsteoretiska position. Jag har bl a framhållit fruktbarheten i att konceptualisera kön som en relation - på olika abstraktionsnivåer - men utan att den relationen på förhand stipuleras som underordningssituation för kvinnor. Ett angreppssätt har föreslagits som innebär att vi söker spåra könsdimensionen konsekvent i våra analyser, men på ett sätt som inte döljer andra förhållanden. Jag har kritiskt granskat Hirdmans systemteori och andra ansatser som förutsätter en maktrelation mellan könen med en given riktning. Jag har vidare försvarat synen på kön som variabel.

Min teoretiska position betyder inte att se män och kvinnor som oproblematiserade kategorier. Det betyder inte heller att se kön som en 'oförklarlig residualeffekt' som återinför könsblindhet.⁹⁹ Det innebär snarare att se människor som varande av manligt eller kvinnlig kön, bärande på outklarade *likheter och olikheter*, men där *arten, graden och betydelsen* av dessa är en forskningsfråga. Metodiskt innebär det att vi tillvaratar kön som en strategisk analysvariabel. Är den konsekvent närvarande och inte bara opportunistiskt tillämpad kan den komplettera teoretiska perspektiv för att fånga skillnader och likheter mellan kvinnor och män, kvinnligt och manligt.

⁹⁶ Landby Eduards, Maud & Manns, Ulla, 1987, "Om genus och genussystem" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 4/1987.

⁹⁷ Widerberg 1992b, s. 30.

⁹⁸ Ett argument som framförs av Hirdman 1988, s. 51.

⁹⁹ Taksdal, Arnhild, 1992, "Praktisk verktøyskasse - arbeid med egen tekst" i Taksdal og Widerberg (red) *Førstørelser av kjønn i samfunnsvitenskapenes fag og kvinneforskning*, Ad Notam Gyldendal, Oslo, s. 307.

I kapitlets senare del pläderade jag för nödvändigheten av en teoretisk nivåbestämning och att vi utrustar oss med relevanta teorier på respektive nivå. Därefter presenterades några vanliga teoretiska ansatser om arbetsmarknadens könsuppdelning. Jag gjorde en avgränsning mot socialisationsteoretiska ansatser som varit tongivande inom forskningen, bl a med hänvisning till nivåproblematiken. Organisationsteoretiska ansatser som belyst institutionella hinder presenterades men med konklusionen att de är otillräckliga att ta som utgångspunkt i denna avhandling som handlar om en specifik profession. Vissa organisationsteoretiska ansatser har dock lämnat värdefulla insikter och inkluderas i analysen i del II och III. Som redan framgått av de tidigare kapitlen i del I har jag valt den professionsteoretiska marken att utgå ifrån. Den könsförståelse som här har arbetats fram utgör det könsteoretiska perspektiv som är tänkt att komplettera mina professionsteoretiska utgångspunkter i avhandlingen.

4. Metodik och tolkningsramar

Mitt metodiska förfaringssätt i avhandlingen består av kvantitativa metoder, intervjuer och diskursanalyser. Men innan dessa presenteras närmare är det befogat med en kort förhistoria som på ett sätt motiverar valet av metoder. I forskningsprocessens begynnelsefas tillhandahöll Göteborgs Läkarförening en del basmaterial för en första orientering om fältet. En snabb granskning visade en del intressanta förhållanden som blev viktiga ledtrådar i det fortsatta arbetet. En del 'försanthållanden' bekräftades och andra ifrågasattes. Således visade sig att fler män hade överläkartjänster och att männens lön var högre än kvinnornas, dock endast en liten aning om hänsyn tas till tjänster. Männen hade oftare administrativa chefsuppgifter än kvinnorna, mer ansvarsfulla sådana och högre betalda. Männen gjorde oftare en akademisk karriär.

När materialet granskades utifrån en kohortanalys uppenbarade sig emellertid spännande och komplicerade mönster. Att kvinnliga läkare *generellt* släpade efter manliga läkare, löne-, karriärmässigt o s v visade sig bero på vilket perspektiv som anlades. Bland de yngsta tenderade kvinnorna t o m att få en snabbare yrkeskarriär än männen; de hade oftare ordinarie anställning (mot männens vikarie) och vidare minskade löneskillnaderna mellan könen för de yngre kohorterna och kunde t o m i några fall vändas till kvinnors fördel.

Denna inblick reste genast en rad frågor om vilka differentieringsprocesser som egentligen pågår inom läkarkåren: Vad kunde de könskillnader vara uttryck för som tenderade att utraderas bland de yngre och ibland även vända upp och ner på den bild vi har om kvinnliga och manliga läkare? Ligger förklaringen av detta i valet av specialitet? Finns det skillnader mellan specialiteter med avseende på hur 'lättframkomliga' de är? Är det genomgående så att kvinnor befinner sig i de mest lättframkomliga specialiteterna? Väljer kvinnor bort forskning och akademisk karriär? Vi kan också vända på dessa frågor, vilket min teoretiska referensram implicerar: förekommer det demarkationer som slår ut kvinnor? Slås kvinnor ut i konkurrensen i de specialiteter där forskning och akademisk karriär utgör karriärens villkor? Vad har differentieringen och könssegregeringen för symbolisk och kulturell innebörd för läkarkåren, exempelvis i termer av status? Kan statusen och upprätthållandet av den vara ett led i att socialt konstruera prestige och kön inom medicinen?

Utifrån dessa funderingar växte den övergripande problemställning fram som ligger till grund för avhandlingsarbetet. Den är i korthet hur differentieringen inom läkarprofessionen faktiskt gestaltar sig och hur den ter sig mot bakgrund av de kulturella aspekterna, den föreställningsvärld, den diskurs, som omger professionen. Mitt metodval baseras på avhandlingens viktigaste frågeställningar. Det rör sig om olika metoder som kompletterar varandra: en enkätstudie, intervjuer och innehållsanalyser av diskurser. Metodiskt är denna triangulering avhandlingens främsta kännetecken.

Jag har valt att studera specialistkompetenta läkare. Läkare som inte har uppnått specialistkompetens är utelämnade eftersom alla läkare förväntas specialisera sig numera. Specialistutbildningen innebär framför allt en praktisk tjänstgöring inom olika specialistområden och på olika vårdinstanser. De flesta går s k ST-block (=specialiseringstjänstgöringsblock) där hela utbildningen i förväg är planerad.¹ Men många tar emellertid hela sin vidareutbildning genom vikariat. Läkare kan under pågående utbildning ändra inriktning och ta ut specialistkompetens inom en annan specialitet än från början planerat. Det gäller speciellt de som vikarierar.

Den nyckelfråga som avhandlingens röda tråd löper kring är huruvida samspelet mellan faktiska förhållanden i läkarnas karriärvillkor och diskursiva aspekter kan förklara differentieringen och könsdifferentieringen inom läkarprofessionen. En viktig utgångspunkt var därför att kartlägga läkarprofessionens arbetsförhållanden. I det syftet har jag genomfört en enkätstudie för att belysa läkarans val av specialitet, deras karriärvillkor, arbetssituation och familjesituation. En pilotstudie genomfördes på ca 20 läkare för att testa enkäten. Enkäten sändes i november 1992 till samtliga kommunalt anställda specialister anslutna till Göteborgs Läkarförening enligt medlemsregistret från april 1992 (N=968). Medlemsanslutning i Läkarföreningen är mycket hög.

Svarsprocenten i enkätstudien är drygt 81 procent (86 procent av kvinnorna svarade och 80 procent av männen). Genomsnittsåldern i svarsgruppen är 47,6 år för män och 46,6 år för kvinnor. Den stämmer bra överens med genomsnittsåldern för totalgruppen där siffran för män är 47,5 år och 46,1 för kvinnor. Enkätstudien bearbetas statistiskt i statistikprogrammet Statview, version 4.02. I genomsnittstabeller används variansanalys (Anova) för att se om skillnader är signifikanta, i procent-

¹ Det som före 1992 hette FV-block= fortsatt vidareutbildning.

tabeller används χ^2 -test. Regressionsanalyser görs för arbetskarriärer och arbetstid. Signifikansnivåer är angivna med asterix (*):

(*) innebär signifikant på 5 procents nivå,

(**) signifikant på 1 procents nivå,

(***) signifikant på 0,1 procents nivå.

I vissa fall anges om skillnader är nära att vara signifikanta, (signifikanta på 10 procent nivå) med (+).

Eftersom läkarnas ålder i materialet spänner över 32 år görs några indelningar. De yngsta läkarna är 33 år och de äldsta är 65 år. Vad gäller ålder och åldersindelning så används *tjänstetid* när arbetsrelaterade processer granskas. Det innebär att ifrån ålder dras *ålder för legitimation* - som betraktas som en startpunkt i läkarkarriären. I diskussionen delas tjänstetiden upp i fyra *kohorter* när materialet tål det:

tjänstetid 0-9 år,

tjänstetid 10-19 år,

tjänstetid 20-29 år,

tjänstetid 30 år och mer.

När denna uppdelning blir för finmaskig slås den ihop till två och det är den indelningen som oftast används i materialredovisningen. Tanken bakom denna indelning är att året 1970 bildar en brytpunkt. Då infördes sjukvårdsreformen och en vittgående strukturell förändring av specialistutbildningen som därmed blev ett led i den allmänna sjukvårdsplaneringen. De två äldsta läkarkohorterna har specialiserat sig *före* reformernas genomförande och de två yngsta kohorterna *efter*. När tjänstetid inte kan anses vara den avgörande principen, exempelvis när det gäller familjeförhållanden, används en indelning i tre *åldersgrupper*:

43 år och yngre,

44-53 år,

och 54 år och äldre.

Denna något ovanliga åldersindelning görs för att få grupperna så jämnstora som möjligt. Ibland när grupperna i fokus är för små används en åldersindelning med två åldersgrupper, yngre eller lika med 45 år och de

som är över 45 år. Begreppet *kohort* används genomgående för tjänstetid i texten och *åldersgrupper* används för ålder.

För att illustrera differentieringsprocessen samt att teckna en fylligare bild med hjälp av läkarna själva används utöver enkätmaterial ett intervjumaterial. Intervjuerna är gjorda med ett antal läkare och deras partner inom ramen för projektet "Den dubbla förhandlingssituationen" som pågick på Sociologiska institutionen vid Göteborgs universitet åren 1993-1995. I projektet studerades hur tre yrkesgrupper inom sjukvården (läkare, sjuksköterskor och undersköterskor) kombinerar familjeliv och yrkesliv. Projektet, som finansierades av Arbetsmiljöfonden, Socialvetenskapliga forskningsrådet och Forskningsrådsnämnden, genomfördes förutom av mig själv av Rita Liljeström projektledare, Arne Nilsson och Pilar Rodrigues.

Sammanlagt intervjuades 21 läkare. I avhandlingen stöder jag mig på intervjuer med de elva läkare som jag själv och Arne Nilsson intervjuade. Dessa var mellan 37 och 63 år vid intervjutillfället åren 1994-95. Makarna till läkarna intervjuades också. Med avseende på specialitet så fördelar sig de elva läkarna på de stora områdena kirurgi och medicin och allmänmedicin. Sjukhusläkare och öppenvårdsläkare finns representerade. Två tredjedelar av läkarfamiljerna bor i Göteborg eller inom Bohuslandstinget, en tredjedel inom Stockholmsområdet. I diskussionen används enkätmaterial för att strukturera riktlinjer och mönster för resonemang och argumentation medan intervjumaterialets syfte mer är att ge röst åt läkarnas egna föreställningar samt att underbygga de förklaringar som föreslås. Ett par öppna frågor i enkätmaterial bearbetas inte statistiskt utan utnyttjas mer som kvalitativt material. När enkätsvaren citeras i texten kursiveras de, i motsats till intervjumaterialet.

För att komma åt bakomliggande förklaringar till läkarnas specialistval görs innehållsanalyser, diskursanalyser, av debatter som utspelat sig i Läkartidningens spalter. Det rör sig om diskursiva demarkationer som analyseras på två plan. En diskursanalys tillämpas i kapitel 5, det historiska kapitlet. Där analyseras demarkationer som utgjorde ett försök att diskursivt kontrollera *vilka* som skulle få inträde till den medicinska professionen i en tid då läkarna på allvar börjat frukta ett framtida läkaröverskott. Diskursanalyser används likaså i kapitel 11, där revirstrider mellan olika specialiteter, som utspelat sig i olika debatter i Läkartidningen, granskas. Revirstrider mellan specialiteterna ses bl a som ett led i att diskursivt konstruera och upprätthålla en statusmässig hierarki-

sering inom läkarprofessionen och med den begränsa inträdet till vissa specialiteter.

En viktig inspirationskälla som jag redogjorde för i kapitel 2, är Anne Witz som har analyserat hur professionella stängningsstrategier har konstruerats genom en bekönad diskurs.² Det är framför allt Witz teoretiserande kring *bekönade strategier* som jag inspirerats av, vilket framgick av kapitel 2. Där diskuterade jag även strategibegreppet och det är därför på sin plats nu med en närmare precisering av diskursbegreppet.

Att tillämpa diskursanalyser bygger i denna avhandling på antagandet att den sociala verkligheten opererar på flera plan. En text, en utsaga, en handling, en åtgärd - eller som är fallet i denna studie, debatter - ger oss en känsla av att de uttrycker något mer eller annat än det manifesta, det uppenbara. Tanken är att försöka hantera den spänning som vi förnimmer mellan något utsagt och något bakomliggande. När det gäller det metodiska förfarandet beträffande diskursanalyserna i avhandlingen har viktiga insikter och kunskaper lämnats av Sven-Åke Lindgrens hantering av diskursbegreppet. I en uppsats om Foucault formulerar han Foucaults diskursbegrepp på följande sätt

en regelstyrd framställning av utsagor, begrepp, teser och teorier som sammantagna utgör en artikulerad föreställning om någonting.³

I sin avhandling *Den hotfulla njutningen* gör Sven-Åke Lindgren bruk av Johan Asplunds tankegångar om tankefigurer, som även har inspirerat många andra författare.⁴ Asplunds metod är att försöka frilägga de 'tankefigurer' som ligger bakom ett visst fenomenets 'diskurs'. Lindgren gör liksom Asplund en distinktion mellan det som en diskurs handlar om och det den är över. Innehållsanalys av diskurser innebär i detta perspektiv ett blottläggande av ett eller flera grundläggande begrepp, vilka avspeglar specifika tankefigurer.

² Witz 1992. Witz visar t ex hur engelska läkare vann striden mot barnmorskor om obstetrikern genom att diskursivt konstruera en skiljelinje mellan 'naturliga' förlossningar och 'abnormala', där endast de förra tillkom barnmorskorna, s. 198. Det är dock inte denna bekönade diskurs som står i fokus i avhandlingen.

³ Lindgren, Sven-Åke, 1989, s. 326. Lindgren, Sven-Åke, 1993, *Den hotfulla njutningen. Att etablera drogmissbruk som samhällsproblem 1890-1970*. Symposium Graduale, Stockholm.

⁴ Asplund, Johan, 1981, *Teorier om framtiden*. Liber Förlag, Stockholm 1981, kap. 7, som exempelvis Yvonne Hirdman har låtit sig inspireras av i sina reflexioner kring Genussystemet i Kvinnovetenskaplig tidskrift nr 3/1988.

Sven-Åke Lindgren har i en ny studie gjort en nyanserad och välbehövlig genomgång av de definitioner och tillämpningar av diskursbegreppet som är i omlopp, varefter han gör ett försök till att sociologiskt förankra begreppet. Lindgren förankrar sitt diskursbegrepp i en syntes av viktiga insikter från Foucault och Ricouer och får därigenom ett begrepp som både innefattar en *handlings-* och en *strukturdimension*. De kunskapssteoretiska premisserna för denna begreppsbestämning är att det existerar en utomspråklig verklighet som kan skildras med språkets hjälp och att diskursens giltighet bestäms av den historiska och kulturella kontexten. Vidare innefattas i denna syntes viktiga sociologiska begrepp som interaktion, handling, struktur, institution, aktör och makt.⁵

Andra insikter av betydelse för mina syften är hur Foucaults maktbegreppet relaterar till diskursbegreppet, eller det som Steven Ward har kallat "seriöst tal".⁶ Det refererar till experternas och de professionellas diskurser som tillmäts särskild betydelse och auktoritet i enlighet med dessa gruppers sociala positioner. Lindgren föreslår en avgränsning av det "seriösa talet" mot vardagslivets samtalsformer, varvid det förstnämnda åsyftar sociala eliters diskurser.⁷ De debatter och revirstrider som behandlas i denna avhandling försiggår just mellan olika parter och aktörer inom de sociala elitskikten. Dels rör det sig om debatter mellan en politisk och administrativ elit å ena sidan och en diversifierad medicinsk profession å den andra sidan (kapitel 5), dels rör det sig om inomprofessionella revirstrider där olika aktörer inom ett och samma professionella fält kämpar om definitions- och tolkningsföreträde (kapitel 11).

De debatter som här är i fokus har många likheter med den politiska diskursen och dess bruk av symboliska representationer, den politiska kommunikationens viktigaste kännetecken.⁸ Vanliga framställningsformer i politiska diskurser är *metonymer* som innebär att en del, eller ett begränsat uttryck får representera en helhet, *metaforer*, d v s omskrivningar så att utsagan står för något annat än vad den egentligen säger. Med detta språkgrepp förs skilda saker ihop, olika saker görs lika.

⁵ Lindgren, Sven-Åke, 1997, *Politikerna och ekobrotten. En diskursanalys*. Forskningsrapport nr. 120. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet, s. 29.

⁶ Ward, Steven C, 1995, "The Making of Serious Speech: A Social Theory of Professional Discourse" i *Current Perspectives in Social Theory*, 1995:63-81.

⁷ Lindgren 1997, s. 28.

⁸ Heradstveit, Daniel och Björge, Tore, 1996, *Politisk kommunikation. Introduktion till semiotik och retorik*. Lund. Här återgivet efter Lindgren 1997, s. 45.

Vidare präglas politiska diskurser av *tvetydigheter* som innebär att flera betydelser framkallas samtidigt.

Mitt metodiska tillvägagångssättet innebär att frilägga perspektiv, begrepp, uttryck, metaforer o s v i heta interna debatter och revirstrider. Syftet är söka komma åt vad som på en given tidpunkt är 'möjligt' och 'förnuftigt' att uttrycka och av vilka, vilka underliggande tankefigurer som förmedlas genom det "seriösa talet", hur kampen om definitions- och tolkningsmakt och tolkningsföreträde utspelas och mellan vilka aktörer, vilka positioner och kunskaper inom den sociala eliten tillerkänns legitimitet. Nicholas Fox har i en etnometodologisk studie om kirurgen visat hur kirurger konstruerar och upprätthåller tolkningsföreträde gentemot anestesiloger och annan sjukvårdspersonal genom att framhäva vissa definitioner och nedtona andra.⁹

Jacobsson och Øygarden visar i en artikel om ekonomernas metaforer och bildspråk hur metaforerna förmedlar tysta argument. Metaforerna är i sig själva påståenden, de tillhandahåller tolkningar av uttalade förklaringar, tyst kunskap och tysta argument. De ingår på så sätt i 'paket' av tolkningar.¹⁰ Diskursanalysen får i min tillämpning bli formen av en nedmonteringen eller dekonstruktion av retorik, metaforer, metonymer och hyperboler. I debatterna används dessa av aktörerna för att understryka och legitimeras vissa dimensioner, oftast uppskattade aspekter i den egna specialiteten och nervärdera andra aspekter i andra specialiteter. Ett annat förhållande som fokuseras i debatterna är interna inkonsekvenser och självmotsägelser.

Jag har försökt att respektera mitt studieobjekt och att tillämpa en teoretisk vaksamhet gentemot materialet genom att inte dra förhastade slutsatser utifrån empiriska rön och tendenser. Jag har försökt att bryta ner så många faktorer som möjligt där könsdifferentiering och betydelsefull differentiering kan antas ha materialiserat sig. Därmed infinner sig risken att fastna i den empiriska datainsamlingen, bli betagen av sin data men ändå inte förmå att lyfta från den empiriska nivån. Detta problem är givetvis förknippat med all empirisk forskning men blir särskilt stort när materialet är så mångfasetterat och komplicerat som i föreliggande studie. En lösning på detta dilemma har varit att försöka ställa teoretiskt motiverade frågor i början på de olika kapitlen och resonera kring dem i den

⁹ Fox, Nicholas, 1992, *The social meaning of surgery*. Open University Press, Buckingham, s. 132.

¹⁰ Jacobsson, Kerstin och Øygarden, Geir A. 1996, "Ekonomernas Guernica: rädlans metaforer och produktionen av mening" i *Sociologisk forskning* 2-3 1996.

utsträckning materialet tillåter. Jag har vidare försökt att relatera mitt material och mina rön till andra studier.

En motivering för att genomföra en empirisk studie av det här slaget är att professionsteorin tidigare har kritiserats för brist på empirisk förankring¹¹ och att den i stort sett har saknat ett könsperspektiv. Omvänt kan framhållas att den empiriska forskningen om kvinnliga akademiker ofta har varit svagt teoretiskt förankrad. Där empiri och teori fått befrukta varandra, har detta företrädesvis skett via socialisationsteori, som jag gör en avgränsning mot. Valet av metoder baseras på att jag ser min studie om läkarkårens differentiering och könsdifferentiering som just ett möte mellan professionsteorin och empiriskt material i en specifik kontext. Inte desto mindre tror jag studien kan generera mera allmänna kunskaper om differentiering och könsdifferentiering bland högutbildade yrkesgrupper.

¹¹ Saks 1983.

Del II

Läkarnas differentiering i historiskt och socialt perspektiv

5. Historiska tillbakablickar

Det är vanligt att beskriva den svenska läkarkårens utveckling som en obönhörlig degraderingsprocess i takt med den svenska välfärdens - och i synnerhet sjukvårdssystemets - utveckling. Den professionella autonomin har enligt detta perspektiv alltmer kringkurits, kontrollen urholkats och läkarna blivit vanliga tjänstemän. Arnold Heidenheimer är en av dem som betecknar efterkrigstiden fram till 70-talet som den medicinska professionens 'deprofessionalisering'.¹

I denna perspektivering kontrasteras begreppen professionalisering och byråkratisering i stor utsträckning; synen på professionerna framstår som universalistisk, och möjligheten att professionalisering och byråkratisering kan vara förbundna med och även beroende av varandra underskattas.² Som Mary Ann Elston har påpekat så ger deprofessionaliseringstesen inget utrymme för en *differentiering* inom professionen,³ medan en del forskare menar att en professions nära relation till statsapparaten kan utgöra just grunden för den professionella autonomin.⁴

Heidenheimer ger en intressant beskrivning av den medicinska professionens utveckling. Följande avsnitt belyser valda aspekter i läkarkårens historia under 1900-talet som har betydelse för förståelsen av diskussionen längre fram. Den ena aspekten är hur läkarnas historia präglas av återkommande försök *att kontrollera inträdet* till professionen, först *hur många* som ska släppas in och sedan *vilka*. Enligt Hellberg skapar en profession yrkesmonopol bl a genom att upprätthålla balans mellan utbud och efterfrågan på professionens tjänster; och den kontrollerar yrkesutövningen genom att fastställa villkor för medlemskap.⁵ Detta är - i Abbotts termer - den demografiska rigiditeten, eller stängning i min terminologi.

Den andra aspekten som jag vill belysa är hur läkarnas och Läkärförbundets agerande återspeglar en *skenbar enhet* bakom ofta mycket

¹ Heidenheimer, Arnold J, 1980, "The debate over 'Surplus or Shortage' in Swedish Medicine in the 1930s" i Heidenheimer & Elvander (ed) 1980, *The Shaping of the Swedish Health System*, Croom Helm, London, s. 119.

² Erichsen, Vibeke, 1992, "State traditions and medical professionalization: Scandinavian Experience(s)". Paper till ISA konferensen 'Professions in Transition' i Leicester, april 1992, s. 3. Se vidare, för en kortfattad men bra diskussion om varför byråkrati och profession anses utesluta varandra, Davies, Celia 1996, s. 668f.

³ Elston 1993.

⁴ Johnson, Terry 1982, se även Johnson, Terry 1992, "Governmentality and the institutionalization of expertise", Paper till ISA konferensen 'Professions in Transition' i Leicester, april 1992.

⁵ Hellberg 1978, s. 47.

kännbara interna motsättningar och ibland intressekonflikter. Jag vill m a o lyfta fram hur differentieringen inom kåren, mellan olika specialister, olika åldersgrupper, läkare med olika positioner e t c hela tiden gjort sig gällande för att i senare avsnitt se hur denna differentiering tar sig uttryck i demarkationer mellan olika specialiteter. I detta syfte granskas huvudsakligen fyra historiska processer eller organisatoriska förändringar. För det första granskas frågan om läkarbehov och läkartäthet i en tillbakablick och den organiserade läkarkårens agerande i denna. För det andra granskas specialistutbildningen, framför allt myndigheternas övertagande av specialistregleringen år 1969. Läkarförbundets inordning och deltagande i läkarplaneringspolicyn ses som ett försök att utjämna den allt synligare differentieringen mellan olika grupper av specialister. För det tredje granskas sjukvårdsreformen och Läkarförbundets hantering av den i ljuset av allt växande interna motsättningar inom läkarkåren. Slutligen studeras ganska utförligt den diskussion som ägde rum i Läkartidningen år 1977 i anslutning till förändrade intagningsregler till högskolan.

De första tre delavsnitten baseras främst på Heidenheimer och Carder & Klingeberg.⁶ Det sista avsnittet är längre och mera djupgående eftersom det inte finns någon studie om läkarnas och Läkarförbundets hantering av intagningsreglerna. Att välja ut en debatterad reform bygger på antagandet att det är vid organisatoriska stötestenar eller strukturella förändringar som reformer, lagändringar e t c som diskursen inom läkarkåren kommer till uttryck. UHÅ-reformen år 1977 är ett typexempel härpå.

'Läkarbristöverskottet'

Röster om läkaröverskott respektive läkarbrist har avlöst varandra under 1900 talet, både bland läkarna själva och myndigheterna. Dagens tal om 'läkaröverskott'⁷ föregicks av en lika högljudd diskussion om 'läkarbrist' under 60- och 70-talet,⁸ vilken i sin tur avlöste en diskussion om läkaröverskott under seklets första årtionden. Det är viktigt att komma ihåg att begrepp som 'läkarbehov' och 'läkarbrist' i bemärkelsen behov för

⁶ Carder Mack & Klingeberg Bendix, 1980, "Towards a Salaried Medical Profession: How 'Swedish' was the the Seven Crowns Reform?" i Heidenheimer & Elvander (ed) 1980, *The Shaping of the Swedish Health System*, Croom Helm, London.

⁷ Se *Arbetsmarknadssituationen 1994*, utgivet av Sveriges Läkarförbund, samt *Hur ser läkararbetslösheten ut?* Sveriges Läkarförbund, Februari 1995

⁸ Se *Läkartidningen* 48/1968: "Hur skall dagens akuta kris för provinsialläkeriet lösas?", se även *Läkarbristöverskottet*, Landstingsförbundet, Stockholm 1978.

läkare eller brist på läkare, inte är entydiga. De måste relateras till den omgivande sociala verkligheten och till vad som definieras som sjukdom vid en viss historisk tidpunkt; tillgång till sjukvård; typ av sjukvårdsinrättningar och organiseringen av dessa; efterfrågan på och definitioner av läkararbete i relation till annat sjukvårds- och omvårdnadsarbete.

Det låter paradoxalt att hävda att det rådde läkaröverskott i Sverige vid sekelskiftet. Den beskrivningen är ju också läkarnas, så som den framställs i en historisk tillbakablick.⁹ Den första stora 'läkarexpansionen' skedde mellan åren 1880 och 1900 då antalet läkare mer än fördubblas - från 633 till 1336. Att detta ansågs överskrida 'behovet' får ses i sin historiska kontext. Läkarna menade att detta 'läkaröverskott' missbrukades av huvudmännen. Löner och andra förmåner hölls nere. Vid sidan av vanliga provinsialläkartjänster inrättades s k 'assistentläkartjänster' vilka hade ytterst osäkra arbets- och lönevillkor. I Läkartidningen berättas om fall där innehavare av dessa tjänster t o m fått arbeta utan lön då "tillgången på assistentläkare onödiggör en sådan utgift".¹⁰

En viktig förutsättning för hur den moderna svenska läkarkåren utvecklades under 1900-talets första hälft var att den var fåtalig i jämförelse med andra länder. Intagningen till de medicinska utbildningarna var restriktiv, vilket var i samklang med Läkarförbundets policy. Men det var också i samklang med den allmänna debatten på 30-talet om akademikeröverskott.¹¹ Situationen under seklets första årtionden präglade läkarkårens inställning det närmaste halvseklet. Själva ansåg läkarna att deras farhågor om ett 'läkarproletariat' hade besannats. Nyutexaminerade svenska läkare tvingades livnära sig på vikariat, de behövde vänta flera år på fasta tjänster. Arbetslöshet var inte ovanlig, ej heller obetalt arbete.¹² Denna debatt var inte unik för Sverige eftersom liknande diskussion fanns bland akademiker i många länder under depressionen. 'Läkaröverskottet' under 30-talet var mindre än i grannländerna, exempelvis i Norge, medan

⁹ Se alla bidrag i Läkartidningen 21/1978, där Läkarförbundets historia presenterades med anledning av dess 75 års jubileum.

¹⁰ "Från provinsialläkarmisär till totallön. Striden om det "verkliga" läkarbehovet." Läkartidningen 20/1978.

¹¹ Se SOU 1935:52 *Betänkande med undersökningar och förslag i anledning av tillströmningen till de intellektuella yrkena*. Stockholm och SOU 1936:34, samt *Utredning rörande de svenska universitets- och högskolestudenternas sociala och ekonomiska förhållanden*. Bilaga till *Betänkande med undersökningar och förslag i anledning av tillströmningen till de intellektuella yrkena*. Stockholm.

¹² Se "Betydelsen för svensk sjukvård av läkare med utländsk utbildning" av Carl-Axel Hamberger i Läkartidningen 4/1978. Denna beskrivning bekräftas i SOU 1935:52 och SOU 1936:34.

debatten i Sverige emellertid var ovanligt het och mer offentlig än i andra länder, enligt Heidenheimer.¹³

I frågan om 'läkaröverskottet' framträdde läkarkåren intressemässigt som en homogen grupp. Under 30-talet när flyktingar från Hitlers Tyskland började emigrera till andra länder, togs flyktingläkare illa emot i Sverige och Läkarförbundet ställde sig mycket bestämt emot läkarimport. Läkarna ansåg sina intressen mycket hotade. Ett illustrerande exempel på det är att istället för att ta emot landsflyktiga läkare inleddes en frivillig insamling för att underlätta dessa läkares transmigration till andra länder.¹⁴

Det låga antalet läkare togs upp till diskussion efter att Socialdemokraterna kom till makten på 30-talet. Röster började höras om att rädslan för överproduktion av läkare var obefogad.¹⁵ Den socialdemokratiska regeringen framhöll att den svenska läkarproduktionen var extremt låg och borde höjas i linje med de andra nordiska länderna. Bland läkarna diskuterades frågan huvudsakligen utifrån deras *ekonomiska* situation, dvs utsikterna att kunna försörja sig på läkaryrket. Professorerna i medicin i Sverige företrädde motsatta åsikter: en Uppsalaprofessor förespråkade en ytterligare beskärning av antalet medicinstudenter. En Lundaprofessor framhöll motsatsen med motivering att läkartätheten i Danmark var dubbelt så hög som i Sverige och ändå hade de danska läkarna hyfsad social och ekonomisk situation. Läkarförbundet fick stöd för sin policy. Bland annat menade den dåvarande direktören för Medicinalstyrelsen att det inte rådde läkarbrist i Sverige trots den låga läkartätheten eftersom man utnyttjade sina läkare mer effektivt än vad man gjorde i andra länder.¹⁶

Det var först med den så kallade Höjer-rapporten år 1948 som en ökad antagningen av medicinstudenter föreslogs. I rapporten ifrågasattes de medicinska fakulteternas skäl för begränsning av antagningen. Efter en jämförelse med andra länder konkluderades det i utredningen att det fanns alldeles för få läkare i Sverige och att det inte fanns fog för att behovet av läkare skulle vara mindre i Sverige än i Danmark, Norge, England eller Tyskland. En höjning av läkarproduktionen föreslogs - och

¹³ Heidenheimer 1980, s. 68.

¹⁴ "Från provinsialläkarmisär till totalön. Striden om det "verkliga" läkarbehovet" i *Läkartidningen* nr 20/1978.

¹⁵ Heidenheimer 1980, s. 121.

¹⁶ Heidenheimer 1980, s. 68.

genomfördes - från 150 till 400 om året.¹⁷ Den ökningen ansågs rimlig i relation till de förslag till den obligatoriska sjukförsäkring som antogs komma på dagordningen, något som dock inte slutgiltigt genomfördes förrän år 1955 med sjukvårdsförsäkringslagen.¹⁸

Läkartätheten i Sverige var under hela efterkrigstiden fram till 70-talets början relativt låg i en länderjämförelse; under denna tid var enligt Heidenheimer de svenska läkarna fortfarande hälften så många per invånare som i USA och en tredjedel av vad de var i europeiska länder som Tyskland och Österrike.¹⁹ Från 50-talets början mångdubblades dock läkartätheten på några årtionden, från en läkare på 1440 invånare 1950 till ca en på 350 år 1990. Från 60-talet har det årliga antalet antagna legat runt ett tusen och det ligger endast något högre idag, eller 1045 år 1994.²⁰ Med den snabba läkarproduktionen hade Sverige hunnit ikapp Norge och Danmark på några årtionden och kom tvåa inom Norden i läkartät år 1994.²¹ Dagens situation präglas av att bland läkare registreras en stigande arbetslöshet i Sverige och många läkare har en osäker arbetsmarknadssituation.²² De medicinska fakulteterna ökade från tre år 1947 till sex år 1970. Olof Palme, som var utbildningsminister i slutet på 60-talet, uttryckte sig hårt om det restriktiva medicinarintaget och menade att det varit ett stort misstag att man inte tagit i hårdare mot gruppintressena på 40-talet. Så reflekterade man över detta flera årtionden senare i en ledare i Läkartidningen:

Att läkarförbundet med erfarenheter av 30-talets läkarproletariat och den arbetslöshet för läkarna som rådde även under följande decennium var restriktivt mot ökade intagningar vid de medicinska utbildningsanstalterna är riktigt. I dag vet vi att farhågorna var oberättigade och att förbundet gjorde en felbedömning.²³

¹⁷ SOU 1948:14, *Den öppna läkarvården i riket*. Stockholm.

¹⁸ Lag 1954:774 med särskilda bestämmelser om frivillig sjukpenningförsäkring i allmän sjukkassa. Kungörelse 1955:197 angående utbetalning av statsbidrag jämlikt lagen 1954:77 med särskilda bestämmelser om frivillig sjukpenningförsäkring i allmän sjukkassa.

¹⁹ Heidenheimer 1980, s.121f.

²⁰ *Läkarfakta 1995*.

²¹ *Nordiska Läkarfakta 1994*.

²² Enligt Akademikernas Erkända Arbetslöshetskassa (AEA) var 200 läkare arbetslösa i februari 1995, men enligt Arbetsförmedlingen var de 1100. Skillnaden ligger i olika kriterier och beräkningar, men AEA kan sägas underskatta arbetslösheten och AF överskatta den. Källa: *Arbetsmarknadssituationen 1994*. Sveriges Läkarförbund, *Hur ser läkararbetslösheten ut?* Sveriges Läkarförbund. Februari 1995, *Den framtida läkararbetsmarknaden* utgiven av Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor 1994.

²³ Läkartidningens ledare "Hr. Palmes fantasi" i 4/1969.

Även om läkarproduktionen tog fart på 50- och 60-talet var ökningen långsam och inte tillräckligt effektiv, inte minst med tanke på den snabba expansionen och omorganiseringen av hälso- och sjukvårdssektorn som skedde samtidigt. Enligt Läkartidningen var det inte förrän i slutet av 50-talet som Dag Knutson, dåvarande ordförande i Läkarförbundet, ändrade uppfattning i frågan om läkarbehovet.²⁴ När Läkarförbundet insåg och instämde i myndigheternas definition att det rådde läkarbrist, skulle den byggas bort mycket snabbt. 'Läkarbristen' var en av de hetast diskuterade frågorna under 60-talets senare hälft och början av 70-talet. Mest var det provinsialläkarkrisen som var föremål för diskussion även om det fattades läkare i många specialiteter. En tredjedel av landets provinsialläkartjänster var vakanta år 1968. Situationen var värst i Norrland men även längre söderut var förhållandena dåliga.²⁵

Intagningen till läkarutbildningen hade utökats så drastiskt att det inte dröjde många år innan de första farhågorna om ett blivande läkaröverskott började höras. Bland de första att uttrycka farhågor om det framtida läkaröverskottet var Medicine studerandes förbund, Göteborgsavdelningen, som först tog upp saken år 1976. Där tyckte man redan då att det var bråttom.²⁶ Läkarna befann sig i den paradoxala situationen att en enorm läkarbrist förelåg samtidigt som man fruktade att ett (kanske lika stort) överskott var att vänta. Följande reflexioner i Läkartidningens ledare våren 1978 visar dilemmat mycket klart:

Vi har levt så länge under läkarbrist att det inte utan en omsorgsfull och saklig argumentation är möjligt att övertyga patienterna eller politikerna om att läget nu förändras snabbt och dramatiskt. Tyvärr måste man räkna med att historiska försyndelser och felbedömningar inom olika akademikerförbund gör det svårare för läkarförbundet i dag att nå fram med information i prognosfrågan.²⁷

Dessa 'felbedömningar' som Läkarförbundet medgav i Läkartidningens ledare så sent som år 1969²⁸ och åter 1978, är kanske snarare ett uttryck för den organiserade läkarkårens hårda intressebevakning när det gällde

²⁴ "Från provinsialläkarmisär till totallön. Striden om det 'verkliga' läkarbehovet" i Läkartidningen 20/1978. Dag Knutson, en tongivande aktör, var SYLF:s ordförande från 1938-1942 och Läkarförbundets ordförande från 1946-1961.

²⁵ "Hur skall dagens akuta kris för provinsialläkeriet lösas?" i Läkartidningen 48/1968

²⁶ Se "Motionsrekord till fullmäktige. Arbetstiderna oroar många" i Läkartidningen 41/1977.

²⁷ "SYLF på barrikaderna" Läkartidningens ledare i 15/1978.

att kontrollera inträdet till yrket. Efter det ökade intaget av medicin- studenter var rekryteringen dock fortfarande ganska homogen. Det var "skolljus på reallinjen" som rekryterades till läkarlinjen som Lars Gyllen- sten uttryckte det i en uppmärksamman artikel i Läkartidningen år 1970.²⁸

Mitt i den motsägelsefulla situationen med 'läkarbristen' och allt högljuddare röster om ett framtida läkaröverskott fick läkarkåren uppleva att antagningsreglerna till läkarlinjen blev ändrade. I debatten om läkar- rekryteringen år 1977, som behandlas längre fram, blev studerandeintaget en symbolfråga för läkarna. Debatten kan ses som den traditionella pro- fessionsideologins sista desperata försök att värna den då hotade exklusivi- teten och avvärja den breddning i socialt avseende som åsyftades. När professionen inte längre kunde försäkras positionen som en fåtalig prestigefylld expertgrupp kunde man åtminstone försöka bibehålla homo- geniteten.

Specialistväsendets utveckling;

"...en kompromiss mellan samhällets och läkarnas krav"

Läkarförbundet ansåg sig ända fram till 60-talet ha mycket ansträngda förbindelser med statsmakten. Men det som Läkarförbundet tolkade som enbart konflikter mellan läkarkåren och statsmakten, kan i andra avseen- den ses som uttryck för motsättningar inom läkarkåren och effekter av Läkarförbundets hantering av dessa. Enligt Heidenheimer bibehöll Läkarförbundet under efterkrigstiden den ideologiska inställningen med konfrontation som man hade intagit före kriget, och han framhåller att svenska läkare var mer mottagliga för elitistiska, icke-demokratiska ideo- logier än läkare i andra länder.²⁹

När Höjer-rapporten kom år 1948 bemöttes den med stort motstånd från läkarhåll. I rapporten hade man förespråkat en utbyggnad av den öppna vården, och man hade som framgått även föreslagit en ökning av studerandeintaget och dessa förslag verkställdes så småningom. Men man hade även föreslagit en ändring av läkarnas betalningssystem och det var mot det som motståndet mot Höjer-rapporten huvudsakligen riktade sig. Där föreslogs att läkarna skulle bli avlönade i det offentligas tjänst istället

²⁸ "Det dolda läkarsamhället" av Lars Gyllensten, som vid det här laget var prosektor i histologi vid Karolinska institutet, ledamot av Svenska akademien. Gyllensten skrev denna uppmärksamman artikel i slutet på 60-talet och den publicerades i Läkartidningen 5/1970.

²⁹ Heidenheimer 1980, s. 121f.

för det dåvarande läkararvodessystemet där läkarna fick en del av sin lön från huvudmannen och en annan del direkt från patienterna.

De svenska läkarna anses av många ha vunnit den första striden mot statsmakten när de förhindrade Höjer-reformens genomförande år 1948.³⁰ Men har de gjort det så kan det samtidigt framhållas att den segern hade en besk eftersmak, eftersom de monopolistiska strävandena blev så småningom en hämsko. Ett skäl är att med Höjer-reformen hade man ändå bestämt en ökning av kåren vilket bäddade för ökade inre mot-sättningar inom ramarna för det dåvarande avlönings- och karriär-systemet.

År 1952 blev Dr Arthur Engel generaldirektör för Medicinalstyrelsen och klimatet mellan läkare och myndigheterna avpolitiserades, enligt Heidenheimer.³¹ Grunden lades för en decentralisering, landstingen tog över mer och mer av vårdens administrativa och ekonomiska funktioner och ansvar. Med detta följde en stark sjukhusorientering.³² Polikliniska mottagningar byggdes i anslutning till sjukhusen. Därigenom ökade möjligheterna till sjukhustjänster för den allt större skaran av nya doktorer i en tid då kårens sammansättning ändrades ganska snabbt.³³

Läkarkårens drastiska numerära ökning på 50-och 60-talen ändrade givetvis gruppens sammansättning, bl a åldersmässigt. Den ändrade ålderssammansättningen medförde generationsklyftor som förstärktes av de stora förändringar som sjukvården genomgick. Den ökande sjukhusorienteringen stimulerade i sin tur specialiseringen av läkarkåren. Som exempel på sjukhusorienteringen kan nämnas att 65 procent av alla läkare var sjukhusanställda i Sverige år 1985 mot exempelvis 50 procent av de norska läkarna.³⁴ Alla dessa förändringar påverkade naturligtvis läkarkårens utveckling och läkarnas kollektiva strävanden.

Fram till år 1960 ansvarade Läkarförbundet självt för reglering och fastställande av specialistkompetens för läkarna. Denna reglering kom till stånd i seklets början i syfte att

³⁰ Se exempelvis Immergut, Ellen M, 1992, *Health politics interests and institutions in Western Europe*. Cambridge University Press. New York, kap 5.

³¹ Heidenheimer 1980, s. 124.

³² Carder & Klingeberg 1980, s. 145f. Se även SOU 1958:26 Regionsjukvården, SOU 1958:15 Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena.

³³ Heidenheimer 1980, s. 124f.

³⁴ Erichsen 1992, s. 8.

komma till rätta med det ökande ofoget bland praktikerna att annonsera ut sig som specialist utan annan bakgrund än kanske någon veckokurs i det angivna ämnet

som en läkare uttryckte det i seklets början.³⁵ När myndigheterna tog över specialistbehörigheten var det inte utan motstånd från läkarna sida. Läkarförbundet under ledning av Dag Knutson kämpade hårt emot förslaget när det kom år 1959 och Läkartidningen framställde den som en förlorad kontroll. Men reaktionerna kan lika mycket ses mot bakgrund för de allt ökande interna motsättningarna.

Från regeringens sida var man intresserad av att ersätta den praxis om läkarutbildningen som hade gällt sedan strax efter sekelskiftet. Man ville reglera läkarnas rätt att praktisera som specialisläkare. Med detta inkräktade man på Läkarförbundets rätt, som sedan 1915 var institutionaliserad, att godkänna specialiteter. Läkarförbundet nyaste regler var från december 1951 och där fanns då 25 olika specialiteter. För att få praktisera som specialist krävdes fem års träning i specialiteten, huvudsakligen praktiskt sjukhusarbete eftersom de medicinska fakulteterna inte gav några vidareutbildningskurser.³⁶ Från myndigheternas sida framhölls bl a rimligheten av att samma organ som legitimerade läkare skulle reglera specialistväsendet, d v s Medicinalstyrelsen. Man var bestämd på kravet om offentlig insyn och myndigheters kontroll över specialistväsendet.

Läkarförbundet å sin sida framhöll att en statlig reglering inte var befogad eftersom det inte fanns några institutionaliserade utbildningar eller formella kurser på vidareutbildningsnivå. De tre medicinska fakulteterna var delade i frågan.³⁷ Och även om Läkarförbundet fick medhåll från Medicinaldirektören Dr Engel, så genomfördes ändringen. Ett av de kryphål man utnyttjade var att Läkarförbundet hade tillåtit vissa överläkare att kalla sig specialister trots att de inte uppfyllde villkoren för det, enligt Heidenheimer. Ungefär en tredjedel av de vikarierande överläkarna, mest kirurger, radiologer och psykiater hade inte specialistbevis. Men regleringen var också en ekonomisk kontrollfråga för staten eftersom den stora sjukkassereformen, som trädde i kraft år 1955 innebar differentierade taxor för olika läkarkategorier.

³⁵ "Specialistväsendets utveckling - förbundsansvar i halvt sekel" i Läkartidningen 20/1978.

³⁶ Heidenheimer 1980, s. 127.

³⁷ Karolinska och Lund stödde Läkarförbundet, Göteborg stödde ändringen, se Heidenheimer 1980, s. 129.

Den nya generation läkare som blev allt talrikare hade helt andra intressen än den dåvarande ledningen för Läkarförbundet med Dag Knutson i spetsen, som fick mest av sitt stöd från de privatpraktiserande läkarna och de äldre sjukhusläkarna.³⁸ Som framgått drev läkarna utåt, dvs genom Läkarförbundets politik, en traditionell eller konservativ professionalism ända fram till 60-talet. Man poängterade autonomi och självkontroll - främst i bemärkelsen oberoende gentemot staten, och traditionella professionella värden, så som att vidmakthålla en skiljelinje mellan det professionella arbetet och annat arbete.

Från och med 60-talet blev det något andra tongångar.³⁹ En ny fas inleddes där Läkarförbundet alltmer började samarbeta med statsmakten. Förbundets politik var inte lika präglad av de äldre sjukhusläkarnas och privatpraktikernas intressen som tidigare. *Man tonade ned skiljelinjen mellan professionellt och annat arbete* som tidigare hade varit så viktig. Reglering av specialistväsendet smälte så småningom samman med läkarnas vidareutbildning och landets läkarbemannning. Läkarförbundet blev medansvarigt i en gemensam planering av läkarbehov och läkarbemannning. 'Socialstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet' var verksam från år 1960 till 1969 och Läkarförbundet hade två representanter i den nämnden.⁴⁰ Att Medicinalstyrelsen hade övertagit regleringen av specialiteterna medförde inga drastiska ändringar i början, men myndigheterna fick med tiden ökat inflytande över planering av läkarkåren.

Medan många av de äldre läkarna såg denna process som en urholkning av den professionella autonomin och kontrollen, såg den talrika gruppen yngre läkare däremot sina intressen tillgodosedda bättre än tidigare. Den politik som utgick från läkarna som en fåtalig exklusiv och prestigefylld grupp fungerade inte längre när runt ett tusen läkare utexaminerades årligen. Motsättningen mellan yngre och äldre blev så småningom mycket svårhanterlig. SYLF, Sveriges yngre läkares förening, växte sig starkare inom Läkarförbundet i takt med att de yngre

³⁸ Heidenheimer 1980, s. 125f.

³⁹ Denna beskrivning av Heidenheimer och Carder & Klingeberg bestrids inte av Bo Hjern som var i spetsen för de ungläkare som pådrov förändringar i 60-talets början. Han kommenterar deras beskrivning i boken *The Shaping of The Health System*, ("Commentary on Part Three"). Hjern vill dock reducera den betydelse som författarna tillerkänner enskilda män (i synnerhet Dag Knutson) och är benägen att se starkare kopplingar mellan sjukvårdssystemen och samhället i stort än Heidenheimer som ser läkarnas organisation mer som en motkraft mot administrativa och politiska intressen, se Heidenheimer 1980, s. 138. Detta är en mycket intressant aspekt på struktur-aktör problematiken som i det här fallet återspeglar sig i skillnaden mellan ett 'insider' och 'outsider' perspektiv.

⁴⁰ Ur Sveriges Läkarförbunds verksamhetsberättelse 1968-1969 i Läkartidningen 19/1969.

läkarna blev fler och de drev på sina intressen. Expansionen av sjukhusen hade gjort de yngre läkarna mindre beroende av sina överordnade i sin karriär, enligt Heidenheimer. De hade organiserat protester mot de äldre sjukhusläkarnas ensamrätt till de polikliniska patienterna vilken var en mycket vinstgivande affär och de hade bättre relationer till arbetsgivarna.⁴¹ Detta och flera andra förhållanden har säkerligen medverkat till att minska motståndet mot sjukvårdsreformen i början på 70-talet.

Även om staten övertog ansvaret för specialistutbildningen år 1960 så var det inte förrän år 1969 som några förändringar genomfördes. Då uppsattes särskilda kvoter för olika specialistutbildningar, beräknade utifrån antaganden om läkarbehov och dessa relaterades till vissa tjänster inom sjukhusorganisationen. Ett av målen med det förslag som lades var att antalet tjänster som kunde utnyttjas för vidareutbildning vid varje tidpunkt motsvarade antalet läkare som efterfrågade sådan utbildning. Dessa tjänster skulle vara fördelade på sjukvårdens olika sektorer så att de svarade mot det förutsebara sjukvårdsbehovet. Genom ett sådant system ansågs läkarresurserna kunna kanaliseras till de områden där de bäst behövdes.⁴²

Läkarnas utbildning blev nu ett led i en strävan efter en balanserad expansion av sjukvårdens olika grenar. *En grundtanke i denna ändring var att läkarnas utbildning skulle inordnas i den allmänna sjukvårdsplaneringen.* Här kommer till uttryck det dilemma som specialistväsendet hela tiden brottats med därefter - utifrån läkarnas perspektiv: genom att läkarna tillförsäkrades vidareutbildningstjänster som motsvarade antalet färdiglegitimerade läkare, d v s anställningstryggheten tillgodosågs, så blev den *totala* friheten att välja specialitet kringskuren.

En specialistutbildning infördes som omfattade 4-5 år inom 40 olika specialiteter och dels en 3-årig utbildning av allmänpraktiker främst för den öppna vårdens behov. Ingen tidpunkt fastslogs för när allmänpraktikernas utbildning skulle träda i kraft vilket får ses mot bakgrund av de vid den tidpunkten svårbesatta provinsialläkartjänsterna.⁴³ Trots att man från offentligt håll hade satsat på utbyggnad av den öppna vården, flerläkarstationer, psykiatri och långvård så..

⁴¹ Heidenheimer 1980, s. 125ff.

⁴² Se Läkartidningens redogörelse för propositionen om vidareutbildning och fördelning av läkare som lades fram i riksdagen våren 1969: "Den nya läkarutbildningen" i 13/1969.

⁴³ "Hur skall dagens akuta kris för provinsialläkeriet lösas?" i Läkartidningen 48/1968.

uppvisar samhällets nuvarande öppna sjukvård - provinsialläkarsidan - och den psykiatriska sjukvården de relativt sett högsta vakanssiffrorna på läkartjänster, vilket för övrigt inte är något tillfälligt fenomen. Detta understryker behovet av en samordnad sjukvårds- och utbildningsplanering...

som det hette i socialminister Sven Asplings redogörelse för vidareutbildningspropositionen.⁴⁴

Även grundutbildningen förändrades. Den tidigare medicine licentiatexamen, som formellt tog 6,5 år och avslutades med nio månaders praktisk tjänstgöring (s k assistenttjänstgöring), ersattes med en fastställd studietid på 5,5 år och en obligatorisk allmäntjänstgöring på 21 månader. Ett exempel på hur sammanvävd utbildningsplaneringen blev med den allmänna sjukvårdsplaneringen är att allmäntjänstgöringen från och med år 1969 innehöll tre månaders arbete i psykiatri och sex månader i öppen vård - båda stora bristområden - trots att alla remissinstanser hade rekommenderat tre månader i öppen vård. Detta motiverades från offentligt håll huvudsakligen utifrån sjukvårdens behov: så gott som alla läkare oavsett inriktning antogs ha behov och nytta av praktisk erfarenhet från dessa verksamhetsområden; båda dessa behövde byggas ut; genom tjänstgöring kunde de unga läkarna stimuleras att fortsätta.⁴⁵

Läkarförbundet kritiserade förslaget på de flesta punkterna. Formellt *sade* sig Läkarförbundet stödja satsningen på öppen vård, psykiatri och långvård men samtidigt framhöll man så allvarlig kritik att den i princip kullkastade grundidén med reformen. Man poängterade bristen på handledning; man talade om 'tvångskommendering' av nyexaminerade läkare till bristområden; man ifrågasatte möjligheterna till planering och fördelning av tjänster till olika specialiteter utifrån morgondagens sjukvårdsbehov; man framhöll orimligheten i att den unge skulle vara klar över vilken karriär han eller hon skulle komma att välja. Man varnade vidare för

påtagliga negativa följder för övriga somatiska specialiteter, både för att kunna tillgodose den ständigt ökande patienttillströmningen och för läkarna i redan 'karriärtrånga' stora specialiteter som medicin och kirurgi.⁴⁶

⁴⁴ Refererad i Läkartidningens redogörelse av propositionen, se not 42.

⁴⁵ "Den nya läkarutbildningen" i Läkartidningen 13/1969.

⁴⁶ "Proposition om läkares vidareutbildning - äntligen" Läkartidningens ledare 16/1969.

Denna ambivalens har gjort sig gällande hela tiden i Läkarförbundets inställning. Propositionen kritiserades även i dagspressen för att motivet för utbildningsreformen främst var sjukvårdspolitiskt, Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) och Svenska Med Kand Förbundet (SMKF) kritiserade den planerade halvåriga öppenvårdstjänstgöringen.⁴⁷ Företrädare för olika specialiteter såg den nya specialistutbildningen som ett hot mot den existerande verksamheten eftersom de dåvarande underläkartjänsterna skulle behöva utnyttjas för att tillgodose enbart allmänutbildningsbehov. Särskilt fruktade kirurgerna att de kirurgiska klinikerna skulle tömmas på kvalificerade kirurger till förmån för "en stor kader läkare utan erforderlig kunskap".⁴⁸ Systemet kritiserades även för att inte tillräckligt kunna utvecklas i takt med medicinsk forskning och utveckling, men även för att läkarna hade frånsagt sig friheten.⁴⁹

De s k FV-blocken (fortsatt vidareutbildning), som blev resultatet av denna reform och kvoterna för specialiteterna, debatterades ivrigt under de närmaste tio åren. Läkarförbundet hade blivit medansvarigt i att verkställa de politiska besluten om den geografiska och specialitetsmässiga läkarfördelningen. Läkarförbundet försökte under denna period balansera mellan frihet och styrning, man hade offrat den *totala* valfriheten för anställningstryggheten för utbildningsläkarna. FV-blocken fördelades inom ramarna för politiskt beslutade prioriterade områden. Läkarförbundet hade *i praktiken*, med sitt samarbete, godtagit definitionen av dessa. Man hade blivit medansvarig i att verkställa politiska beslut. Men valfriheten blev inte totalt kringskuren, vilket den ojämna rekryteringen till specialiteterna alltjämt vittnar om. Ett helt årtionde efter att planen igångsattes led de prioriterade specialiteterna av svår rekryteringsbrist samtidigt som andra specialiteter, ofta mer prestigefyllda, hade en allvarlig 'överproduktion'.⁵⁰

Läkarförbundet försvarade samarbete med myndigheterna med motiveringen att 'samråd var bättre än inget inflytande alls'. Man för-

⁴⁷ Se "Läkarutbildningen", presskommentar ur Göteborgs Handels och Sjöfartstidning i Läkartidningen 17/1969, se även "Enhetstaxan i centrum för intresset på Sylfs årsmöte" i Läkartidningen 16/1969.

⁴⁸ Gustav Giertz som var överläkare vid Karolinska sjukhusets urologiska klinik och ordförande i Svensk kirurgisk förening yttrade sig några gånger angående reformen, se exempelvis artikeln "Utvecklingen av antalet kirurgtjänster" av honom i Läkartidningen 27/1969, samt "Läkarutbildningen: Risk att svensk kirurgi äventyras" i Läkartidningen 17/1969 och replik av Medicinalrådet Gunnar Wennström, chef för socialstyrelsens byrå för personal och utbildningsplanering "Läkarutbildningen: Utvecklingen av antalet kirurgtjänster" i Läkartidningen 22/1969.

⁴⁹ "Revidera blocksystemet för specialistutbildning!" Åke Andrén-Sandberg och Lars Risholm i Läkartidningen 33/1977.

⁵⁰ *Läkarbristöverskottet*, Landstingsförbundet 1978. Se även Läkartidningens ledare "Läkarexplosion" i 42/1978.

svarade blocksystemet och den införda styrningsformen och framhöll att systemet

förhoppningsvis fördelaktigt avviker från vad som skulle ha gällt om statsmakterna och sjukvårdshuvudmännen ensamma fått råda.⁵¹

Den interna differentieringen och motsättningarna inom läkarkåren hade blivit mycket synliga. Att Läkarförbundet hade accepterat huvudmannaskapet och valt att medverka i läkarfördelningsprogrammet och blockförordnandena kan ses som ett tecken på de yngre läkarnas allt starkare position. Den traditionella professionalismen hade ersatts av en mer militant facklig politik och professionaliseringssträvandena ändrade karaktär. Systemet garanterade utbildningen fram till specialistkompetens, resultatet måste bli

"någon form av kompromiss mellan läkarnas och samhällets krav",

som Läkarförbundets representanter uttryckte det.⁵² Frågan är om den viktigaste kompromissen inte var den som just vette inåt, den interna sammanjämkningen av olika intressen, samtidigt som läkarna hade fått en effektiv beskyddare i staten.

Sjukronorsreformen: förstatligande av läkarna eller locket på interna motsättningar?

"Från 'liberal profession' till tjänstemän" var rubriken på en tillbakablickande intervju med den tidigare ordföranden för Läkarförbundet Dag Knutson i Läkartidningen år 1978.⁵³ Det är inte minst 'sjukronorsreformen' från år 1970 som har gett upphov till uppfattningen om den svenska läkarkåren som deprofessionaliserad. Av de reformeringar som präglade 60- och 70-talet är det den som har betraktats som den mest dramatiska. I många läkares ögon, i synnerhet de äldre läkarnas, innebar reformen att den urgamla principen om läkaryrkets frihet och oberoende var kringskuren och reformen tolkades av många som ett ödesdigert accepterande av läkarna som tjänstemän.

⁵¹ "Blocken behövs - se över specialistreglerna" av Johan Calltorp och Olle Westerborn i Läkartidningen 33/1977.

⁵² Calltorp och Westerborn, Läkartidningen 33/1977.

⁵³ Läkartidningen 20/1978.

Sjukronorsreformen eller enhetstaxereformen innebar arbetstidsreglering för läkarna, övertidsersättning och jourkompensation. Den var en väldig strukturell omvandling och medförde inte enbart stora förändringar för läkarnas vidkommande utan för hela sjukvårds- och försäkringssystemet. En enhetlig patientavgift på sju kronor infördes i all offentlig öppen vård istället för en differentierad taxa. Sjukronorsreformen avlöste ett återbäringssystem som innebar att patienten fick betala hela läkararvodet, men sedan fick återbäring på tre fjärdedelar av beloppet hos försäkringskassan. Detta lades nu ner och patientarvodet till läkarna förbjöds. Patientavgiften omfattade efter reformen ersättning för alla eventuella konsultationer, röntgen- och laboratorieundersökningar o s v. Uttrycket 'totallön' användes om läkarnas inkomster därför att huvudmännen - landstingen - tog betalt av patienten och läkarna fick all sin lön av dem.

Reformen genomfördes mycket snabbt, från det att förslaget presenterades i februari 1969 tills lagen trädde i kraft mindre än ett år senare, i januari 1970. Läkarförbundet var så gott som uteslutet ur förberedelse- och beslutsprocessen. Ingen utredning föregick reformen. I Läkartidningen hölls saken aktuell och man försökte studera vad reformen innebar, både för sjukvårdens utveckling, för patienterna och för läkarna. Läkarförbundet ställde sig i princip positivt till reformens officiella mål, men föreslog att reformen skulle skjutas upp. "Ja till reformen - men först en utredning" var rubriken på den ledare i Läkartidningen där Läkarförbundets remissvar diskuterades.⁵⁴ Förbundet instämde i det övergripande offentliga målet att "den kostnad som slutligen stannar på den försäkrade under sjukdom blir förhållandevis låg", men framhöll samtidigt att konsekvenserna av enhetstaxan aldrig utretts ordentligt. Läkarförbundets remissutlåtande antogs på ett fullmäktigemöte men många ansåg det för 'blekt' och 'sambällstillvänt' och att

...läkarförbundet borde bättre ha analyserat och starkare poängterat de negativa effekterna och över huvud taget ha intagit en militantare hållning.⁵⁵

Klyftan mellan yngre och äldre läkare illustreras ganska bra av att någon månad tidigare hade den nyvalde SYLF-ordföranden Carl-Axel Nilsson

⁵⁴ "Ja till reformen - men först en utredning", Läkartidningens ledare 20/1969.

⁵⁵ Se "Fullmäktigemötet i Umeå: Enhetstaxan dominerade debatten" i Läkartidningen 25/1969.

intervjuats i Läkartidningen där han underströk samhällets begränsade resurser och att sjukvården inte kunde expandera som hittills. Läkarna måste engagera sig i mycket större utsträckning än tidigare för sjukvårdens planerings- och prioriteringsfrågor, menade han.⁵⁶

Reformen och konsekvenserna av den diskuterades även av medlemmarna själva. Motståndet var hårt, det hade företrädare hela det årtionde som följde och har än i dag inte helt ebbat ut. Kritikerna talade i termer som 'förstatligande', 'socialisering' och 'totalisering' av läkaryrket; man talade om 'schemabundna ofria arbetstider'; läkarens roll i samhället debatterades, om läkaren var på otillbörlig piedestal, om respekten var oförtjänt eller inte. 'Man vill utrota den fria sjukvården och åstadkomma full totalisering av samtliga läkare', sades det i en insändare i Läkartidningen som var typisk för en del av motståndet.⁵⁷ Diskussionen bland läkarna själva gällde några nyckelfrågor. Den gällde bl a deras position som 'fria yrkesutövare', vilken ansågs hotad, den gällde rätten till privatmottagning på sjukhus som de skulle frångå och en del andra aspekter som differentierade läkarna som vi snart ska se.

Privatpraktikerna - som i det närmaste personifierar de 'fria oberoende yrkesutövarna' - var uteslutna i reformen. Läkarförbundet lade ner stor möda på att försöka få myndigheterna att inkludera privatpraktikerna. Man fruktade att reformen annars skulle öka trycket på sjukvården, genom att öppenvårdspraktik i anslutning till sjukhus skulle bli billigare än privatpraktikerna. De privatpraktiserande läkarna omfattade vid det här laget ca 25 procent av alla öppenvårdsbesök. De var en minskande grupp och förskjutning skedde mot allt högre åldrar. Möjligheter till nyetablering var redan svåra och hinder av olika slag hade uppställts. Landstingspolitikerna fruktade att en ökad nyetablering kunde äventyra uppbyggnaden av den öppna vården och ytterligare försvåra rekrytering av läkare dit som redan var svår.⁵⁸

För de privatpraktiserande läkarna själva handlade processen, och inte minst sjukvårdsreformen, om styrningen av och kontrollen över det

⁵⁶ "Sylf:s nye ordförande: Ökat läkarinflytande i sjukvårdens planeringspolitik!" i Läkartidningen 16/1969.

⁵⁷ "Tio punkter om läkartotaliseringen" av Olof Gilland i Läkartidningen 5/1970, se även "Emigrera!" av Nec Kullander och S.-G. Palmquist i Läkartidningen 4/1970, där svenska läkare uppmanas att fly till andra länder där läkarkåren är fri och inte socialiserad.

⁵⁸ "Fortsatt snabb minskning av den allt äldre praktikeråren" i Läkartidningen 8/1977, "Praktikerna igen", ledare och Clas-Göran Kjellander "Praktikerfrågan inför viktigt avgörande. Skall regeringen stoppa nyetableringen?" i 11/1977.

professionella arbetet. Så här uttryckte sig de privatpraktiserande läkarnas ordförande i slutet av 60-talet:

...statsmakterna var medvetna om att man inte kan styra läkarkåren helt efter sina önskingar så länge det existerar en fri och oberoende läkarsektor dit läkarna kan söka om de finner de anställda läkarnas arbetsvillkor otillfredsställande.⁵⁹

En annan mycket känslig fråga var universitetssjukhusens överläkare som visade bastant motstånd. Ordföranden för Universitetssjukhusens överläkarförening (USÖ), Lars Werkö anklagade Läkarförbundet i en artikel i Läkartidningen för överdriven hänsyn till privatpraktikerna och menade att de som mest berördes av den nya reformen var läkarna vid universitets- och storstadssjukhusen. Han oroade sig för den grupp han representerade, överläkare och specialistkompetenta underläkare som hade - ibland stora - inkomster av privatmottagningarna på sjukhusen.⁶⁰ Detta rörde sig visserligen i en mening om privatpraktik men till skillnad från den traditionella hade dessa läkare en offentlig anställning i botten och det hade lett till skavanker i bilden av läkarna som en ansvarsmedveten yrkeskår.⁶¹

Läkarförbundets ordförande, Osborne Bartley, replikerade på Werkös inlägg främst för att hindra den splittring som han ansåg att Werkös artikel kunde provocera. Bartleys svar visar mycket väl de interna motsättningar, som förbundet hade att överbrygga:

Jag är helt medveten om att förbundet inte kan verka på sådant sätt att samtliga medlemmar eller ens samtliga grupper medlemmar ständigt kan vara tillfreds. Vi har alltid haft och kommer alltid att ha vissa underlåtenhetsynder på vårt samvete.⁶²

Många läkare stödde emellertid reformens mål. För stora grupper innebar den förbättringar avseende lön, arbetstider och arbetsvillkor. För-

⁵⁹ "Arne Ekengren ny ordförande hos de privatpraktiserande läkarna" i Läkartidningen 18/1969.

⁶⁰ "Överdriven hänsyn till praktikerna" av Lars Werkö i Läkartidningen 26/1969.

⁶¹ Aftonbladet skrev i ex följande i en ledare "Läkarna själva vill helst kalla det för prestationsersättning, men få andra arbetstagare har likartade möjligheter att i samband med sitt vanliga arbete, på sin ordinarie arbetsplats och med användande av arbetsplatsens resurser skaffa sig inkomster utöver sin ordinarie lön." Refererad i Läkartidningen 3/1969, "Läkarna och lönerna" presskommentarer.

⁶² "Läkarförbundet och privatpraktikerna: Hänsyn - javisst men inte överdriven!" i Läkartidningen 31/1969.

utom ändringen i Läkarförbundets sammansättning och större betoning på rent fackliga frågor gick inte heller det samhällspolitiska klimatet läkarna obemärkt förbi. De höga läkarlönerna var en återkommande tråd i de presskommentarer som Läkarförbundet återgav på sina sidor och enskilda läkare förespråkade i insändare i Läkartidningen återhållsamhet i solidaritetens namn. Man relaterade läkarlönen till hungersnöden i tredje världen. Läkarförbundet och SACO fick ideligen kritiska kommentarer från enskilda läkare för bristande solidaritet och samhällsansvar.⁶³

Samtidigt som sjukvårdsreformen ställde de interna motsättningarna inom kåren på sin spets blev det allt mer problematiskt, i det politiska klimat som rådde, att upprätthålla den bild av läkarprofessionen som man utåt ville visa. I en ledare mot slutet av året 1969, några veckor innan reformen skulle verkställas, kritiserade Läkartidningen hårt det föreslagna förbudet mot rätt till privatmottagning på sjukhus. Den förändring som Läkarförbundets ordförande några månader tidigare hade försvarat som närmast nödvändiga "underlåtenhetssynder" i sammanhållningens namn, betecknades nu som en...

utmanande nonchalans mot en ansvarsmedveten och hårt arbetande yrkeskår.⁶⁴

Carder och Klingeberg, som utförligt studerat sjukvårdsreformen, konkluderar att reformen hade både ekonomiska och socialpolitiska incitament.⁶⁵ Det samhällspolitiska klimatet var radikalt, inspirerat bl a av Låginkomstutredningen och av att socialdemokraterna behövde skärpa sin klassutjämnande profil. Målet var således inte bara en utjämning bland olika grupper av patienter utan även inom läkarkåren. Motsättningarna inom läkarkåren hade många dimensioner. Det fanns motsättningar mellan de yngre sjukhusläkarna och de äldre överläkarna, mellan privatpraktiker och offentligt anställda läkare som framgått, och inte minst mellan olika grupper av specialister.

Den sistnämnda motsättningen var ett känsligt område inom läkarkåren, men blev desto mer framhävd i pressen. Vi såg ovan att Aftonbladet kritiserade det gamla systemet, men även de borgerliga tidningarna

⁶³ Från Läkarförbundets sida såg man sig tvungen ett par gånger att gå i svaromål. Se t ex Läkartidningen 42/1970 där man svarar i en ledare "Lönepolitik och solidaritet" den inkomna kritiken från några insändare.

⁶⁴ "Enhetstaxan och läkarnas arbetsvillkor" Läkartidningen 48/1969, ledare s. 4964.

⁶⁵ De redogör utförligt för politiska omständigheter och förhandlingsprocessen mellan Landstingen, Socialstyrelsen, departementen och regeringen. Denna process är dock av mindre betydelse här.

förargades över de extrema inkomstskillnaderna mellan de olika läkargrupperna. Expressen kritiserade i januari 1970 det förhållandet att de läkare som tjänade mest var en grupp laboratoriecytologer genom att undersöka prov från kvinnor som genomgick hälsokontroll för livmoder-cancer.⁶⁶

I en historisk tillbakablick i Läkartidningen år 1978, fanns en överton av tvivel över hela reformperioden. Man framställde efterkrigstiden som en uppsplitande strid med statsmakterna, "en strid som kraftigt beskar förbundets inflytande över beslutsprocessen". Man framhöll även att samhällsutvecklingen var sådan under 60-talet att det hade varit "meningslöst för läkarkåren att ensam kämpa emot sjukvårdens reformering."⁶⁷

Men denna bild av ansträngda relationer till staten kan också vara strategisk och den kontrasteras något av Carder och Klingeberg. Sjukvårdsreformen var inte ett isolerat fenomen, menar de, även om den inte utreddes. Den var ett led i den reformering av sjukvården som kännetecknade det socialdemokratiska efterkrigsprogrammet. Inte heller tankarna var nya. De hade presenterats redan i Höjer-rapporten år 1948, då läkarkåren enhetligt - tillsammans med flera andra instanser i samhället - gick emot dem.

Carder och Klingeberg framhåller att Läkarförbundets protester år 1970 var skenbara och symboliska och att förbundet på ett plan välkomnade förändringarna. De interna motsättningarna hade blivit så stora att samma enighet som år 1948 var helt omöjlig att uppnå tjugo år senare. Det gamla avlöningssystemet hade inneburit högst olika inkomstmöjligheter för olika specialiteter och det hade demoraliserande effekter. Det gynnade främst patologer, radiologer och andra laboratoriespecialiteter medan barnläkare, psykiater, neurologer, neurokirurger och en del andra missgynnades.

Till detta kom motsättningar mellan specialister och generalister (i den framväxande öppna vården) och generationsmotsättningar genom att de äldre chefsöverläkarna monopoliserade poliklinikpatienterna. Specifika förhållanden undergrävde motståndet mot reformen: den låga läkartaitheten, som i kombination med en massiv sjukhusorientering, hade lett till enormt långa arbetstider för sjukhusläkarna som de inte alltid blev kompenserade för. Skattesystemet med höga marginalskatter gynnade på

⁶⁶ Refererad i Läkartidningen 5/1970.

⁶⁷ "Från provinsialläkarmisär till totallön. Striden om det 'verkliga' läkarbehovet" i Läkartidningen 20/1978.

den tiden inte de högst betalda läkarna. En ytterligare aspekt var att för att uppnå den höga lönenivån behövde kompetenta och erfarna läkare ägna stor del av sin tid åt polikliniskt 'rutinarbete' och administration relaterad till det, snarare än det specialiserade arbetet med sjukhuspatienter som de var kvalificerade för.⁶⁸

Sammanfattningsvis menar Carder och Klingeberg att Läkarförbundets svaga motstånd kan förklaras av att reformen passade ledningens intresse bättre än man utåt var villig att erkänna. Genom passiv avhållsamhet slog man två flugor i en smäll. Man upprättade vänskapliga förbindelser med myndigheterna som var mer förenlig med den nya självbilden än den tidigare konfrontationspolitiken, men framför allt och viktigast, så gjorde man myndigheterna nästan enbart ansvariga för reformen genom att undvika öppna överläggningar och deltagande. Läkarförbundet kammade hem vinster från reformen, menar författarna, utan att behöva besudlas av den. Sjukvårnsreformen kunde presenteras som en uppifrån påtvingad reform, som samtidigt satte locket på interna motståndningar vilka för Läkarförbundet var mycket svårhanterliga.

Läkarutbildningen som 'konsumtionsvara'?

UHÄ-reformen 1977

I avsnittet 'Läkarbristöverskottet' tolkade jag den historiska processen från 50-talet så, att läkarna förlorade kontrollen över *hur många* som skulle få tillträde till den medicinska professionen. Rekryteringen var dock alltför mycket *homogen* i socialt avseende och det hade många utanför kåren uttryckt oro över. År 1969 motionerade t ex folkpartisterna Ruth Hamrin-Thorell och Ingegerd Fränkel i riksdagen om lämplighetstest för medicinare. De ansåg att den dåvarande intagningen till medicinarutbildningen (studentbetyg och vissa kompletteringar) garanterade intellektuell kapacitet men att den sade föga om studenternas lämplighet för läkarjobbet. De ville att testmetoder utarbetades för att prognostisera egenskaper som möjlighet till patientkontakt, samarbetsförmåga, lämplighet som forskare o s v.

Det kan väl tänkas att sådana prov kan komma att visa att även sökande, som enligt nuvarande regler ej har erforderliga betyg, kan vara lämpliga för läkaryrket.⁶⁹

⁶⁸ Carder & Klingeberg 1980, s. 161, 168f.

⁶⁹ "Riksdagsmotioner om läkarutbildningen: Höjd kompetens för provinsialläkare. Mera psykiatri i

Reflexionerna om läkarna som yrkesgrupp var inte alltid så sansade som denna riksdagsmotion i slutet av 60-talet. Under 60- och 70-talet blev läkarna inte precis strukna medhårs av massmedia och politiker. De 'höga' läkarlönerna debatterades ivrigt som framgång och ett fåtal läkare delade opinionen att läkarkåren var egoistisk och osolidarisk i sitt fackliga agerande. I Läkartidningen refererades av och till pressens kommentarer om läkarna och sjukvårdens angelägenheter. 'Maktlöshet mot läkare', 'Läkarna är allenarådande' är exempel på tidningsrubriker från början av 70-talet som avspeglar atmosfären.⁷⁰

Läkartidningen klagade över de negativa tongångarna. Allmänhetens och massmedias bild av läkarkåren är 'schablonartad' skrev man, majoriteten av läkarna ansågs, enligt tidningen, vara känslökalla, kyliga och emotionellt störda teoretiker - ointresserade av patienten och främst inriktade på forskning och sin egen karriär. Endast en minoritet ansågs vara varma och människointresserade personligheter.⁷¹ Denna beskrivning säger givetvis mindre om den bild allmänheten faktiskt hade av läkarna än om den försvarsställning läkarna hade intagit. Och den ger inblick i det samhällspolitiska klimat som rådde när UHÄ-reformen genomfördes.

Motiven för förändrade intagningsregler till Högskolan tycks först och främst ha varit grundade i en generell jämlikhetstanke; rekryteringsens sociala bas skulle breddas, särskilt skulle icke-traditionella studenter befrämjas genom att yrkespraktik skulle värderades högre än i det tidigare systemet. Reformen hade diskuterats i tolv år och den hade varit uppe till beslut i riksdagen vid två tillfällen, åren 1975 och 1977. Mellan dessa två riksdagsbeslut hade det varit val och regeringsbyte. En omfattande politisk enighet rådde om den, särskilt den breddade rekryteringen.⁷² Vid ungefär samma tidpunkt föreslogs också ny utbildningsplan för läkarlinjen. Det är ett tidens tecken att den då gällande utbildningsplanen ansågs för strikt och likformig och föreslogs bli mer decentraliserad, med en kraftigt ökad samhällsorientering. Läkarförbundet höll med på den punkten, men poängterade att

grundutbildningen" i Läkartidningen 18/1969.

⁷⁰ Refererade i insändaren "Fatal" av Mark Gutniak i Läkartidningen 39/1977.

⁷¹ "Schabloner", Läkartidningens ledare i 5/1977.

⁷² Av de presskommentarer som refereras i Läkartidningen framgår att det rått en politisk enighet om de yttersta målen med reformen, även om många oroat sig över samhällsekonomin i sammanhanget. Se referat ur Upsala Nya Tidning "Plats i högskolan" återgett i 45/1977, ur Dagens Nyheter och Göteborgs-Posten återgett i Läkartidningen och 16/1978.

kraven på att införa nya ämnen, flera av samhällsvetenskaplig och humanistisk prägel, får inte innebära att läkarutbildningens biologiska bas urholkas

som det hette i Läkarförbundets utlåtande.⁷³ Denna reservation blev även karakteristisk för den balansgång mellan motsatta perspektiv som Läkarförbundet försökte följa i debatten om läkarrekryteringen.

De nya antagningsreglerna innebar en omfattande ändring av urvalskriterierna. Nu skulle de sökande delas in i fyra kvotgrupper och utbildningsplatserna fördelas mellan kvotgrupperna i proportion till antalet sökande. I det gamla systemet kom majoriteten in på rena betygsmeriter och 15 procent kom in på den s k 'fria kvoten'.⁷⁴ I den första antagningen med det nya systemet - höstantagningen 1977 - var förhållandena närmast omvända: de som kom direkt från gymnasiet enbart på betyg var 15 procent och medelåldern på nyantagna till läkarlinjen var 6-10 år högre än tidigare.

Allt pekade på att personer med akademiska studier och någon arbetslivserfarenhet gynnades. Över hälften av de antagna kom från en kvotgrupp där gymnasiebetyg kombinerades med bl a yrkeserfarenhet. Omkring 15 procent av de antagna var 35 år eller äldre. Det stod klart att yrkeserfarenhet och föreningsmeriter missgynnade kvinnliga sökande och deras andel av de antagna minskade avsevärt. Andelen icke-traditionella studenter var inte högre än tidigare.⁷⁵ Medicinutbildningen var vid denna tidpunkt mycket hårt spärrad, ungefär 15 procent av de sökande fick plats och det gällde både före och efter förändringarna.

Även om effekterna inte blev helt klara förrän efter ett antal antagningar, var tendensen klar och gav bränsle åt debatten. De som debatterade var främst administrativ personal på UHÄ, läkare och medicin-

⁷³ Se "Läkarutbildningen" Läkartidningens ledare samt "Läkarförbundet om utbildningsplanen: Samlad översyn nödvändig. Försvåra inte byte av studieort" i 7/1977. Se även Johan Calltorps granskning i samma nummer: "Förslag till ny utbildningsplan för läkarlinjen" och "Dags för översyn av läkarnas grundutbildning".

⁷⁴ I **kvotgrupp 1** är sökande med tre- eller fyraårig gymnasieskola eller motsvarande. Till **A 1** hänförs de med enbart betygspoäng, till **1 B** de med betygspoäng plus arbetslivserfarenhet. I **kvotgrupp 2** är sökande med tvåårig gymnasieskola (bl a fackskola). Uppdelning i **2 A** och **2 B** enligt samma grunder som i kvotgrupp 1. I **kvotgrupp 3** är sökande med behörighet från folkhögskola och ev arbetslivserfarenhet. I **kvotgrupp 4** är sökande med behörighet genom ålder och arbetslivserfarenhet (dit även militärtjänst och vård av barn räknas). Till **4 A** hänförs de som enbart uppfyller ålders- och arbets kvalifikationerna. I **4 B** återfinns de som fyller dessa krav plus att de även har behörighet att söka i andra kvoter.

⁷⁵ "Första analyserna visar: Nya antagningssystemet gynnar välutbildade trettioåringar" i Läkartidningen 50/1977.

studenter förutom att Läkarförbundets inställning tolkades av Läkartidningen. Debatten om de nya antagningsreglerna pågick självfallet överallt i samhället, men jag avgränsar mig till debatten om läkarrekryteringen eftersom det är läkarkårens *interna* diskurs som står i fokus. I februari 1977 fanns införd i Läkartidningen en artikel där det framfördes att en god läkare bör ha en 'väl utvecklad känslomässig intelligens' och 'ett visst mått av kreativitet' varför höstens nya meritkomplettering med arbetslivserfarenhet borde hälsas med tillfredsställelse. I samma nummer beklagade man emellertid i ledaren att även läkarlinjen skulle inordnas i högskolans allmänna antagningsmönster vilket betecknas som en klar försämring för läkarna.⁷⁶ För övrigt var det förvånansvärt tyst om Högskolans nya intagningsregler i Läkartidningen ända tills den första intagningen redan skett hösten 1977.

Diskursen om läkarrekryteringen på 70-talet

Den följande genomgången är en analys av debatten. Syftet är att blottlägga försök till en elitistisk stängning av läkarkåren, d v s att värna homogeniteten vilket analyseras med utgångspunkt i Lindgrens och Aspunds distinktion mellan vad diskursen handlar *om* och vad den är en diskurs *över* (jfr diskussionen i metodkapitlet).⁷⁷

I princip går det att urskilja fyra perspektiv i debatten som är viktiga att hålla isär för att kunna frilägga underliggande perspektiv. Dessa fyra är administratörernas och politikernas perspektiv, enskilda läkares, medicinstudenternas och slutligen Läkarförbundets policy tolkat av Läkartidningen. Jag sammanfattar kärnan i de olika inläggen, men återger ibland begrepp, termer, polemiska och retoriska uttryck noggrant. Detta dels för att formuleringar väcker häftiga reaktioner när de kommer rakt in i en så känslig och het fråga och dels för att *retoriken förmedlar tankefigurerna* i debatter av denna typ och avslöjar i stridens hetta de ideologiska undertonerna.

Vikten läggs vid vilka argument och aspekter som framhålls av vem, d v s vad som är 'möjligt' och 'förnuftigt' för de olika parterna att uttrycka. Det som enskilda läkare kan ge uttryck för omaskerat måste exempelvis Läkarförbundet rationalisera i en professionellt gångbar diskurs, förenlig med den policy man var ansvarig för. Vidare fokuseras hur den

⁷⁶ "Vad en god läkare bör ha: En väl utvecklad känslomässig intelligens och ett visst mått av kreativitet" av Björn Rosendahl, samt Läkartidningens ledare "Dubbel försämring" i Läkartidningen 9/1977.

⁷⁷ Asplund 1981, kap 7, Lindgren 1993.

historiska och kulturella kontexten bestämmer diskursens giltighet och gör att vissa positioner förefaller mer legitima att försvara än andra.

Administratörerna

Den mest diskuterade konkreta aspekten var de nyantagna studenternas höjda medelålder. 'Det hela var väntat - och önskat' kan man sammanfatta administratörernas inställning. Det verkar ha varit en utbredd uppfattning bland systemets försvarare att den höjda medelåldern var uttryck för ett uppdämt behov som på sikt skulle komma att avta. Utbildningsminister Jan-Erik Wikström gav uttryck för sin uppfattning om att den höjda medelåldern var en engångsföreteelse men var trots det inte främmande för en åldersspärr till läkarlinjen.⁷⁸ Det stod också klart att administratörerna identifierade sig starkt med reformens mål att bredda rekryteringen till högre utbildning.⁷⁹

Vi skall inte glömma bort den stundtals upprörda debatten tidigare om vådorna av att enbart teoretiskt begåvade studenter väljs ut för läkaryrket. Många har menat att detta var en av orsakerna till många av problemen i den så kallade vårdkrisen, svårigheten att rekrytera allmänläkare, avhumaniseringen av sjukvården och liknande,

skrev en tjänsteman på UHÄ. Huvudtanken i reformen, att öka utbildningens tillgänglighet, särskilt för andra studerandegrupper än de traditionella, framhölls starkt av administratörer och tjänstemän. I synnerhet påpekades detta av den byrådirektör på UHÄ, Olof Eliasson, som mest förde ämbetets talan offentligt. Utbildningspolitiken skulle således främja den *sociala utjämningen*, enligt honom, och han påminde om den omfattande enighet som rådde om reformens mål, inte minst om arbetslivserfarenhet som en av flera urvalsgrunder. De politiska motiven bakom reformen var att de många människor som varit med och byggt upp samhället också skulle ha rätt till frukterna, framhävde han, men även att kunskaper och färdigheter kunde nås i det produktiva samhällsarbetet och inte bara via formaliserad utbildning. Han fördömde de 'reaktionära stämningarna' som han uttryckte det:

⁷⁸ Se "Utbildningsministern: Medicinarnas höga medianålder engångsföreteelse" i *Läkartidningen* 44/1977.

⁷⁹ "Öppna för ändringar" en intervju med Lillemor Kim på UHÄ och "Utvecklingen var väntad" en intervju med Erland Ringborg byråchef på UHÄ i *Läkartidningen* 50/1977.

Man påstår att det är ett slöseri med samhällets resurser att t ex låta en 29 år gammal undersköterska vidareutbilda sig till läkare. Hon kan ju härigenom - Gud förbjude - ta en utbildningsplats från en tio år yngre naturvetenskapligt skolad gymnasist med 5,0 i medelbetyg.

Han skrev att antagningen av läkarstudenterna i första hand avsåg att täcka hälso- och sjukvårdens behov av doktorer och inte att täcka den medicinska forskningens behov av nyrekrytering och han såg inga skäl att läkarutbildningen skulle behandlas annorlunda än vilken annan högskoleutbildning som helst.⁸⁰ Tvärtom..

Det är på tiden att avdramatisera just denna utbildnings betydelse och speciella krav till förmån för t ex övriga vårdinriktade högskoleutbildningar. Det är viktigt med en jämnare social rekrytering till utbildningen på läkarlinjen och läkaryrket, vilket på sikt skapar en hälso- och sjukvård som ligger i tiden och svarar mot skattebetalarnas och patienternas behov.⁸¹

Detta argument ligger i linje med uppfattningen att det i princip inte fanns någon kvalitativ skillnad mellan läkarnas professionella arbete och annat sjukvårdsarbete. Vi såg i det historiska avsnittet att den grupp som övertog Läkarförbundets ledning på 60-talet just tonade ned den skiljelinjen. Det argumentet kan tyckas ha varit ett tveeggat svärd för läkarna och har här utan tvivel drivits längre än den yngre generationens läkare tänkt sig. De samhällsekonomiska argumenten bemötte byrådirektören med att svenskarna i decennier varit beredda att betala för vettiga och jämlikhetsskapande reformer. Om det nu blev något pris alls att betala, eftersom människor med erfarenhet från olika områden kan bli väl så duktiga doktorer som en direktstuderad tjugofemårig läkare. Genom reformen kan läkarkåren eventuellt bättre svara mot samhällets ändrade krav på sjukvården.⁸²

Det är gudskelov politiker och inte en handfull läkare och forskare som avgör så viktiga frågor.⁸³

⁸⁰ "Äldre men kanske bättre läkarkår" av Olof Eliasson i Läkartidningen 50/1977.

⁸¹ "Läkarutbildningen får inte styras av forskarideal" av Olof Eliasson i Läkartidningen 41/1978.

⁸² "Äldre men kanske bättre läkarkår" av Olof Eliasson i Läkartidningen 50/1977.

⁸³ "Läkarutbildningen får inte styras av forskarideal" av Olof Eliasson i Läkartidningen 41/1978.

Läkarna

Uppfattningarna bland enskilda läkare som yttrade sig var tämligen likartade. *Ålder* men framför allt *begåvning* var substansen hos en patologiprofessor som uttryckte sig flitigt i debatten. Hans första inlägg var egentligen en reaktion på en artikel av en (psykologiutbildad) medicinstudent som pläderade för alternativa inlärningsmetoder i läkarutbildningen och ökat utrymme för personlighetsutveckling, problemorientering, patient- och samhällsorientering.⁸⁴ Denna nya pedagogik avfärdade professorn som "diskussioner och tyckande i smågrupper". Därefter övergick han till att diskutera det nya antagningssystemet. När tidigare enbart gymnasiebetyg var det avgörande vid selektionen kunde man vara säker på att alla studenter hängde med i läkarutbildningens hårda studietakt. Ändrade urvalsgrunder förändrar fördelningen av de skilda begåvningsstyperna, menade han. Att medelåldern stigit förvärrar situationen ytterligare genom minskad receptivitet och läsvana hos studentpopulationen. Det nya systemet framtvingar därför en förlängning av studietiden:

..för att garantera tillräckliga kunskaper och en rimlig genomströmning utan köbildning på grund av avbrott i den ordinarie kursgången till följd av eftersläpning med tentamina och/eller kollapsar och studieneuroser.⁸⁵

I en senare artikel betvivlade patologiprofessorn det positiva i arbetslivserfarenhet och hänvisade till tidigare generationers svenska läkare som nästan alltid saknade sådana meriter vid studiestarten men hade det internationella ryktet att höra till världens bästa. Han beklagade att de samhällsekonomiska argumenten underskattades och gav begreppen 'social' och 'jämlighet' i en alldeles ny innebörd i debatten: Reformen har inte värnat om den intellektuella kapaciteten hos läkarkåren och därför kan begreppet 'social' i detta sammanhang knappast betyda något som är bra för hela samhället eller för sjukvården. Han fortsatte:

Även om man vill beklaga det, måste man acceptera det faktum att naturen på ett föga jämlikt sätt fördelar intellektuell kapacitet till de enskilda individerna. Det är då rimligt att anse som 'socialt' i betydelsen 'fördelaktigt för

⁸⁴ "Griftetal över den svenska läkarutbildningen" av Björn Thalén i *Läkartidningen* 16/1977.

⁸⁵ "Reflexioner kring ett 'griftetal'" av professor Stig Ranström i *Läkartidningen* 45/1977.

hela samhället' att kanalisera de bästa begåvningarna till de mest svårlärda yrkena.⁸⁶

En biträdande överläkare i ortopedi ställde frågan om läkarutbildningen bör vara ett rehabiliteringsinstrument. Huvudfrågan gällde om *patienten* var betjänt av att man "ökar utbildningens tillgänglighet" för att "främja den sociala utjämningen", menade han. Att de som varit med och byggt upp samhället skall ha samma rätt som kommande generationer att också pröva dess frukter låter ju oförvitligt, men...

Frukten blir kanske något fadd i smaken för den som kommer att konfronteras med en doktor som på gamla da'r förunnats 'få ta del av och utveckla högskolans utbildning'. Den doktorn håller kanske inte måttet.⁸⁷

Författaren fortsatte därefter i ett mer personligt tonläge och påstod att priset för reformen minsann inte skulle betalas av hr. byrådirektören själv, som i fall av sjukdom nog ser till att inte bli behandlad av någon äldre läkare med 'mediokert' studentbetyg. Allt talar för att de senutbildade läkarna *förblir* mindre kunniga än de tidigutbildade, menade han och därför bör undervisningsresurserna inte satsas på äldre och sannolikt sämre läkare.

Det fanns även läkare som resonerade i rättvisetermer. Man kommer aldrig ifrån att villkoren för läkarutbildningen är förvärvandet av gedigna teoretiska kunskaper förenade med praktiska färdigheter, menade en debattör och tog fasta på de analyser som visade att det nya systemet inte fått avsedd effekt vad gäller breddad rekrytering. Rättvisan blir illusorisk om orättvisan i stället drabbar gymnasisterna, menade han.

Det kan inte vara rimligt att huvudparten av den ambitiöst studerande ungdomen slås ut i konkurrensen eller att studierna förlängs eller uppskjutes i onödan. De är redan tillräckligt långa, krävande och kostsamma.⁸⁸

En annan debattör, en verksam ögonläkare, skrev att problemet med den vidgade rekryteringen till läkarutbildningen kunde ses från tre olika håll.

⁸⁶ "Övervärdera inte arbetslivserfarenhet" av Stig Ranström i Läkartidningen 34/1978.

⁸⁷ "Bör läkarutbildningen vara ett rehabiliteringsinstrument" av Björn Albrektsson i Läkartidningen 3/1978.

⁸⁸ "Läkarutbildningens dilemma" av Erik Törnell i Läkartidningen 7/1978.

För det första 'fackchauvinismen' (ett begrepp han själv lanserade) och med det begreppet ville han relatera det nya systemet till det läkaröverskott som man då så fruktade. Studenternas högre medelålder betyder färre yrkesverksamma år och därmed färre konkurrenter om tjänsterna. Det är en listig lösning som har samma konsekvenser som en begränsning av antalet intagna, framhöll han, men är i motsats till intagningsbegränsning politiskt opportunt och lätt att genomföra. Detta går emellertid emot det andra argumentet, samhällsekonomin.

Visst kan många tycka att det vore kul och självutvecklande att bli doktor - själv tycker jag det är roligt att flyga och skulle gärna se att flygvapnet eller SAS bekostade en utbildning till jetpilot för mig, men de är oförklarligt ointresserade av att rekrytera 33-åriga ögondoktorer till utbildningen...[...] passagerarna flyger hellre med en pojkspoling som kan sitt yrke än med en erfaren och trevlig man i sina bästa år som visserligen inte flyger så bra men är känslomässigt mogen och pratar trevligt i högtalارانläggningen.

Det tredje faktorn i resonemanget var patientintresset. Att hävda den utbildningssökandes rätt på patientens bekostnad är uttryck för ett perverterat jämlikhetsideal konkluderade författaren med vilket vi riskerar få "en samling okunniga, men snälla 'pratdoktorer'."⁸⁹

På delvis samma tema fortsatte en AT-läkare i en kort insändare med rubriken "Acceptera åldersprincipen". Han förlöjligade de nya urvalsreglerna och tyckte att den 'pensionering underifrån' som nu inletts var elegant för att hindra en arbetsmarknadskris för läkarna.⁹⁰ Omtanken om 'de kvotintagna' var kontentan i ett inlägg av en kvinnlig gynekolog. I en ganska pessimistisk skildring oroade hon sig för hur äldre *kvotintagna* (min emfas) läkare kommer att klara sig igenom dygnslånga pass som hon själv överlever relativt helskinnad - tack vare den trygghet som tio års erfarenhet ger.⁹¹ Endast två kvinnor deltog i debatten. Den andra kvinnan, även hon gynekolog, menade att den höjda medelåldern skulle få effekter som kolliderade med jämställdheten eftersom många kvinnor skulle tvingas välja mellan att studera till läkare eller bilda familj.⁹²

⁸⁹ "En reaktionär betraktelse" av Leif Edman i *Läkartidningen* 17/1978.

⁹⁰ "Acceptera åldersprincipen" av Michael Franzén i *Läkartidningen* 24/1978.

⁹¹ "De kvotintagna medicinarnas framtid" av Karin Lännergren i *Läkartidningen* 28-29/1978.

⁹² "Studera eller bilda familj?" av Paula Atterfelt Huldén i *Läkartidningen* 19/1978.

Medicinstudenterna

Enskilda medicinstudenter både försvarade förändringen öppet och seriöst och ironiserade över de äldre läkarnas oro. Under rubriken "Hypoepistimi" tillspetsade två medicinstudenter i hänfulla tonfall läkarnas argument, bl a att den nya snedrekryteringen av en heterogen grupp icke-naturvetare riskerade medföra den medicinska vetenskapens undergång och degeneration.⁹³ Ett tjugotal Lundastudenter bemötte i en insändare de vanligaste argumenten mot arbetslivserfarenhet som intagningsgrund. Deras resonemang låg i linje med administratörernas, bl a att kostnaderna för högre medelålder var marginella och vägdes upp av andra faktorer så som en bättre relation mellan läkaren och patienten. De påstod att attityden hos många läkare hade liten anknytning till patienternas verklighet och till övrig sjukvårdspersonal.

Risken är naturligtvis stor att läkaren tror sig tillhöra ett slags elitskikt, om hon/han alltifrån utbildningens början bara kommit i kontakt med människor för vilka de teoretiska framgångarna betytt allt.

De poängterade det positiva i att tillhöra en heterogen grupp; att byta åsikter och lära av varandras erfarenheter, vilket

ger oss alla en mera nyanserad bild av livet och den värld som möter oss, när vi så småningom kommer att arbeta i vårt yrke.⁹⁴

En nyantagen 30-årig medicinstudent reagerade på termen "pratdoktorer" i en insändare och uppfattade det som en attack på den grupp han själv representerade:

en suspekt individ således - som har mage att hoppa rakt in i den allra heligaste av utbildningar. En utbildning som enligt Edman m fl borde vara förbehållen unga, begåvade, högmotiverade studenter à la 5,0. Enligt Edmans logik är sådana som jag tydligen både dumma och lågmotiverade. [...]..vi som är "i mogen ålder" blir dåliga doktorer. Vi blir pratdoktorer som ingenting kan!?

⁹³ "Hypoepistimi!" av Erik Johansson och Ioannis Karabelas i Läkartidningen 1-2/1978 (Hypoepistimi betyder enligt författarna 'undermålig lära').

⁹⁴ "Nya antagningssystemet" av 'nitton med stud på kurs ht 77 i Lund genom Mats Linér och Gunnel Storm' i Läkartidningen 10/1978.

Han ansåg det felaktigt att ensidigt hävda teoretiska krav eftersom det fanns allt för många teoretiker i läkarkåren som ogärna ville syssla med allmänläkeri, långvård och psykiatri utan valde forskning. Därför behövs fler 'pratdoktorer' som har tid att prata och engagera sig i människors problem. Omtanken om de 'högmotiverade toppstudenterna som stängs ute' klingar falskt, menade studenten och uttryckte en misstanke om att det var prestigeskäl som låg bakom snarare än oro för 'landets ekonomi' och 'patientens väl':

Jag har aldrig hört någon kommentera det faktum att Svenska kyrkan prästvigat personer i medelåldern med hänvisning till kyrkoskatten och den svenska statens ekonomi.⁹⁵

Läkarförbundet och medicinstudenternas förening

Både Läkarförbundet och medicinstudenternas förening (i motsats till enskilda studenter som yttrade sig) var emot att läkarlinjen skulle inordnas i UHÄ-förändringarna. Som framgått beklagade Läkarförbundet redan i Läkartidningen i februari 1977 de planerade förändringarna.⁹⁶ På sensommaren reagerade Läkarförbundet återigen i Läkartidningen mot att lottning tillgreps som en av urvalsgrunderna för sökande till läkarlinjen.⁹⁷ I meritokratisk anda kritiserade man lottning som en orättvis urvalsprincip med argumentet att den minskade individens möjlighet att påverka sin egen situation. Därutöver satte man sig emot att *all* yrkespraktik var meriterande i de nya reglerna och inte enbart relevant sådan för varje utbildningslinje.

Medicinstudenternas förening oroade sig offentligt över en försämrade forskarrekrutering som antogs bli följderna av höjd medelålder och detta betecknades som 'katastrofalt'.⁹⁸ Läkartidningen återopade SACO:SR ordföranden, Osborne Bartley (som några år tidigare även innehade posten som Läkarförbundets ordförande), som förespråkade en åldersspärr för läkarutbildningen. Bartley påpekade att intresset för forskning hade minskat dramatiskt under 70-talet och att de utbildningspolitiska reformerna kunde vara en del av förklaringen. Åldersförskjutningen innebar vidare att åtta årskullar skulle falla bort under de 30-35 år

⁹⁵ "Visst behövs pratdoktorer!" av Billy Andréasson med stud i Läkartidningen 21/1978.

⁹⁶ "Dubbel försämring" Läkartidningens ledare 9/1977.

⁹⁷ "Lotteri", Läkartidningens ledare 33/1977

⁹⁸ Kritik framförd i SFS Nytt, organet för Sveriges Förenade Studentkårer, refererad i presskommentar i Läkartidningen 47/1977.

man genomsnittligt är yrkesverksam som läkare. Sedan frågade SACO:SR ordföranden retoriskt:

Skall alla ha tillgång till all utbildning? Har vi råd att betrakta exempelvis läkarutbildningen som en konsumtionsvara för den enskilde?⁹⁹

Läkarförbundet skärpte tonen ytterligare när de första analyserna av de nya antagningsreglerna hade presenterats och framhöll de samhällsekonomiska argumenten med än större eftertryck. Ändra antagningsreglerna redan i vår, uppmanade Läkartidningen strax före årsskiftet 1977/78. Man oroade sig för den (15 procentiga) grupp av de antagna som var 35 år eller äldre. Dessa skulle bli minst 47 år när de får sin specialistkompetens med den yrkesverkamma tiden reducerad till 18 år mot närmare 35 år för dem som kommer direkt från gymnasiet.

Läkartidningen presenterade nu ytterligare nya argument mot systemet som byggde på omsorg om såväl läkarna som sjukvården. Man *antog* att den geografiska rörligheten bland underläkarna och de nyblivna specialisterna skulle minska; att stigande medelålder skulle påverka specialistvalet, t ex att kirurgen kunde drabbas samt andra specialiteter som kräver handskicklighet och lång träning; att de äldre läkarna skulle välja bort arbetsområden med omfattande jourverksamhet; att de äldre läkarna riskerade få en utsatt ställning på läkararbetsmarknaden; och slutligen fruktade man att

den heterogena sammansättningen av de studerande på läkarlinjen ställer ändrade krav på studieupplägningen.¹⁰⁰

Det är intressant i sammanhanget att vid det här laget hade man sedan några år en ganska kännbar snedrekrytering till olika specialitetsområden. De av myndigheterna prioriterade områdena, psykiatri och långvård, hade enorma rekryteringsproblem medan det hade redan blivit ganska karriärtrångt inom kirurgen och internmedicinen.

Efter det tredje antagningstillfället, hösten 1978, hade tendenserna börjat klarna. Den grupp som kom in enbart på gymnasiebetyg var alltså en minoritet (14 procent). Gruppen av redan (hög)utbildade var fortfarande ett mycket större inslag av de studerande än de icke-tradition-

⁹⁹ "Inför äldrespärr för läkarutbildning" av SACO:SR ordföranden Osborne Bartley i Läkartidningen 48/1977.

¹⁰⁰ "Ändra i vår" Läkartidningens ledare 50/1977.

ella. Chanserna för kvinnor hade definitivt minskat. I den grupp som tagits in på grundval av ålder och arbetslivserfarenhet, s k 25:4-or, minskade kvinnornas andel drastiskt efter det nya systemets införandet. Föreningsmeriterna gynnade männen och med tidigare högskolestudier slog de ut kvinnorna i konkurrensen.¹⁰¹

De kärnfrågor som ligger till grund för de olika perspektiven i debatten hade nu kommit till uttryck. Patologiprofessorn och ögonläkaren replikerade endast för att en gång till upprepa sina ståndpunkter. En sista insändare var införd i Läkartidningen sent på hösten 1978 under rubriken "Klasskamp".¹⁰² Insändaren omskrev hela reformfrågan till klasskamp och menade att frågan gällde politiska åsikter. Han hänvisade till Kina där man - i jämlikhetens namn - betraktade oliktankandet som sjukdom som behandlades på mentalsjukhus. Vad man i Sverige förargade sig över var att läkarbarnen blev läkare, skrev han. Men eftersom deras - (arv- och miljöbetingade) håg för studier, deras energi eller goda seder inte kunde läggas dem till last, så hittade man på åldersprincipen för att straffa dem. I klasskampens namn får nu läkarbarnen äntligen sona sina faders brott, d v s att de är kapitalister och borgare. På detta inlägg kommenterade Läkartidningen att man nu gör en paus efter två års debatt eftersom möjligheterna att hitta sakargument av någon dignitet förefaller att vara tömda.

Samtalets dolda budskap - diskursen

Varför satte Läkartidningen locket på debatten vid detta inlägg? Hänger det ihop med vad som är 'möjligt' och 'förnuftigt' att uttrycka inom ramarna för den tidskrift som ges ut i läkarnas namn och i Läkarförbundets regi? På en nivå kan debatten om UHÄ-reformen år 1977 avläsas inom ramarna för Asplunds och Lindgrens metod att skilja på vad diskurs är *om* och vad den är *över*. I det närmandet är det diskursens innehåll, funktion och effekter som står i fokus.¹⁰³ Det som diskursen huvudsakligen handlade *om* var två saker. Å ena sidan gällde det konsekvenserna av reformen för dels samhällsekonomin (de kostnader reformen antogs

¹⁰¹ Se "Urvalet till läkarutbildningen: Tre av fyra in på skolbetyg - var tionde på ålder och arbete" i Läkartidningen 37/1978, och "Vårintagningen till KI: Fortsatt rekrytering av högutbildade men minskade chanser för kvinnorna" i Läkartidningen 35/1978. Medelåldern för de antagna på läkarlinjen sjönk från 28 till 25 år mellan 1978 och 1982, framgår av en rapport om utfallet av regeländringarna (UHÄ 1983:4). Från och med höstterminen 1983 infördes en åldersgräns vid 45 år på läkarlinjen. Se även Läkartidningen 11/1983 "Effekt av nya regler: Lägre medelålder på läkarlinjen".

¹⁰² "Klasskamp" av Per Lindell i Läkartidningen 44/1978.

¹⁰³ Asplund 1981, kap 7 och Lindgren 1993, s. 25.

föra med sig), dels den professionella läkarrollen och läkararbetets professionella kvalitet. Å andra sidan var det en diskurs *över* försök till sortering in i kåren för att värna om homogeniteten. Dessa två argument gled mycket lätt in i varandra.

Men diskursen har även en annan viktig sida som gör det befogat att gå ett steg längre och i någon mån ta hänsyn till debattörernas intressen eller *bevekelsegrunder* och de *positioner de vill försvara*. Debattörernas motsättningar är därför en annan nivå som anläggs på diskursen. I det ljuset är det intressant att se närmare på dels motpolerna, dels Läkarförbundets mellanposition. Det var främst motpolerna (administratörer och enskilda studenter respektive enskilda 'etablerade' läkare) som stod för häftiga och temperamentsfulla meningsutbyten med retoriska grepp, metaforer och slagordsmässiga ordval som avslöjar underliggande tankefigurer eller tänkesätt.

Administratörernas och medicinstudenternas perspektiv baseras företrädesvis på synen att det inte råder någon skillnad mellan läkarutbildningen och andra höga utbildningar. Medicinstudenterna förlöjligade läkarnas argument med tal om degeneration och undergång av den heligaste av utbildningar. UHÅ-byrådirektörens beteckning av sina meningsmotståndare som 'reaktionära' är försök att framställa dem som tillbakasträvande och reformfientliga. Hans metafor, den 29-åriga *undersköterskan* som skulle få avancera till doktor, var propagandistisk i den mening att effekterna visade sig varken vara klassutjämnande eller gynnsamma för kvinnor.

Studenterna tillgrep metaforer som *präster* mot de samhällsekonomiska argumenten, visserligen en av de 'tre lärda professionerna', men en relativt liten yrkesgrupp jämfört med läkarna och dessutom med helt andra symboliska och kulturella förtecken än den medicinska professionen. Teoretiskt begåvade studenter relaterades till vårdens avhumanisering och allmänläkarkrisen och förknippades med överlägsen läkarattityd, karriärism, elitskikt. Studenternas heterogenitet, bl a åldersmässigt, kopplades å andra sidan till bättre patientrelation och nyanserad bild av läkarlivet. Praktisk, konkret kunskap betonades på bekostnad av den abstrakta teoretiska kunskapen.

De enskilda läkarna framhöll läkarutbildningens suveränitet. Metaforerna var *jetpilot*, som ju företräder en mycket liten exklusiv yrkesgrupp, som signalerar en helt annan och mera prestigefylld symbolvärld än exempelvis prästerskapet. Högmotiverade begåvningar förknippades med höga gymnasiebetyg. Praktiska kunskaper, erfarenhet och känsla

nedtonades, med t ex argumentet att världens bästa läkare genom tiderna (= de svenska) saknade yrkeserfarenhet vid studiestarten. Det är intressant, i en tid då läkarrollen var i snabb omstöpning, att läkarna i debatten framhöll den traditionella, elitistiska syn som Läkarförbundet i praktiken höll på att överge. Den föråldrade synen var, i Läkarförbundets egen formulering:

använd kvalificerad arbetskraft där det behövs ett kvalificerat arbete och överlåt mera rutinartat arbete på annan sjukvårdspersonal.¹⁰⁴

Den kategoriska motbilden var snälla, okunniga pratdoktorer (=prästen?), studenter med kollaps och studieneuroser, äldre läkare med mediokert betyg. Termen 'kvotintagna' förknippas med att *oförtjänt* har premierats på andras bekostnad (alla var ju kvotintagna efter förändringen). Rättviseargumentet hårdrogs och fick en antitetisk innebörd, naturens snedfördelning av intellektuell begåvning framhölls. Läkarutbildningen som rehabiliteringsinstrument förknippas med oansvarig lyx. I argumenten hänvisades till samhällsekonomin, men undertonen kan tolkas som en ängslan om en hotad exklusivitet.

De två motsatta lägrens perspektiv präglades av att diskursen om hur *homogen* rekryteringen till läkaryrket skulle vara förmedlades i kategoriska vrångbilder. De underliggande tankefigurerna i den striden var begreppsparet elitism - egalitarianism (jämlighet). En fråga som hela tiden skymtade under debattens yta var huruvida den intellektuella begåvningen av naturen var snedfördelad eller inte och hur elitistisk eller överlägsen läkarrollen skulle vara. Elit är definitionsmässigt

those who occupy a position (or positions) of superiority within a society or group by virtue of qualities (actual, claimed, or presumed) of excellence or distinction.¹⁰⁵

Det är denna betoning på *överlägsenhet* (superiority) som blev så central i diskursen. Frågan kom rakt in i ett för tiden hett politiskt problemfält, klassamhället och dess fortbestånd och rör därför frågor av ideologisk och socialpolitisk natur. Diskursen om samhällsekonomi och läkarrollens

¹⁰⁴ Se "Från provinsialläkarnisär till totalön. Striden om det "verkliga" läkarbehovet" i *Läkartidningen* 20/1978, s. 1989, där det framgår att Läkarförbundet övergivit denna syn.

¹⁰⁵ Bullock, A, and Stallybrass, O (ed) 1980, *The Fontana Dictionary of Modern Thought*. Fontana/Collins, London.

professionella kvalitet kan tolkas som en diskurs *över* begreppsparat elitism - jämlikhet. Vi såg hur begreppen 'social' och 'jämlikhet' definierades närmast inom politiska eller socialfilosofiska ramar inom de motsatta perspektiven. För någon läkare fick begreppet 'socialt' närmast samma innebörd som 'elit' hos motståndarna, nämligen att 'kanalisera de bästa begåvningarna till de mest svårlärda yrkena'. Det är för övrigt analogt med meritokratins duglighetsprincip: "ge de viktiga posterna åt de intelligentaste".¹⁰⁶

Den elitistiska diskursen om sällning eller inte sällning av begåvningar transformerades till en diskurs om samhällsekonomi och läkarroll i debatten. Att den inte kunde föras helt omaskerad i Sverige i slutet av 70-talet hänger ihop med det samhällspolitiska klimat som då rådde, de elitistiska tankarna var varken 'möjliga' eller 'förnuftiga' att uttrycka (jfr. kapitel 4). Det är intressant i sammanhanget att argumenten om samhällsekonomin relateras *inte* till den debatt om läkarlöner, samhällsansvar och solidaritet som hade pågått i över ett decennium. Dessa diskurser förekommer alltså parallellt utan att beröra varandra.¹⁰⁷

Läkarförbundets inställning är mycket intressant i sammanhanget då förbundet inte riktigt visste vilken fot det skulle stå på. Man försökte närmast göra reformen till en teknisk fråga med anledning av studenternas höjda medelålder. Den antogs förvärra forskningsrekryteringen och belasta samhällsekonomin genom reducerad yrkesverksam tid hos läkarna. Men i sann professionell anda betonade man även samhällsansvar och kollegialt ansvar genom omsorg för såväl sjukvården (bl a den geografiska läkarfördelningen, specialistrekryteringen) och omsorg för de äldre läkarnas arbetsmarknadssituation.

Det är i synnerhet Läkarförbundets hantering av frågan som uttrycker en skillnad mellan vad diskursen var *om* och *över*. De enskilda läkarnas, administratörernas och studenternas oförblommerade ställningstaganden för eller emot elitistiska tänkesätt (rekrytering, läkarroll,

¹⁰⁶ Se vidare en intressant diskussion av Michael Youngs bok från 1958 *The Rise of the Meritocracy 1870-2033* i Asplund, 1981, kapitel 4: Om scenarioskrivning.

¹⁰⁷ Som jämförelse kan nämnas att ideologiska hinder av denna typ inte förekom i USA, där man obesvärat uttryckte elitistiska tankegångar i samband med läkarrekrytering. I den respekterade amerikanska tidskriften *The New England Journal of Medicine*, skrevs 1989 att en viss proportion mellan sökande och antagna var nödvändig för säkra kvalificerade studenter. "This ratio should be at least 1.5, many think, to ensure the selection of well-qualified medical students." Se Eisenberg, Carola, 1989, "Medicine is no longer a mans profession. Or, when the men's club goes coed it's time to change the regs" i No 22, 1989, s. 1542-1544.). I Sverige var motsvarande siffra 6.8 när debatten pågick, enligt samma mått (485 antagna av 3301 sökande ht 1977). Enligt dessa definitioner hade den svenska läkarkårens exklusivitet varit utomordentligt bra garanterad vid slutet av 70-talet - om inte politiska målsättningar att bredda rekryteringen motverkade den elitistiska urvalsprincipen. Den amerikanska artikeln är visserligen publicerad tio år senare än den debatt jag granskar men det torde inte kullkasta poängen.

kunskapssyn), transformerades hos Läkarförbundet till en för läkarkåren professionellt gångbar diskurs. Detta framgår enligt min mening ganska klart av de *inkonsekvenser* som förbundets yttranden innebär.

Inkonsekvenserna kan illustreras med några exempel: Man betraktade lottning som orättvis eftersom den minskade möjligheterna att påverka den egna situationen, men samtidigt var man emot principen om möjligheter till meritering genom yrkeserfarenhet. Man fruktade minskad forskningsaktivitet samt att kirurgen och andra hantverksspecialiteter skulle bli lidande. Som framgått var snedrekryteringen till specialiteterna redan ett stort problem vid det här laget fast i motsatt riktning. Om farhågorna om kirurgen hade besannats, skulle det snarare *motverkat* tendensen till överetablering av kirurger och återställt balansen mellan specialiteterna. Läkarförbundet deltog ju vid det här laget i utformningen av läkarpolicyn. Angående forskningen fanns vid det här laget redan uppgifter om att kirurgerna hade den absolut största gruppen forskarstudierande i kliniskt ämne.¹⁰⁸ Farhågorna om en kortare yrkestid skulle även motverkat det läkaröverskott man fruktade, jfr läkarnas inlägg om 'fackchauvinismen' och 'pensionering underifrån'.

Det förefaller som om de elitistiska argumenten inte kan formuleras oförklädda i Läkarförbundets inställning. Orddräkten är inte propagandistisk som hos de yttersta motpolerna, men i själva argumentationen vacklar man. Man tillät sig dock att åberopa SACO:SR-ordförandens (f d Läkarförbundets ordförande) retoriska och ideologiska formuleringar om läkarutbildningen som 'konsumtionsvara' och man nämnde - liksom i förbifarten - att den heterogena studiegruppen krävde ändrad studieuppläggning.

Vad gäller läkarrollen så var det omöjligt för Läkarförbundet att instämma i uppfattningen om den *elitistiska läkarrollen*, eftersom man hade alldeles nyligen i ett annat sammanhang framställt sjukvården och läkarnas roll som ett lagarbete.¹⁰⁸ Med anledning av den första egentliga utvärderingen av det nya systemet, uttryckte Läkartidningen i debattens slutskede, att den mest spännande frågan i samband med det nya urvalsättet är huruvida det leder till annorlunda läkare och en bättre sjukvård. Tidningen konstaterade att detta hade blivit en huvudfråga i debatten trots

¹⁰⁸ Se "Medicinsk forskning och forskarutbildning - ett program från Läkarförbundet" i Läkartidningen 40/1977 sid 3383-3388.

¹⁰⁸ Se "Schabloner", ledare i Läkartidningen 5/1977, där man klagar över att allmänhet och massmedia i sin kritik på läkarkåren har glömt att sjukvård först och främst är ett *lagarbete*.

att man hittills endast kunnat diskutera den hypotetiskt och sedan frågade man ganska nyktert:

Blir läkarna annorlunda med det nya systemet? Vet vi över huvud taget vilka egenskaper en bra läkare skall ha? Har vi någon metod att beskriva och mäta dessa egenskaper?¹⁰⁹

Det som är intressant med tidningens reflexioner om debattens *hypotetiska* karaktär är att de pekar i den riktning som jag tidigare utstakat i det historiska avsnittet. Läkartidningen deltog i diskussionen - utifrån givna positioner - *som om* de obesvarade frågeställningarna redan var klarlagda. Man försökte sitta på två stolar samtidigt.

Intressant och symptomatiskt är också vad debatten *inte* innehöll. Från de första antagningarna framstod det klart att det nya systemet missgynnade kvinnliga sökande, både vad gäller föreningsmeriterna och arbetslivserfarenheten. Sedan ett årtionde tillbaka hade en diskussion hållit på att växa fram inom kåren om kvinnors krav på deltidstjänster.¹¹⁰ Trots detta diskuterades reformen inte utifrån en könsaspekt, utan klassfrågan dominerade. Det fåtal kvinnliga läkare som yttrade sig framhöll samma elitistiska argument som de manliga kollegerna. Detta visar enligt min mening att någon *könsdiskurs* inte fanns i någon specifik utformning inom läkarkåren.

Det är dock intressant att såväl *metaforerna* som *läkarrollens* artikulering innehåller en könsdimension genom att de uttrycker en *subtillt bekönad diskurs*. Piloter och präster är könsmärkta yrkesgrupper, fast med mycket olika symboliska förtecken. Undersköterskor utgör där en mycket tydlig *klassmässig* motpol som betonas starkt, men även en *könsmässig* som aldrig artikuleras. Den *elitistiska rekryteringen* förknippades med en *elitistisk kunskapsbaserad läkarroll* vilka båda fick en latent bekönad dimension när de ställdes mot den mindre kvalificerade om-sorgsbetonade pratdoktor. Vi återkommer till detta tema i kapitel 11

¹⁰⁹ "Läkarurvalet" Läkartidningens ledare 35/1978.

¹¹⁰ En kvinnlig läkare, Gunilla Landergrén, pläderade i Läkartidningen 42/1968 för deltidstjänster i en insändare rubricerad "Diskrimineras de kvinnliga läkarna?" Hennes inlägg åtföljdes av ett utrop från flera kvinnliga medicinstudenter i 52/1968, "Låt oss få deltidstjänster!" av Margareta Johnsson, Annika Aronsson, Gunilla Byström, Kerstin Fromell, Brit-Marie Trovik. I nr 8/1977 presenterades en enkät bland kvinnliga läkare som visade att ca 7 procent av dem arbetade redan deltid och att tre av fyra kvinnor ville arbeta deltid, se "Läkarnas deltidsenkät: Allvarliga problem för småbarnsföräldrar. Tre kvinnor av fyra vill arbeta deltid." I 29-30/1977 skrev chefen för värnpliktsverket att det fanns gott om obesatta deltidstjänster för kvinnliga läkare i värnpliktsverket "Visst finns det deltidstjänster för kvinnliga läkare" av Rune Arkenäs).

där läkarrollens omvårdnadsfunktioner i andra debatter ges uttalade bekönade förtecken genom att öppet associeras till traditionellt kvinnliga funktioner.

Debatten om läkarrekryteringen mynnade ut i en ny frågeställning som gällde en explicit definition av läkarrollen. Problematiseringen av den låg i tiden; 'har vi en eller har vi flera olika läkarroller?' var en fråga som dök upp i debattens slutskede. Läkarförbundet tog våren 1978 initiativ till att kartlägga specialistföreningarnas syn på hur den traditionella läkarrollen hade förändrats.¹¹¹ Två år senare inleddes en debattserie i Läkartidningen om framtidens läkarroll som pågick under åren 1980 och 1981. Där debatterade man vilken roll läkaren bör ha i samhället, om han ska vara en 'social biktfader' eller en 'medicinsk specialist'.¹¹²

Att denna debatt initierats pekar på att synen på läkarrollen som något entydigt började ge med sig och man började acceptera synen på läkaryrket som mångfasetterat och förgrenat i flera olika professionella roller. Som beteckningarna anger signalerar diskursen bekönade undertoner genom att såväl själasörjaren, biktfadern som specialisten har tydliga manliga förtecken. De refererar till olika symbolvärldar där det ena kan sägas representera ett 'mjukt' socialt, humant, fält i samhället, den andra refererar till den exakta vetenskapen, ett 'hårt' fält; den professionella, kunskapsbaserade expertrollen. Båda är emellertid i högsta grad förenliga med en maskulin professionell auktoritet. Vi ska se i del III hur dessa tankar uppenbarar sig i diskursen om specialiteterna och den statusdiskurs som omger dem.

Sammanfattande diskussion

De glimtar ur läkarnas och Läkarförbundets historia under 1900-talet som givits i kapitlet är lämnade för att lyfta fram främst två aspekter; dels hur en djupgående och vittförgrenad intern differentiering alltjämt låg dold bakom den professionella enighet som läkarna och förbundet visade utåt; dels hur stängningsförsök har präglat läkarnas inställning och Läkarförbundets agerande. Det första delavsnittet om 'läkarbrist' åsyftade att lyfta fram hur det första halvseket präglades av försök att begränsa inträdet till läkarprofessionen genom en mycket restriktiv antagningspolitik av medicinska studenter. Den policyn låg helt i linje med den

¹¹¹ Detta bl a med anledning av den sk SIO-utredningen (Sjukvårdens inre organisering) 1978. Se "Rapporter: Läkaruppgifter" i Läkartidningen 14/1978.

¹¹² Debatten började i Läkartidningen 44/1980 i en artikel av Johan Calltorp "Till vad skall vi utbilda 2000-talets läkare? Social biktfader eller medicinsk expert?"

traditionella synen på läkarna som 'fria yrkesutövare', autonoma och oberoende gentemot staten.

Det sista delavsnittet om diskussionen om läkarrekryteringen ansluter direkt till den ovan nämnda problematiken och visar hur man *diskursivt* försökte begränsa *vilka* skulle få inträde till yrket när man hade förlorat kontrollen över *hur många* som fick inträde. Även om den *sociala* rekryteringen av läkare fortfarande var ganska homogen efter UHÄ-reformen år 1977, så hade heterogeniteten börjat ta form som en officiell, obestridlig *diskurs* för läkarna, vilket debatten om läkarrollen som Läkartidningen initierade år 1980 visar.

Delavsnitten om myndigheternas övertagande av specialistväsendet och sjukvårdsreformen syftade till att lyfta fram den omfattande differentiering inom kåren som döljer sig bakom den enhetliga identitet professionen visade utåt. Hanterandet av specialistfrågorna var uttryck för ett samarbete med statsmakterna för en starkt växande yrkeskår, när förutsättningarna för en elitistisk konservativ professionalism inte längre fanns. Man frånsade sig den *totala* kontrollen över specialistfrågorna, friheten och autonomi mot att staten garanterade utbildning och anställningstrygghet för de blivande läkarna. Därmed tog man del i den offentliga läkarfördelningspolicyn.

I delavsnittet om sjukvårdsreformen ifrågasattes tesen om att den mest konfliktfyllda relationen var den till staten; istället visades att staten kunde ses som en framväxande beskyddare av läkarkåren. De interna motsättningarna inom kåren lyftes fram och med Carder och Klingeberg framhålls att Läkarförbundet i realiteten välkomnade reformen i en tid då de interna motsättningarna hade blivit mycket svårhanterliga. Förutom specialistutbildningsfrågorna utjämnades nu *formellt* arbets- och lönevillkoren för olika grupper inom förbundet, men som vi skall se i nästa avsnitt, där förhållandena i dagsläget granskas, lever differentieringen inom läkarkåren kvar.

6. Specialisering, statusskillnader och åldersfördelning

Den svenska läkarkårens interna differentiering tar sig många uttryck. De konturer som tecknas i detta kapitel utgör grunden till analyserna i de kapitel som följer. Läkarpensionens differentiering beskrivs och konkretiseras utifrån några viktiga aspekter. Kapitlet börjar med en beskrivande diskussion av de medicinska specialiteterna och därpå följer en presentation av läkarnas val av specialitet så som de framgår av enkätmaterial. Ett resonemang förs om hur bestämt och definitivt valet av den egna specialiteten varit och vilken eller vilka specialiteter som har varit i fokus för läkarnas intresse. Därefter behandlas statusdifferenser och hur de gör sig gällande mellan specialiteterna i enkätmaterial. En fråga som ställs är om statusskillnader relateras på något sätt till könsfördelningen inom specialiteterna.

Läkarnas åldersfördelning granskas inom de olika specialiteterna, ålder vid legitimering samt tid för att uppnå specialistkompetens. En genomgång görs vidare av kohortskillnader i valet av specialitet, eftersom dessa tendenser utgör ett bakgrundsmaterial till de utvecklingsprocesser som analyseras längre fram. Slutligen granskas läkarnas arbetsplats-tillhörighet. Läkarnas kön och ålder bildar centrala principer i den bild som skisseras nedan, som har till syfte att kartlägga eventuella demarkationslinjer inom läkarkåren.

De medicinska specialiteterna - en beskrivning

Det är inget entydigt vad som ska betraktas som en specialitet eller specialistområde inom medicinen. En långtgående specialisering pågår alltjämt och subspecialiteter etableras successivt. Specialiseringen inom medicinen har långa anor. Undervisning i medicin, exempelvis dissectioner, fanns redan vid de norditalienska universiteten på 1200-talet.¹

En klyfta mellan medicin och kirurgi har länge existerat; medicinen institutionaliserades inom universiteten medan kirurgin utvecklades som ett hantverk. I Sverige slog medicinerna sig samman i Collegium medicum år 1663, vilket så småningom fick karaktären av en medicinsk överstyrelse, medan Kirurgiska societeten uppstod år 1686 ur det äldre barberarskrået. Till den kunskapsmässiga och yrkesmässiga splittringen

¹ Följande historiska uppgifter bygger på Nilsson, Ingemar, 1984, "Läkaren och kirurgen. Ideologi och praktik i 1700-talets medicin" i *Om ideologi och ideologianalys*. Institutionen för idé och lärdoms historia. Göteborgs universitet, s. 116-129.

mellan dessa kom den *sociala* splittringen som bestod i att medicinare och kirurger tillhörde olika skikt. Medicinarkåren rekryterades från prästståndet medan kirurgen tillhörde ett borgerligt hantverk där yrket ofta gick i arv. Denna sociala differentiering bestod länge och i Sverige integrerades kirurgi och medicin inte i en gemensam utbildning förrän 1861.

Som framgick av den historiska genomgången i kapitel 5 ansvarade Läkarförbundet självt för specialistväsendet fram till år 1960. Det utformade krav för specialistkompetens och godkände specialiteter. Det första specialistschemat antogs av Läkarförbundets fullmäktigemöte år 1914 och bestod i följande:²

- A. Allmänt praktiserande samt ackords- och familjeläkare.
- B. Läkare för specialsjukdomar eller för särskilda undersöknings- och behandlingsmetoder.
 - 1. Barnsjukdomar
 - 2. Förlossningar
 - 3. Hals- och nässjukdomar
 - 4. Hetlufts- och badbehandling
 - 5. Hjärtsjukdomar
 - 6. Hudsjukdomar
 - 7. Invärtes sjukdomar
 - 8. Kirurgiska sjukdomar
 - 9. Kvinnosjukdomar
 - 10. Könssjukdomar
 - 11. Lungsjukdomar
 - 12. Mag- och tarmsjukdomar
 - 13. Massage och gymnastik
 - 14. Nervsjukdomar
 - 15. Ortopedi
 - 16. Psykoterapi (hypnotism)
 - 17. Röntgenundersökning och behandling
 - 18. Sinnessjukdomar
 - 19. Tändernas och munhålans sjukdomar
 - 20. Ämnesomsättningens sjukdomar (sockersjuka, urinsyrediabetes, gikt, fettsot)
 - 21. Ögonsjukdomar
 - 22. Öronsjukdomar

Även om specialistschemat var reglerat fanns det inte förrän på 1970-talet något samordnat utbildningsutbud för specialiseringen. Den traditionella formen för vidareutbildning var tjänstgöring som underläkare vid sjukhus, även om det fanns kurser för vissa läkarkategorier t ex ämbets-

² Följande är refererad i Läkartidningen 20/1978.

läkarkurser för blivande provinsialläkare. De första bestämmelserna från år 1914 förnyades i några omgångar fram till år 1960 varefter Medicinalstyrelsen, senare Socialstyrelsen, övertog ansvaret för specialistutbildningen.

År 1992 fastställde Socialstyrelsen 60 specialiteter.³ Det går givetvis inte att röra sig med alla dessa i en studie som den föreliggande. Det finns många sätt att dela in de medicinska specialiteterna och ingen enskild indelning kan tjäna alla syften. Specialiteterna kan exempelvis delas in på grundval av verksamhetsområde eller arbetsplatstillhörighet, utifrån utbildning och sidutbildning eller utifrån en tudelning i prekliniska och kliniska specialiteter (teoretiska resp praktiska). Olika specialiteter förs ihop utifrån de olika klassifikationsgrunderna. Detta innebär att ingen indelning är 'vattentät' och odiskutabel, men den måste bedömas utifrån de frågor som ställs.

I det följande görs en indelning av specialiteterna i tre steg. Indelningen baseras på de frågeställningar som behandlas i avhandlingen och diskussionen i det följande bygger dels på Socialstyrelsens målbeskrivningar om specialiseringstjänstgöringen från år 1992 och dels på en studie av läkares arbetsvillkor inom olika specialiteter från år 1993.⁴ Min första indelning är en sammanslagning till tio specialiteter. En andra är en sammanslagning av dessa till två områden, manstata och kvinnotata specialistområden. En tredje kategoriindelning och den som mest används i analysen baseras på att statusdifferenserna samt könssammansättningen samtidigt beaktas. Den innebär att en indelning görs i fem grupper. Den indelningen introduceras i avsnittet om statusdifferentiering.

I den första indelningen på tio områden delar jag in specialiteterna dels efter verksamhetsområde och dels efter specialistkårens könssammansättning. I den indelningen är små områden ihopslagna för att få fram hanterbara enheter, inte för små för att kunna hanteras som aggregat, men inte så stora att viktiga aspekter går förlorade. Jag har relaterat denna indelning till kåren som helhet.⁵

³ *Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar.* Socialstyrelsen 1992.

⁴ Hellström, Margareta, 1993, *Läkarens arbetsvillkor inom olika specialiteter.* Undersökningsrapport nr 33/1993. Arbetsmiljöinstitutet, Solna. Hellströms indelning i 6 specialistgrupper gjordes i samarbete med Läkarförbundets referensgrupp. Specialistgrupperna är allmänmedicin, intensivvård/anestesi, invärtesmedicin, opererande specialiteter, röntgen/lab.specialiteter och psykiatri. Det är framför allt hennes *beskrivning* av specialiteterna som jag använder mig av.

⁵ Den jämförelse som görs med Sverige i det följande baseras på uppgifter från Sveriges Läkarförbund om könsfördelningen inom specialiteterna. Den finns i *Jämförbara läkare*, Sveriges Läkarförbund, 1992, bilaga 1, dels *Läkarfakta 1994* även utgiven av Sveriges Läkarförbund. Dessa uppgifter ligger till grund för jämförelsen i tabell 6.1. I den jämförelsen måste dock tas hänsyn till att Läkarförbundets uppgifter baseras på antal specialistbevis och inte antalet individer. En läkare som exempelvis har dubbelspecialitet

De tio områdena är följande:⁶

- Allmänmedicin (distriktsläkare)
- Anestesiologi
- Barnmedicin (=pediatrik)
- Gynekologi
- Invärtesmedicin och andra medicinska specialiteter (manstäten)
- Invärtesmedicin och andra medicinska specialiteter (kvinnotäten)
- Kirurgi
- Laboratoriespecialiteter
- Långvårdsmedicin (=geriatrik)
- Psykiatri

Allmänmedicin

Allmänmedicin betraktas som en grupp för sig. En stor del av allmänläkarna arbetar inom primärvården där de har distriktsläkartjänster. Vårdcentralerna är ganska platta organisationer med en liten hierarki inom läkargruppen. Det innebär att distriktsläkare har en annorlunda karriärgång än sjukhusläkare, de befinner sig ofta i karriärens slutstation redan från början. Allmänmedicinaren är oftast den förste läkare patienten besöker vid sjukdom, och han eller hon handhar merparten av de stora folksjukdomarna. En del av verksamheten består i att 'lotsa' eller vägleda patienter inom den slutna vården, en annan del består i att arbeta preventivt.

Allmänläkarna har ganska omfattande jourverksamhet och deras arbetstidsmönster är relativt krävande i en jämförelse med andra specialistområden.⁷ Allmänmedicin är bland de kvinnotätaste speciali-

redovisas därför dubbelt, vilket inte är fallet i mitt material. Jag har i två gränsfall utgått från Läkarförbundets uppgifter istället för mitt föreliggande material. Det gäller ett tiotal infektionsläkare och lungläkare som utifrån mitt material skulle klassificerats som kvinnotäten men tillhör här manstäten specialiteter i enlighet med fördelningen för hela landet.

⁶ I mitt material uppgav 175 individer sig ha dubbelspecialitet och 4 uppgav tre specialiteter. Av dessa klassificerades 120 automatiskt inom en och samma specialistgrupp p g a min kategoriindelning. Exempel på dessa är sådana som uppgav två kirurgiska specialiteter eller invärtesmedicin och lungmedicin, som båda är manstäten medicinska specialiteter. De resterande 59 klassificerades enligt följande princip: Om beskrivningen av specialiteten (enligt fråga 16 i enkäten) *uppenbarligen* utgick från den ena av specialiteterna ansågs vederbörandes nuvarande arbetsfält vara inom den specialiteten. Samma gällde där annan information i enkäten gav vid handen att den ena specialiteten utgjorde det huvudsakliga verksamhetsområdet (exempelvis en läkare med specialistbevis i kirurgi och allmänmedicin som beskriver sin arbetskarriär som distriktsläkare och arbetar inom öppen vård). När ingen sådan information fanns tillgänglig klassificerades läkarna efter den specialitet som de uppgav *först*. Vissa specialiteter förekom sällan, således uppgav en person socialmedicin som en andra specialitet, tillsammans med psykiatri som var det huvudsakliga arbetsområdet. Tre uppgav yrkesmedicin som en andra specialitet, två av dessa hade lungmedicin som första specialitet och kategoriserades inom manstäten medicin, den tredje hade allmänmedicin som första specialitet och kategoriserades som sådan.

⁷ Hellström uppskattade hur krävande arbetstidsmönstret var för de 6 specialistområdena (se not 4) utifrån några aspekter. Dessa aspekter är bl a övertid, jourtunghet (frekvens av primär- och bakjour),

teterna. I mitt material är kvinnorna 51 procent mot 35 inom hela Sverige. Allmänmedicinen hade stora rekryteringsproblem på 60- och 70-talet. Hösten 1968 var en dryg tredjedel av landets provinsialläkartjänster vakanta.⁸ Läkardriften inom allmänläkeriet avtog successivt under 80-talet efter systematiska satsningar från myndigheternas sida.

Anestesiologi

Anestesiologi förs ofta ihop med de kirurgiska specialiteterna, men behandlas här separat. Specialiteten är delvis en servicedisciplin till många andra kliniska specialiteter, speciellt kirurgi, dels en specialitet med ett eget verksamhetsområde, huvudsakligen intensivvård. Anestesiologernas arbete utförs ofta i team och det präglas vanligen av varierande arbetsbelastning och oförutsägbarhet. Anestesiologi anses ofta vara ett expanderande kvinnoområde och kvinnor har varit relativt sett överrepresenterade i fältet i många länder.⁹ Det saknar dock många förment 'kvinno-specifika' kännetecken, såsom patientkontakt och omvårdnad och den är en högteknisk och instrumentorienterad specialitet.

Anestesiologi är jourtung och har mycket krävande arbetstidsmönster.¹⁰ I Sverige ligger kvinnoandelen runt 25 procent, men är högre i mitt material eller 38 procent. Som ung specialitet hade anestesiologin rekryteringssvårigheter på 60-talet.¹¹

Barn- och långvårdsmedicin

Barnmedicin och långvårdsmedicin är självständiga specialiteter. De är i sig motsvarigheter till internmedicin i det att de behandlar barnaålderns respektive åldrandets internmedicin. De klassificeras ofta med internmedicinen men båda behandlas separat i denna studie. Barnmedicinen har långa anor och den fanns med i förteckningen över specialiteterna från år 1914 som refererades ovan. Geriatriken är däremot en senare avknoppning från internmedicinen. Barnmedicin är både en öppenvårds- och slutenvårdsspecialitet, medan långvård är en slutenvårdsspecialitet.

Barnmedicinen präglas av en allt ökande subspecialisering medan långvården mer handhar de äldres multipla sjukdomstillstånd. Inom barnmedicin är kvinnoandelen 38 procent för hela landet, i mitt material

arbetspassens längd och möjligheter att återhämta sig. Hellström 1993, s. 47. Allmänmedicinerna har en mellanposition mellan ytterligheterna när det gäller hur krävande arbetstidsmönstret är, se s. 48, 84.

⁸ "Hur skall dagens akuta kris för provinsialläkeriet lösas?" i Läkartidningen 48/1968.

⁹ Riska och Wegar 1989, s. 32, Frey 1980, s. 30.

¹⁰ Hellström 1993, s. 48, 87f, 95.

¹¹ Framgår av Läkartidningens ledare 46/1969 "Rehabilitering - en angelägen specialitet".

36 procent. Långvårdsmedicin är ett starkt kvinnodominerat område med 57 procent kvinnor såväl i mitt material som i Sverige totalt. I synnerhet barnmedicin är ett joutungt område. Långvården har haft mycket stora rekryteringssvårigheter under lång tid.¹²

Gynekologi

Gynekologi och obstetrik (förlossningshjälp) utgör en specialitet i Sverige. Obstetriken är per definition en kirurgisk specialitet. Gynekologin brukar inte klassificeras tillsammans med kirurgin utan klassificeras för sig. Specifikt för den är att patientgruppen enbart är kvinnor och det som behandlas är just 'kvinnligheten' närmast i en ontologisk bemärkelse. Gynekologi har mycket gemensamt med andra kirurgiska specialiteter. De operativa ingreppen kan vara lika oförutsedda och riskfyllda, inte minst när det ibland är två individers liv som står på spel. Gynekologin är i viss mån mera varierande än många av de kirurgiska specialiteterna, då gynekologen, förutom förlossningsvård, även sysslar med graviditetskomplikationer, ofrivillig barnlöshet, hormonella störningar m fl.

Gynekologi är en joutung specialitet. Den är av tradition ett kvinnornas område. Karolina Widerström, Sveriges första kvinnliga läkare, arbetade som gynekolog. I Helen Freys studie av kvinnliga läkare framgår att detta område var kvinnornas huvudsakliga område vid sekelskiftet vid sidan om allmän läkarvård. Successivt minskade kvinnoandelen allteftersom kvinnorna började välja andra områden.¹³ I dag är kvinnoandelen i Sverige 40 procent mot 49 procent i mitt material.

Invärtesmedicin

Invärtesmedicinen innefattar en mängd specialiteter som har olika inriktningar och varierar i storlek men har ett gemensamt drag i att de behandlar sjukdomar med icke-kirurgiska ingrepp, främst läkemedel.¹⁴ Den i särklass största gruppen är allmän internmedicin. Med den har jag klassificerat andra medicinska specialiteter varav en del är utbrytare från internmedicinen. Som sådan är hela gruppen väldigt stor och utgör drygt

¹² Detta framgår av Läkartidningens ledare 46/1969 "Rehabilitering - en angelägen specialitet". I en artikel av Mats Pers i Läkartidningen 13/1977 framgår att rekryteringen till FV-blocken i långvårdsmedicinen då hade stannat vid 24 procent av inrättade utbildningsblock, se "Gunnar Björck och satsningen på vidareutbildningen i långvårdsmedicin" i 13/1977. Se även Läkartidningens ledare i 46/1977 "Långvård - nytt vägskäl?". Specialiteten heter numera geriatrik, men jag använder de båda termerna långvårdmedicin och geriatrik.

¹³ Frey 1980, s. 23.

¹⁴ Se *Läkarnas specialiseringstjänstgöring* 1992, s. 93.

en fjärdedel av mitt material. Dessa skiljer sig något inbördes med avseende på verksamhetsområde och arbetsplatstillhörighet. Gemensam för de flesta specialiteterna är arbetsuppgiften att diagnostisera och behandla olika typer av invärtessjukdomar.

Specialiteterna inom denna grupp skiljer sig inte minst med avseende på könssammansättningen. Därför gör jag en tvåindelning av denna grupp i *manstätta* och *kvinnotäta* medicinska specialiteter. I fortsättningen kallas dessa för manstät medicin respektive kvinnotät medicin. I manstät medicin ingår allmän internmedicin, allergisjukdomar, endokrinologi, hjärtsjukdomar, lungsjukdomar, neurologiska sjukdomar, infektionssjukdomar, yrkesmedicin och socialmedicin. Dessa har det gemensamt att vara manstätta eller jämna i meningen att mäns andel överskrider eller motsvarar deras andel inom kåren. Infektionssjukdomar och lungmedicin är någorlunda könsjämna specialiteter och ingår också i denna grupp. Internmedicinen betraktades som 'karriärtrång' specialitet redan i slutet på 60-talet.¹⁵

I kvinnotäta medicinska specialiteter överskrider andelen kvinnor deras totala andel inom kåren och för vissa specialiteter finns en mycket kraftig överrepresentation. I kvinnotät medicin ingår reumatiska sjukdomar, medicinsk rehabilitering, hudsjukdomar, onkologi och ögonsjukdomar. Till denna grupp klassificerar jag alltså ögonmedicin, som per definition kunde (och faktiskt ofta) räknas med de kirurgiska specialiteterna. Anledningen är att de kirurgiska ingreppen inom ögonmedicinen är vanligtvis små (ex borttagning av gråstarr) och utgör en liten del av verksamhetsområdet. En viktigare anledning är dock att det bland ögonläkare förekommer en specialisering så att kirurgiska fall remitteras till en mindre grupp som utför operativa ingrepp.¹⁶ Specialiteterna inom detta område varierar i storlek: ögonmedicin är störst av de kvinnotäta, de resterande är ganska små.

Inom manstät medicin är kvinnorna runt 20 procent i mitt material medan genomsnittet för Sverige är 22 procent. Inom kvinnotät medicin är kvinnoandelen i mitt material 54 procent mot 44 procent för hela Sverige. En inte oväsentlig skillnad mellan kvinnotäta och manstätta medicinska specialiteter är att inom den manstätta gruppen återfinns specialiteter som har ansetts karriärtrånga ända sedan 1960-talets stora 'läkarbrist' medan till de kvinnotäta hör specialiteter som haft rekryterings-

¹⁵ Se "Propositionen om läkares vidareutbildning - äntligen" Läkartidningens ledare 16/1969.

¹⁶ Detta påpekas bl a av Helen Frey i hennes studie av kvinnliga läkare, se Frey 1980, s. 32.

svårigheter så som exempelvis rehabiliteringsmedicin och ögonmedicin.¹⁷ Vissa specialiteter i denna stora grupp (både manstäta och kvinnotäta) är joutunga och har krävande arbetstidsmönster.¹⁸

Kirurgi

Kirurgi består av åtta kirurgiska specialiteter; allmän kirurgi, ortopedi, urologi, neurokirurgi, barnkirurgi, thoraxkirurgi, plastikkirurgi och handkirurgi. Allmänkirurgi är det absolut största området, de resterande specialiteterna är relativt små. Till de kirurgiska specialiteterna har jag också räknat öron-, näs och halsmedicin eftersom en stor del av deras arbete är kirurgiska ingrepp. Till skillnad från ögonmedicin, som jag räknat till invärtesmedicin, så förekommer inte specialisering bland öronläkare utan de flesta utför operationer. Audiologer opererar dock inte.¹⁹ En kirurgs arbete består i att bedöma patienter som eventuellt behöver operativ behandling samt att utföra ingreppet. Diagnostik av sjukdomar och uppföljning av resultaten är lika omfattande arbetsuppgifter som själva operationerna.

Könssammansättningen är i stora drag lik för alla de kirurgiska specialiteterna, inklusive öronmedicin. Mansdominansen är stark, mer än nio av tio kirurger är män. Hela området har en tung jourverksamhet och har tillsammans med anesthesiologin det mest krävande arbetstidsmönstret.²⁰ I mitt material är kvinnornas andel drygt åtta procent inom de kirurgiska specialiteterna mot 10 procent i hela landet. Det förefaller som de kirurgiska specialiteterna aldrig haft rekryterings-svårigheter. De betraktades som 'karriärtrånga' specialiteter redan i slutet av 60-talet när det rådde en stor läkarbrist i Sverige.²¹

Laboratoriespecialiteter

Denna grupp består av den stora specialiteten radiologi, patologi samt en mängd kliniska laboratoriespecialiteter (klinisk fysiologi, klinisk farmakologi, klinisk näringslära, klinisk neurofysiologi, klinisk virologi,

¹⁷ Om 'karriärtrånga' specialiteter se Läkartidningen 16/1969; om rehabiliteringsmedicinens rekryterings-svårigheter se Läkartidningens ledare "Rehabilitering - en angelägen specialitet" i 46/1969; om ögonmedicinens rekryterings-svårigheter se Läkartidningen 20/1969.

¹⁸ Hellström 1993, s. 48 och s. 91f.

¹⁹ Av 21 öronläkare i mitt material har 5 även specialistbevis i audiologi, ingen har enbart specialistbehörighet i audiologi. I tabell 6.1 nedan har ingen betydelse om specialiteterna "hörselrubbningar" (n=53) och "röst- och talrubbningar" (n=17) räknas med öronmedicin eller inte, kvinnoandelen är 10 procent i båda fallen.

²⁰ Hellström 1993, s. 48, 87f, 95.

²¹ Se Läkartidningen 16/1969.

klinisk immunologi, klinisk bakteriologi), transfusionsmedicin och liknande specialiteter. I några av de små specialiteterna finns endast några få individer representerade i mitt material. Dessa specialiteter är givetvis mycket olika inbördes, men kännetecknade för hela området är att det till stora delar saknar direkt interaktion med patienter och omvårdnadsdelen är minimal (röntgenläkare har dock direkt patientkontakt, framför allt vid ultraljudsundersökningar).

Dessa specialiteter skiljer sig från andra specialiteter då de på ett eller annat sätt oftast arbetar med att ta fram uppgifter som ska tjäna som underlag för andra läkares (patientansvariga läkares) diagnostisering. Provtagning, analyser och bearbetning av information är således inbakad i verksamheten, vilket i vissa fall kan uppmuntra forskning. Ett annat kännetecken är att området inte är särskilt jourtungt.²² Alla specialiteterna är mycket manstärta. I mitt material är kvinnoandelen 15 procent mot 20 procent för hela landet. I fortsättningen använder jag beteckningen lab.specialiteter som förkortning för hela fältet, d v s radiologi, patologi och övriga laboratoriespecialiteter.

Psykiatri

Psykiatri utgör ett självständigt specialistområde och klassificeras som sådant, både i Socialstyrelsens målbeskrivningar och i min indelning. Den innefattar allmän psykiatri (vuxenpsykiatri), barn- och ungdomspsykiatri och rättspsykiatri. Psykiatrerna arbetar både inom öppen och sluten vård. En psykiater arbetar med utredning, diagnostik och behandling av patienter som lider av olika psykiska sjukdomar, vilkas svårighetsgrad varierar. Psykiatrin har tillsammans med lab.specialiteterna det minst krävande arbetstidsmönstret av alla specialiteter.²³ Den är starkt kvinno- dominerad, kvinnoandelen i mitt material är 48 procent mot 44 procent i Sverige. Psykiatrin har tidigare haft stora rekryteringsproblem.²⁴

Sammanfattningsvis ser fördelningen av specialiteter uppdelad på män och kvinnor i ut på följande sätt i mitt material ut och nationellt.

²² Hellström 1993, s. 48, 99.

²³ Hellström 1993, s. 48, 99, 103.

²⁴ Se bl a Läkartidningen 20/1969. Närmare ett decennium senare går att läsa i Läkartidningen att 279 vakanta tjänster finns inom allmänläkarvård, psykiatri och långvård medan det finns ett överskott på 300 specialistkompetenta underläkare inom de kirurgiska och medicinska specialiteterna, servicespecialiteterna och barnmedicin. Se "Ny plan för läkarfördelningen: Genombrott i spulfrågan. Fler kirurger och allmänläkare" av Claes-Göran Kjellander i Läkartidningen 51/1977.

Tabell 6.1. Kvinnor och mäns fördelning på specialiteter i Göteborgs-materialiet och nationellt.

	Totalt (n)	Män (n)	Kvinnor (n)	Kvinnor %	Kvinnor % nationellt
Allmänmed/ distriktsläkare	(73)	36	37	51	35
Anestesiologi	(47)	29	18	38	25
Barnmedicin	(53)	34	19	36	36
Geriatrisk	(28)	12	16	57	57
Gynekologi	(57)	29	28	49	40
Kirurgi	(166)	152	14	8	10
Kvinnotät med	(69)	32	37	54	44
Lab.specialiteter	(86)	73	13	15	20
Manstätt med	(143)	114	29	20	22
Psykiatri	(61)	32	29	48	44
Totalt	(783)	511 543	203 240	26 31	28

En annan indelning som görs är en tudelning i *kvinnotäta* och *manstäta* specialiteter (observera, inte att förväxla med manstätt och kvinnotätt *medicin*). Till manstäta specialiteter hör de specialiteter där kvinnors andel är lika med eller lägre än kvinnors andel i gruppen som helhet, d v s 26 procent. De manstäta är således kirurgi, manstätt medicin och lab.specialiteter. Till kvinnotäta specialiteter hör de som är kvar, men observera att dessa har varierande kvinnoandel, alltifrån barnmedicin och anestesiologi med drygt en tredjedel kvinnor, till geriatrisk och allmänmedicin med över hälften kvinnor. Fördelen med denna indelning är att grupperna visar sig bli ungefär lika stora. I framställningen används termerna 'kvinnospecialiteter' respektive 'mansspecialiteter' över denna tudelning för att undvika en förväxling med kvinnotätt och manstätt medicin.

Längre fram görs en ytterligare indelning av specialiteterna grundade i *statuskillnader*, men innan dessa introduceras ska valet av specialitet och statusdifferenser presenteras närmare.

Valet av specialitet - har man hamnat rätt?

Vad säger läkarna själva om hur och varför de hamnat i det område de arbetar inom? I enkäten berördes valet av specialitet i några frågor som ger möjlighet till systematiska inblickar. En stor del av läkarna uppger att de har hamnat i den specialitet de ursprungligen tänkte sig och de

flesta uppfattar sig ha valt utifrån intresse.²⁵ 33 procent av kvinnorna (n=76) och 25 procent av männen (n=125) uppger sig *inte* ha hamnat inom den specialitet de först hade tänkt sig.

Bakom dessa siffror döljer sig emellertid en ytterligare differentiering. Även om en del har hamnat *långt* ifrån vad de ursprungligen tänkte sig, så har andra hamnat inom ett mycket besläktat område, t ex allmänkirurgen som hade tänkt sig bli handkirurg eller internmedicinaren som hamnat inom en annan subspecialitet än han eller hon från början tänkt sig. Tar man endast hänsyn till dem som hamnat "helt fel" reduceras andelen till 30 procent hos kvinnorna och 19 procent hos männen. Vilka läkare är det som hamnade 'rätt'? Inom vilka specialiteter befinner sig de som mest definitivt uppger att den egna specialiteten var den rätta?²⁶

Tabell 6.2. Män och kvinnor som hamnat i den specialitet som de ursprungligen tänkt sig eller mycket besläktade områden. Procent.

Män	Procent	(n)	Kvinnor	Procent	(n)
Kirurgi	92	(152)	Gynekologi	89	(28)
Barnmedicin	91	(34)	Kirurgi	86 ^{o)}	(14)
Kvinnotät med.	89	(32)	Barnmedicin	76	(19)
Gynekologi	86	(29)	Kvinnotät med.	70	(37)
Manstät med.	79	(114)	Lab.specialit.	69	(13)
Allmänmedicin	73	(36)	Allmänmedicin	69	(37)
Psykiatri	71	(32)	Anestesiologi	67	(18)
Anestesiologi	68	(29)	Manstät med.	64	(29)
Lab.specialit.	68	(73)	Psykiatri	52	(29)
Geriatrisk	64 ^{o)}	(12)	Geriatrisk	47	(16)
Tot	81	(543)		69	(240)

^{o)} Observera, mycket fåtaliga celler.

I tabell 6.2 är specialiteterna rangordnade efter grad av förstahandsval inom specialiteten. Trots att spridningen är liten ger tabellen en hel del intressant information. Kirurgi är bland de specialiteter som mest definitivt utgör förstahandsval bland både män och kvinnor, tillsammans med

²⁵ Se fråga 13 i enkäten i bilaga I. Frågan hade sex svarsalternativ, samt ett öppet svarsalternativ med möjlighet till kommentarer. 62 procent svarade enbart 'intresse', men om dessa klassificeras tillsammans med de svar där intresse förekommer bland andra, uppgår det till 90 procent av svaren.

²⁶ I det följande har jag fört de som hamnat inom en *besläktad* specialitet ihop med de som anser sig ha hittat *rätt*. Frågans formulering var "Har du hamnat i den specialitet Du först tänkte Dig eller valde?" Det innebär att ingen distinktion görs mellan dem som *funderat* på en annan specialitet och de som *påbörjat* den. En sådan finmaskerad frågeställning skulle å andra sidan inte gett överblickbara resultat, i synnerhet inte för så liten grupp som det här handlar om.

barnmedicin bland männen och gynekologi bland kvinnorna. Att kirurgerna är de som från början varit mest bestämda på sitt specialistval bekräftas i andra studier.²⁷

Med tanke på könsskillnader är det värt att notera att bland de fyra översta specialistområdena anger över åtta av tio män att de har hittat rätt. Bland kvinnorna är det endast de två översta, gynekologer och kirurger som kommer så högt vad gäller förstahandsval. En annan viktig information som tabell 6.2 ger är att det i stor utsträckning är samma specialiteter ligger på toppen och på botten, med lite olika rangordning hos män och kvinnor. Bland de som ligger lägst är geriatrik, psykiatri och anesthesiologi.

De som inte har hamnat där de först tänkte sig är för få för att granskas eller bearbetas statistiskt utifrån den önskade specialiteten. En del av den informationen är dock intressant. Vi ser av tabell 6.2 att relativt många anesthesiologer har ej hittat rätt i början. Det är iögonfallande att dessa i stor utsträckning (över hälften) haft en enda specialitet i sina tankar som förstahandsval, nämligen kirurgi. Annat som är tankeväckande är att närmare hälften av de manliga lab.specialisterna även tänkte sig kirurgi och många av dem tänkte sig manstätt medicin. De kvinnor som ej hittat rätt är visserligen fler än männen, men deras förstahandsval är mycket mer spritt på olika specialiteter och därför omöjligt att resonera om i termer av siffror.

Av vilket skäl har man då övergett den specialitet man hade påbörjat eller tänkt sig? I gruppen som hamnade 'rätt' uppgav majoriteten intresse som det tyngst vägande skälet till valet av specialitet. Av de som hamnat fel uppger en *tredjedel* intresseförskjutning enbart som det tyngsta skälet.²⁸ Svaren ger vid handen att det är ingen enkel process när man byter specialitet; ens aspirationer ändras. Det är en rimlig fråga att ställa huruvida 'intresseförskjutning' är en motsvarighet till den stora grupp som uppgav 'intresse' som skäl för att de valde rätt. 'Intresseförskjutning'

²⁷ Nore, Anne Kathrine, 1993, *Fra nevenyttig jente till entusiastisk kirurg. En kvalitativ studie av kvinnelige kirurger i Norge*. Specialoppgave til helseadministrasjonsstudiet. Universitetet i Oslo, s. 24, och Zeldow PP, Preston RC, Dagerty SR, 1992, "The decision to enter a medical specialty: Timing and Stability" i *Medical Education* 1992:26.

²⁸ Se fråga 14 i enkäten i bilaga 1. Jag har klassificerat de första två svarsalternativen 'intresseförskjutning' och 'passade ej min personliga läggning' tillsammans. Följande svarsalternativ har jag klassificerat tillsammans som 'praktiska' skäl:

-långa arbetstider, för mycket jourarbete

-för liten tillgång till tjänster inom specialiteten/svårt hävda sig i konkurrensen

-dåliga inkomstmöjligheter

Endast fyra kryssade för 'dåliga möjligheter för forskning' varför dessa har klassificerats tillsammans med praktiska skäl.

förekommer (enbart eller som ett av *flera* alternativ) i drygt hälften av svaren (56 procent). Det är därför tydligt att många haft andra motiv än intresseförskjutning för sin ändrade inriktning.²⁹

Tabell 6.3. Skäl till ändrat val av specialitet. Män och kvinnor. Procent.#)

	Män Procent	Kvinnor Procent	Totalt Procent
Intresseförskjutning	58	38	50
Praktiska skäl	14	43	25
Intresseförskjutning och praktiska skäl	12	9	11
Annat	17	11	15
Totalt (n)	100 (139)	100 (80)	101 (219)

#) Signifikant (***)

Mycket fler kvinnor än män uppger praktiska skäl och omvänt uppger fler män än kvinnor intresseförskjutning. Bland männen är det mycket få som uppger praktiska skäl (n=20) och därför inte rimligt att försöka hänföra dem till specialiteter. De kvinnor som uppger praktiska skäl (n=34) återfinns i diverse specialiteter. Överhuvudtaget är det problematiskt att hänföra dessa uppgifter till specialitet då grupperna blir för små. Vissa tendenser kan skönjas, men får tolkas varsamt.

Vi såg exempelvis att en relativt stor del av anesthesiologerna ansåg sig *inte* hamnat där de först tänkte sig och de har en särställning i att en majoritet av dem hade tänkt sig kirurgi. Nästan samtliga av dem uppger intresseförskjutning som skäl för ändrat val. För övrigt verkar skälen till ändrat specialistval inte hänga samman med andra aspekter som granskades: vare sig civilstånd, ålder, barnantal, ålder för legitimering eller specialisering visar sig ha något samband med vilka skäl som anges för ändrad specialinriktning, varken för män eller kvinnor (ej redovisat i tabeller).

²⁹ Intresse i bemärkelsen vad man helst önskar sig är något försåtligt begrepp. Jon Elster har påpekat att det som förklarar en individs handlande inte bara är hans eller hennes önskningar (desires) och objektiva möjligheter (opportunities), utan också vad han eller hon *tror* om sina möjligheter, se Elster 1989, s. 20. En del av dessa subjektiva berättelser kan vara en efterhandskonstruktion.

Statusdifferentiering

Statusfrågor är en mycket komplicerad och känslig problematik inom läkarkåren. Det blev jag medveten om i den pilotstudie som föregick enkätstudien, samt av många samtal med läkare. Jag insåg riskerna med att ha ett antal indikatorer, nämligen att alla kanske inte skulle förstå dem på samma sätt och tolkningen bli svårhanterlig. Å andra sidan fanns risken att väcka irritationer och motstånd med att använda begreppet status rätt och slätt. Till beslut bestämde jag att använda statusbegreppet men att ha två frågor, vars formulering var ämnad att komma förbi dessa problem. De var som följer:

Anser Du att olika specialiteter tillskrivs olika status **inom** läkarkåren?

Ja

Nej

Om ja, ange den eller de specialiteter som Du tror har högst respektive lägst status **inom** läkarkåren (högst två).

Tanken bakom den första frågan var att ge läkarna en möjlighet att mer generellt återge hur de trodde att statusproblematiken uppfattades inom kåren. Detta uteslöt dock inte en viss förargelse över statusbegreppet, vilket jag diskuterar utförligt i kapitel 11 i samband med diskursanalysen av stushierarkierna. Men resultatet tyder ändå på klara statusdifferenser inom läkarkåren, som redogörs för i det följande.

En majoritet, 78 procent, av de läkare som svarade på enkäten anser att de medicinska specialiteterna har olika status (85 procent av kvinnorna mot 75 procent av männen). Den andel som anser att statusskillnader förekommer minskar något med ålder och det är vanligare att kvinnor anger statusskillnader än män. Dag Album som studerade statusuppfattningar bland norsk sjukvårdspersonal i början på 90-talet fann samma tendenser.³⁰

Hög status

Vilka specialiteter är det som anses ha hög status? I enkäten fanns två rader för att ange specialiteter med högst respektive lägst status. I tabell 6.4

³⁰ Album, Dag, 1991, "Sykdommers og medisinske specialiteters prestisje" i *Tidsskr. Nor. lægeforening* nr. 17, 1991;111. Leif Berggren och Sune Nyström studerade revirtänkande och statusskillnader på vårdcentraler i mitten av 80-talet fann klara statusskillnader och de bekräftar även att statusfrågan är känslig. Se Berggren, Leif och Nyström, Sune, 1985, "Territorial behaviour in primary health care - a quantitative study" i Berggren, Leif, *Non-physical territoriality in health care organisations*. Institutinen för socialmedicin, Göteborgs universitet, s. 145-150.

som följer nedan anges dessa som 'etta' respektive 'tvåa' vilket åsyftar i vilken ordning specialiteterna uppgavs. Kirurgin uppfattas otvivelaktigt ha den högsta statusen, med medicin på andra plats. De kirurgiska specialiteterna ihopslagna uppgår tillsammans till 89 procent av dem som uppges med högst status som första specialitet ('etta' i fortsättningen). Klassificerar man de kirurgiska specialiteterna för sig, framträder en differentiering inom den gruppen. I tabell 6.4 redovisas differentieringen inom 'kirurggruppen' ovanför strecket. Den specialitet som uppgavs som 'etta' är uppdelad efter kön, för specialiteten som uppgavs som 'tvåa' uppges endast totalsiffran.

Tabell 6.4. Specialiteter som anses ha högst status - uppdelade efter kön.³¹
Procent.

	Högst status ('etta')			Högst status ('tvåa') Total
	Män	Kvinnor	Total	
<i>Thorax</i>	36	30	34	
<i>(Allmän)kirurgi</i>	20	24	22	
<i>Neurokirurgi</i>	15	21	17	
<i>Subsp. + annan</i>				
<i>Kirurgi</i>	18	15	17	
Totalt kirurgi	88	90	89	66
Medicin	9	8	9	25
Andra	3	2	3	9
Totalt	100	100	100	100
(n)	(372)	(190)	(562)	(336)

Som 'etta', dvs den specialitet som först (eller enbart) nämns med högst status har de kirurgiska specialiteterna särställning. 'Kirurgi' (ej specificerad) kan både syfta på allmänkirurgi och kirurgi som ett samlingsbegrepp. Den enskilda subspecialitet som rangordnas högst är thoraxkirurgen, därefter neurokirurgi. I gruppen som jag betecknar som 'subspecialiserad och annan kirurgi' är transplantationskirurgi och plastikkirurgi de största grupperna. Vissa stora kirurgiska specialiteter nämns inte alls som 'etta' till exempel ortopedi och urologi, och barnkirurgi uppges endast av ett par individer. Vidare kan nämnas att thorax- och neurokirurgi, som rankas så högt, är ganska små specialiteter.

³¹ 71 procent (n=562) av de svarande nämnde *en* specialitet med högst status (kolumn 'etta' i tabell 6.4) medan 43 procent (n=336) nämnde *två* specialiteter (kolumn 'tvåa' i tabell 6.4). I tabell 6.4 redovisas båda, men endast 'ettan' uppdelad på kön.

Nio procent uppger att *medicinsk* specialitet har högst status. Dessa består nästan uteslutande av *manstäta* medicinska specialiteter. Den enskilda specialitet som rangordnas absolut högst av de medicinska specialiteterna är kardiologi och en mindre grupp uppger internmedicin. Manliga och kvinnliga läkare skiljer sig inte åt i bedömningen av toppen på statushierarkin.

Som 'tvåa' dvs som en andra specialitet, träder de medicinska specialiteterna starkare fram och 26 procent uppger en sådan mot 65 procent som uppger en kirurgisk specialitet. Den inbördes tendensen är den samma som gäller för 'ettan', att kirurgiska specialiteter är de högst rankade med manstäta medicinska specialiteter på andra plats. En annan iögonfallande aspekt är att det är i stort sätt *samma specialiteter* som figurerar bakom alla samlingsbegreppen i både 'ettan' och 'tvåan'.³²

Låg status

Närmare åtta av tio uppger tre enskilda specialiteter med lägst status. Dessa är geriatrik, psykiatri (inklusive barnpsykiatri) och allmänmedicin. Sju procent nämner medicinska specialiteter och de som oftast nämns är rehabilitering och hudmedicin som båda är *kvinnotäta* specialiteter. I det ljuset förefaller de subspecialiteter inom invärtesmedicinen som har låg status vara den kvinnliga motsvarigheten till högstatusspecialiteterna som var manstäta.

³² De samlingsbegrepp som åsyftas är 'subspecialiserad och annan kirurgi'; 'medicin' och 'andra specialiteter'. Ortopedi och urologi som inte förekom som 'etta' nämndes av ett fåtal som 'tvåa' och thorax- neurokirurgi bytte plats.

Tabell 6.5. Specialiteter som anses ha lägst status - uppdelade efter kön. Procent.

	Lägst status ('etta') [#]			Lägst status ('tvåa')
	Män	Kvinnor	Total	Total
Geriatrik	30	34	31	24
Psykiatri	23	29	25	25
Allmänläkare	23	24	23	22
Diverse	15	7	12	15
(rättsmedicin, yrkes- medicin, skolläkare, militärläkare och privatpraktiserande)				
Medicin	7	3	6	9
Andra	3	4	3	5
Totalt	100	100	100	100
(n)	(379)	(190)	(569)	(321)

#) Signifikant för könsskillnaderna (*).

I tabell 6.5 har jag klassificerat tillsammans under den något bristfälliga termen 'diverse' några specialiteter som har det gemensamt att i sin praxis vara lokaliserade *utanför* de vanligaste sjukvårds- eller sjukhusinrättningarna. Dessa är rättsmedicin, yrkesmedicin, skolläkare, militärläkare och privatpraktiserande läkare.

Könsaspekten är något mera framträdande här än bland högstatus-specialiteterna (se kolumnen 'etta' i tabell 6.5) och ligger främst i att *kvinnorna* uppger något oftare än männen att geriatrik, psykiatri och allmänmedicin har lägst status. *Männen* uppger oftare att specialiteterna som jag betecknat som 'diverse' (lokaliserade *utanför* jfr ovan) och medicinska specialiteter har lägst status.³³

Jämför man de specialiteter som uppges på första och andra plats, dvs som 'etta' respektive 'tvåa' så förskjuts proportioner inte mycket: Andelen som nämner geriatrik, psykiatri och allmänmedicin med lägst status sjunker mycket lite. Det är vidare intressant att samma medicinska specialiteter figurerar som 'etta' och 'tvåa' när det gäller lägst status, nämligen rehabilitering och hudmedicin av de medicinska; likaså är det precis samma specialiteter som står bakom samlingsbegreppet 'diverse' i 'ettan' och 'tvåan'.

³³ 72 procent (n=569) nämner *en* specialitet (kolumn 'etta' i tabell 6.5). 41 procent (n=321) nämner *två* specialiteter (kolumn 'tvåa' i tabell 6.5).

Ytterligare några saker förtjänar att uppmärksammas. För det första så förekommer de olika specialiteterna mycket sällan *tillsammans*, d v s statusbilden är klar i toppen och i botten. Endast två specialiteter eller specialistgrupper förekommer som både hög- och lågstatusspecialiteter men de uppges endast av ett litet fåtal.³⁴ Min översikt ger slutsatsen att det således rör sig om en ganska markerad polarisering såtillvida att ett fåtal specialiteter (eller specialistgrupper) uppges som högstatus- respektive lågstatusspecialiteter, medan en stor grupp specialiteter uteblir och knappast verkar ingå explicit i statuslistorna. Detta rimmar i stort sett med Albums resultat.

En uppfattning som ibland framhålls är att läkare rangordnar den egna specialiteten högt. De kommentarer som Album fick på sin artikel visar detta.³⁵ Om så vore fallet skulle svaren i stort sett återspegla andelen inom varje specialitet. I det här materialet varierar svaren mycket lite efter specialitet. Eftersom närmare 90 procent uppger att kirurgiska specialiteter anses vara högstatusspecialiteter, kan variationen där inte bli särskilt stor. När det gäller den stora grupp som anger psykiatri, geriatrik och allmänmedicin med lägst status finns ingen distinkt intern skillnad. Genomgången tyder därför på att statusdifferenser inom läkarkåren utgör en relativt klar och artikulerad diskurs.

Fem statusrelaterade specialistområden

Låt mig nu återkomma till indelningen av specialiteterna. För att sammanfatta det som tidigare sagts, så har jag redan gjort en indelning i *tio* specialistområden samt en sammanslagning av dessa till *två* läger; manstälta specialiteter och kvinnotälta specialiteter. Den tredje indelning som här presenteras är mer förankrad i avhandlingens principiella frågeställningar om diskursiva stängningsstrategier, d v s statusproblematiken. Specialiteterna tillskrivs högst varierande status av läkarna, vilket framgår ovan. Den fråga som detta föranleder är huruvida det har samband med arbetskarriärens olika aspekter.

En vägledande hypotes i presentationen av arbetsvillkor som behandlas i nästa kapitel är huruvida specialitetens statusdifferenser sammanhänger med hur karriären gestaltar sig. På denna princip baseras

³⁴ Dessa är anesthesiologi som något oftare nämns som högstatusspecialitet än som lågstatusspecialitet och lab.specialiteter som oftare nämns som lågstatusspecialiteter än som högstatusspecialitet. Andra svar framstår som anomalier i sammanhanget, till exempel de två individer som uppger kirurgi som lågstatusspecialiteter, eller de tre som uppger barnmedicin och onkologi som högstatusspecialiteter.

³⁵ Neset, K m fl, 1991, Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje i *Tidsskr. Nor. lægeforen.* nr. 29, 1991;111.

den indelning som blir grunden i den fortsatta analysen där de tio specialistområdena delas i *fem* kategorier efter hur de relaterar till statusdiskursen. Kvinnospecialiteterna ingår i allmänhet inte i högstatusdiskursen och omvänt ingår mansspecialiteterna i allmänhet inte i lågstatusdiskursen. Men eftersom de specialiteter som inte omges av en statusdiskurs både är mans- och kvinnotäta, delar jag upp den gruppen i *manstäta* ej-statusspecialiteter och *kvinnotäta* ej-statusspecialiteter.³⁶

Enligt denna indelning blir specialiteterna följande:

manstäta <i>högstatusspecialiteter</i>	(kirurgi);
manstäta <i>statusspecialiteter</i>	(manstätt medicin);
manstäta <i>ej-statusspecialiteter</i>	(lab.specialiteter);
kvinnotäta <i>ej-statusspecialiteter</i>	(barnmedicin, gynekologi, anestesiologi och kvinnotät medicin);
kvinnotäta <i>lågstatusspecialiteter</i>	(geriatrik, psykiatri, allmänmedicin).

Åldersfördelning

Kvinnornas andel av läkarprofessionen har ökat i rask takt de sista årtiondena. Detta avspeglar sig i materialet genom att männens genomsnittsålder är högre än kvinnornas; 47,5 år mot 46,1 år. Det är ändå liten skillnad med tanke på att kvinnorna ökat sin andel raskt först under senare år. Åldersfördelningen efter specialiteter är något ojämn, vilket förtjänar att uppmärksammas. Den allra lägsta genomsnittsåldern finns bland anesthesiologerna och gynekologerna (45 år) medan psykiatrikerna har den absolut högsta och därefter lab.specialisterna (51 respektive 49 år). I de resterande specialiteterna ligger genomsnittsåldern runt 47 år. Dessa åldersskillnader förklaras dels av att en grupp läkare har legitimerats sent som vi snart ska se, men åldersstrukturen återspeglar även huruvida rekryteringen till specialiteten i fråga är i ökning eller minskning, en aspekt jag återkommer till.

Ålder vid legitimation

Genomsnittlig ålder vid legitimation är 28,6 år för männen och 29,2 år för kvinnorna. De äldre läkarna har varit något äldre vid legitimering än

³⁶ Här måste klargöras att några mansdominerade specialiteter uppfattas som lågstatusspecialiteter av några (i synnerhet manliga) läkare. Dessa specialiteter är främst socialmedicinare, yrkesmedicinare, skolläkare som i min klassificering ingår i manstätt medicin, som här klassificeras som en statusspecialitet. De berörda specialiteterna är mycket små generellt och utgör endast några få individer i mitt materialet.

de yngre och det gäller i synnerhet kvinnorna. En skillnad gör sig också gällande mellan specialiteterna. Där är tidsrymdens spännvidd drygt fyra år. Den allra högsta legitimationsåldern har geriatrikerna, närmare 32 år, medan gynekologer, barnläkare samt läkare inom manstätt medicin har den lägsta, knappt 28 år. Det finns emellertid ingen signifikant skillnad avseende ålder för legitimering mellan män och kvinnor inom specialiteterna.

Ålder vid specialistkompetens

Specialistkompetenta är läkarna i genomsnitt sex år efter legitimation, männen 5,8 år och kvinnorna 6,2 år. Det har tagit de äldre läkarna systematiskt längre tid att få specialistkompetens än de yngre, och det har tagit kvinnorna längre tid än männen i alla åldersgrupper. Denna tendens gör sig gällande i alla de nordiska länderna.³⁷ Specialiteterna är en annan skiljelinje och granskat efter dem så utgörs ytterligheterna av anesthesiologi och psykiatri. Det har tagit anesthesiologerna i genomsnitt fem år (efter legitimation) att uppnå specialistkompetens medan det har tagit psykiatrikerna nära sju år. Könsskillnaderna är små (oftast mindre än ett år) men de är signifikanta. I tabell 6.6 visas ålder vid legitimering samt tid för att uppnå specialistkompetens, efter kön och åldersgrupper. Skillnaderna mellan könen avtar något i de yngre åldersgrupperna.

Tabell 6.6. Genomsnittsålder vid legitimering och genomsnittlig tid för att uppnå specialistkompetens (år efter legitimation) uppdelat på kön och åldersgrupper.

	Ålder vid legitimering ^{#)}			Tid för att uppnå specialistkompetens ^{##)}		
	Män	Kvinnor	Tot.	Män	Kvinnor	Tot.
>53 år	28,7	30,1	29,0	7,0	7,6	7,2
44-53 år	28,9	29,9	29,3	5,5	6,1	5,7
<44 år	28,1	27,8	28,0	5,2	5,7	5,3
Totalt	28,6	29,2		5,8	6,2	

^{#)} Signifikant för kön (*), åldersgrupper (***), interaktion (*),

^{##)} Signifikant för kön (**), åldersgrupper (**).

³⁷ Korreman, Grete, 1994, *Læge og køn - spiller det en rolle?* TemaNord 1994:597. Nordiska Ministerrådet, s. 61.

De tendenser som här framträder inverkar självfallet på de faktorer som granskas i kommande kapitel; i en specialitet med hög genomsnittsålder har t ex flera haft tid på sig att avancera, disputerat o s v. Förändringarna kan sammanhånga med strukturella förändringar i själva sjukvårdssystemets organisering, ändrade former för yrkeskarriären i synnerhet efter reformer i läkarnas specialistutbildningen efter år 1970.

Kohortskillnader i specialisttillhörighet

Vilka förändringar är det som har skett i specialisttillhörighet mellan den yngre och den äldre läkarkohorten? Det är av betydelse att kartlägga det för att sedan se inom vilka ramar yngre män och kvinnor rör sig mellan specialiteter.

Tabell 6.7. Kohortsväxlingar i specialisttillhörighet. Procent.#)

	Total (n)	Äldre procent	Yngre procent	Förändring procent
Allmänmedicin	(72)	6	12	+6
Anestesiologi	(45)	4	7	+3
Barnmedicin	(51)	8	6	-2
Geriatrisk	(26)	3	4	-1
Gynekologi	(56)	6	8	+2
Kirurgi	(161)	21	21	-
Kvinnotät medicin	(67)	10	8	-2
Lab.specialiteter	(86)	14	9	-5
Manstätt medicin	(141)	17	19	+2
Psykiatri	(58)	11	5	-6
Tot	(763)	100 (310)	100 (453)	

#) Signifikant (**).

Tabell 6.7 visar att de yngre har rört sig från vissa specialiteter, främst psykiatri och lab.specialiteter där minskningen är rejäl och i mindre grad barnmedicin och geriatrisk. Andelen yngre ökar mest i allmänmedicin, men även i gynekologi och anestesiologi. Detta motsvaras i hög grad av utvecklingstendenserna för hela landet.³⁸ När det gäller de yngre, åter-

³⁸ Denna jämförelse baseras på *Läkarfakta 1975* (som bygger på Latt 1974) och *Läkarfakta 1994*. De minskande specialiteterna överensstämmer med mitt materialet även om den inbördes ordningen är en annan (lab.läkare -6, psykiatri -4, och geriatrisk -2 procent). Manstätt och kvinnotät medicin har expanderat mer i landet än i mitt material där manstätt medicin har ökat men kvinnotät medicin minskar. Allmänmedicinen ökar kraftigare i mitt material än i hela landet. Dessa två aspekter kan hänga samman och möjligen förklaras av dubbelspecialiteter, eftersom *Läkarfakta* bygger på specialistbevis som är avsevärt fler än antalet personer, se not 6 för förekomsten av dubbelspecialitet i mitt material.

speglar mitt materialet den övergripande tendensen för hela landet med ett par undantag. Dessa undantag kan förklaras av att specialister i privat och statlig tjänst inte är med i mitt material. Det kan även bero på att Göteborgs sjukvårdsområde är ett starkt universitetspräglat storstadsområde som troligen inte är representativt för hela landet i alla avseenden.

Om denna generella tendens bryts ner efter kön ser utvecklingen ut enligt följande:

Tabell 6.8. Kohortsväxlingar i specialisttillhörighet efter kön.#) Procent.

	Män			Kvinnor		
	Äldre	Yngre	Förändr.	Äldre	Yngre	Förändr.
Allmänmedicin	5	8	+3	9	18	+9
Anestesiologi	4	6	+2	6	9	+3
Barnmedicin	7	6	-1	13	6	-7
Geriatrisk	3	2	-1	4	7	+3
Gynekologi	5	5	-	7	14	+7
Kirurgi	27	29	+2	1	7	+6
Kvinnotät med.	7	5	-2	20	14	-6
Lab.specialit.	16	12	-4	7	5	-2
Manstätt medicin	18	24	+6	16	11	-5
Psykiatri	9	3	-6	17	9	-8
	100	100		100	100	
Totalt	(240)	(290)		(70)	(163)	

#) Signifikant för könsskillnaderna inom gruppen yngre (***) och äldre (***) , signifikant för skillnaderna mellan yngre och äldre bland kvinnor (*) och bland män (*).

Tabell 6.8 visar att kvinnor och män har rört sig delvis i *olika riktningar*. Förändringarna är vidare relativt större bland kvinnorna än männen.³⁹ En tydlig tendens är att männen är mycket mer koncentrerade till ett fåtal specialistområden än vad kvinnorna är. Runt hälften av männen finns inom kirurgi och manstätt medicin. Koncentrationen inom manstätt medicin förstärks. Bland männen sker även en ökning hos de yngre i allmän-

³⁹ Observera dock att kvinnorna är mycket färre än männen och små ändringar kan ge höga procentsiffror. Annat som måste uppmärksammas är att procentsiffror kan var illusoriska när grupperna är av så olika storlek. T ex visar kirurgi en mycket liten ökning totalt i tabell 6.7, som inte ger utslag när procenttalen ges i hela tal. Men eftersom kirurgi är ett så stort område ger denna lilla förändring ett förhållandevis större utslag när män och kvinnor betraktas efter kohorter. En tvåprocentig ökning hos männen och sexprocentig ökning hos kvinnorna (n=14) inryms därför inom denna förändring som för helheten är en bråkdel av en procentenhet.

medicin, kirurgi och anesthesiologi. En stor minskning sker inom psykiatri och lab.specialiteter.

Bland kvinnorna är det en rejäl ökning i allmänmedicin samt i de opererande specialiteterna gynekologi och kirurgi. En ökning sker vidare i anesthesiologi och geriatrik. Den största minskningen bland kvinnorna är inom psykiatri där den är relativt större än bland männen, men även i kvinnotät och manstät medicin minskar kvinnornas andel. I två specialiteter har tendensen gått i motsatt riktning för yngre män och kvinnor: inom geriatrik sker en minskning bland männen men ökning hos kvinnorna, och inom manstät medicin sker en ökning hos männen men en minskning hos kvinnorna.

I sin studie om kvinnliga läkare sammanfattar Helen Frey de utvecklingstendenser som hon kunde skönja från sekelskiftet fram till 70-talet.⁴⁰ Andelen kvinnor i allmänläkarvård minskade under hela den perioden och stannade på tio procent på 70-talet, en nedgång som inte är specifik för kvinnorna utan återspeglar den ökande specialiseringen inom hela kåren, framhåller Frey. Som vi har sett är kvinnliga allmänläkare förhållandevis många fler idag vilket kan tyda på att kvinnorna återigen har ökat inom allmänläkarvård efter offentliga satsningar på allmänmedicin från och med 70-talet och dess etablerande som en självständig specialitet med en egen vidareutbildning år 1982. En annan tydlig tendens är att en stor andel av de första kvinnliga läkarna (särskilt runt sekelskiftet) arbetade inom gynekologi. Obstetrikeken har traditionellt varit ett kvinnoområde och det är därför inte konstigt att de kvinnliga pionjerna inom medicinen blev gynekologer, som t ex Karolina Widerström.⁴¹

Inom internmedicin (som ingår i manstät medicin i min klassificering) finns en jämn ökning hos kvinnorna fram till 70-talet medan männens andel minskar något. Frey påpekar att detta kan tyda på att när läkarna började välja annat än allmän läkarvård som specialitet, fördelade männen sig på fler specialiteter än kvinnorna. Andelen kvinnor inom psykiatri ökade också med åren och var uppe i en tredjedel när den var som högst på 50-talet för att sedan sjunka igen till drygt 20 procent. Liknande ökning fanns inte bland männen. Bland dem låg psykiatri runt

⁴⁰ Frey 1980, s. 23. För de kvinnor som inte hade specialistbevis - som ju var få i början - fastställde Frey specialiteten genom yrkesanamesen eller en kombination av den och specialistbevis när de inte arbetade inom den gren de hade specialistbevis i.

⁴¹ Svenska barnmorskor har periodvis haft mycket stark ställning som yrkesgrupp, t ex hade de i nästan 100 års tid rätt att bruka instrument i sin yrkesutövning, t o m skarpa sådana, vilket gjorde den svenska barnmorskan enastående i världen. Se Højeberg, Pia, 1981, *Jordemor. Barnmorskor och barnaföderskor i Sverige*, Gidlunds Södertälje, s. 90ff, och Stenberg, Sten, 1889, "Undervisningen i förlossningskonsten i Stockholm från äldre till nuvarande tid", skrivet 1864, tryckt i *Jordemodern* 1889.

sex procent hela perioden som Frey studerade. Både mäns och kvinnors andel visade en uppåtgående trend inom anesthesiologi, och inom lab.specialiteterna ökade båda könen andel och i synnerhet männens.

Relaterar vi tendenserna i Freys sammanställning till mitt material ser vi starka kontinuiteter i att kvinnotäta områden kan spåras ända tillbaka till sekelskiftet. Men trots det är tendensen för kvinnorna inte konstant över hela perioden. Kvinnorna har från sekelskiftet minskat sin andel inom gynekologin för att återigen öka den på senare tid. Inom medicinska specialiteter ökade kvinnor sin andel under den tid Frey studerade för att minska under den period som jag granskar. Kvinnorna ökar däremot sin andel inom allmänmedicinen mer än männen i mitt material, vilket kan tyda på en förskjutning mellan allmänmedicin och internmedicinen.

Beträffande de nedåtgående specialiteterna psykiatri och lab.specialiteter så framgår nedgången för psykiatrin redan av Freys genomgång. Psykiatrin började sin storhetstid på 50-talet när psykofarmaka revolutionerade behandlingsmöjligheterna. Från och med 70-talets början har psykiatrin varit i minskning. Den hade rekryteringssvårigheter under hela 70-talet. Lab.specialiteter har även visat en nedgång och vissa av de specialiteter som ingår i den gruppen har haft rekryteringssvårigheter.⁴² Lab.läkare hade mycket förmånliga ekonomiska villkor i det system som rådde inom sjukvården före sjukvårdsreformen.⁴³ Sjukvårdsreformen och en allt ökande kunskap om röntgenstrålar och annan strålbehandlings skadlighet samt kontinuerlig teknologisk utveckling är möjliga skäl till att detta specialistområde har krympt.⁴⁴ I mitt material sker en minskning både bland lab.specialister och psykiatrer, och det gäller både män och kvinnor.

Mycket tyder på att de tendenser till könssegregation inom medicinen som är i centrum i min analys kan skönjas redan vid sekelskiftet. Men de är inte fastställda eller cementerade i någon mening vilket vi ser av dynamiken mellan könen, både i mitt och Freys material. Det innebär att sökandet efter förklaringar till könsdifferentieringen måste gå bortom gene-

⁴² Om psykiaterbristen se exempelvis *Läkartidningen* 3/1977; om brist på läkare inom röntgendiagnostik se "Debatt: Röntgendiagnostik, en disciplin i förvandling" av överläkare Bengt Liliequist i *Läkartidningen* 11/1977 och "Röntgenläkarrollen på glid" av professor Herman Lodin i 21/1977.

⁴³ Carder and Klingeberg 1980, s. 167f.

⁴⁴ Observera att jag har slagit ihop patologi och *alla* laboratoriespecialiteter. Här finns inräknade expansiva forskningsintensiva prekliniska specialiteter som exempelvis molekylärbiologi. Men dessa är små och ger därför inte utslag när de klassificeras med så många andra.

rella eller essentialistiska kategoriseringar och fokusera förhållanden *inom* den medicinska professionen, såväl faktiska arbetsförhållanden som förhållanden på en mer kulturell och symbolisk nivå.

Sammanfattande diskussion

I det här kapitlet har jag lyft fram hur män och kvinnor fördelar sig på de medicinska specialiteterna. Markanta skillnader mellan specialiteternas könssammansättning kan konstateras. Kvinnorna är kraftigt underrepresenterade inom kirurgi, manstätt medicin och lab.specialiteter och kraftigt överrepresenterade inom geriatrik (långvårdsmedicin), allmänmedicin, kvinnotätt medicin, psykiatri och gynekologi. Inom anesthesiologi och barnmedicin är kvinnor något överrepresenterade relativt sin andel inom hela gruppen. Vi såg även i kapitlet att 'valet' av den egna specialiteten är inte lika definitivt för alla specialister. Det är mycket tydligt att kirurgin har varit i fokus för många läkares uppmärksamhet när specialistvalet träffades. Kirurgin tillhör också de specialiteter där de flesta svarar att de 'hittat rätt'. I motsatta ändan finns geriatrik. Männerna har i högre utsträckning 'hamnat rätt' än kvinnorna. Kvinnorna uppger oftast praktiska skäl till att de ändrat sitt specialistval medan männen oftast uppger intresseförskjutning.

I kapitlet kunde även konstateras vilka specialiteter som läkarna anser ha status och vilka de inte anser ha status. Uppfattningarna om statusdifferenser är mycket klara i synnerhet i toppen och botten. Jag betecknar kirurgin som högstatusspecialitet och manstätt medicin som statusspecialitet. I motsatta ändan finns geriatrik, allmänmedicin och psykiatri som jag betecknar som lågstatusspecialiteter. Dessa områden sammanfaller även med ytterligheterna när det gäller könssammansättningen.

Det finns en grupp specialiteter som sällan nämns som högstatus- eller statusspecialitet. De är lab.specialiteter, som är ett starkt mansdominerat område, och följande kvinnotäta specialiteter: barnmedicin, anesthesiologi, gynekologi, kvinnotätt medicin. Att lab.specialiteterna *inte* omges av en statusdiskurs innebär att statusen inte sammanhänger på något enkelt sätt med mansdominansen. Det faktum att alla kvinnotäta specialistområden *inte* är lågstatusområden tyder i sin tur på att det inte enbart är kvinnoandelen i sig som ger upphov till den låga statusen.

Vi såg även i kapitlet att könsskillnaderna håller på att utjämnas när det gäller ålder för legitimering och tid för att uppnå specialistkompetens i den yngre åldersgruppen. Bland de yngre börjar kvinnorna alltmer

likna männen. När det gäller förändringar i specialitetsvalet kohortvis kan de viktigaste tendenserna sammanfattas enligt följande: i de minskande specialiteterna psykiatri och lab.specialiteter svarar både män och kvinnor för minskningen; i de växande specialiteterna allmänmedicin och gynekologi konkurrerar män och kvinnor om ökningen i allmänmedicinen (där kvinnorna dock ökar mer), medan kvinnorna ensam svarar för ökningen i gynekologin. I två fall rör sig män och kvinnor i helt motsatta riktningar, nämligen inom geriatriken och inom manstätt medicin. I nästa kapitel ska vi se huruvida dessa inre olikheter som jag nu har tecknat konturerna till sammanhänger med hur arbetsvillkoren ser ut för läkargruppen.



7. Arbetsvillkor

För att en diskussion om läkarkårens inre differentiering ska vara meningsfull sett utifrån mina utgångspunkter är det viktigt att skilja mellan objektiva och subjektiva faktorer. Min avsikt i det här kapitlet är att granska viktiga aspekter i det som *faktiskt* kännetecknar de medicinska specialiteterna vad gäller karriärens villkor. Det som är föremål för granskning är tjänstestrukturen och arbetskarriärerna som studeras utifrån kön, specialistområde, tjänstetid och arbetsplatstillhörighet. Vidare granskas arbetstiden utifrån samma aspekter. Diskussionen bygger huvudsakligen på enkätmaterial. Syftet med denna granskning är att se om det finns systematiska skillnader i arbetskarriärer, arbetstid och andra arbetsförhållanden mellan de olika specialistgrupperna och mellan män och kvinnor. Om det finns skillnader - hur tar de sig uttryck? Hänger de samman på något sätt och kan de i så fall sägas utgöra demarkationer inom läkargruppen, eller saknas regelbundenheter?

Arbetsplatstillhörighet

Vi börjar med att kort granska läkarnas arbetsplatstillhörighet i enkätmaterial. Göteborgs sjukvårdsområde är starkt universitetspräglad. I tabell 7.1 framgår fördelningen mellan olika typer av arbetsplatser efter kön och kohorter.

Tabell 7.1. Arbetsplatstillhörighet efter kön och kohort. Procent.#)

	Äldre		Yngre		Tot. (n)	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor		
Sjukhus	16	16	9	9	11	(89)
Universitetsklinik	72	50	80	61	71	(553)
Öppen vård	9	33	11	29	16	(123)
Öppen och sluten vård	4	1	1	2	2	(18)
Totalt (n)	100 (242)	100 (70)	101 (291)	101 (165)	100 (783)	

#) Könsskillnaderna signifikanta för äldre (***) och för yngre (***). Observera att siffrorna inom parentes stämmer inte med totalsiffran beroende på att några personer har inte uppgivit ålder.

Mer än tre fjärdedelar av männen arbetar på universitetsklinik mot knappt sex av tio kvinnor. Kvinnorna arbetar däremot mer än dubbel så ofta som männen inom öppen vård. I motsats till detta är det liten skillnad mellan män och kvinnors andel inom sjukhus. Delat upp i två kohorter, äldre och yngre visar sig att könsskillnaderna avtar i den yngre kohorten. I den äldre kohorten arbetar fler på sjukhus än i den yngre kohorten, det gäller både män och kvinnor. Yngre män och kvinnor närmar sig varandra både vad gäller arbete inom öppen vård och universitetssjukhus.

Specialisttillhörighet och arbetsplatser

Det är en utbredd uppfattning bland läkarna själva att typ av arbetsplats har avgörande betydelse för karriärens fortskridande. Det är därför angeläget att granska specialiteternas arbetsplatstillhörighet innan den fortsatta diskussionen. Arbetsplatstillhörighet varierar starkt med specialitet. Tabell 7.2 visar andelen inom varje specialitet som arbetar på de olika arbetsplatstyperna.

Tabell 7.2. Fördelning på typer av arbetsplatser efter specialitet. Procent.#)

	Sjukhus	Univ. klinik	Öppen vård	Annat (sluten och öp. vård)##)	Tot.	(n)
Kirurgi	13	84	2	1	100	(166)
Manst. med	9	86	5	0	100	(143)
Psykiatri	21	31	34	13	99	(61)
Geriatrisk	21	79	0	0	100	(28)
Barnmedicin	6	68	26	0	100	(53)
Gynekologi	11	81	7	2	101	(57)
Allmänmed	3	0	95	3	101	(73)
Kv.tät med	16	74	7	3	100	(69)
Anesthesiol.	15	85	0	0	100	(47)
Lab.spec.	8	88	0	4	100	(86)
Tot.procent	11	71	16	2	100	
(n)	(89)	(553)	(123)	(18)		(783)

#) Signifikant (***).

##) Sluten vård innefattar både sjukhus och universitetsklinik.

Som framgår av tabell 7.2 dominerar universitetsklinikerna vad gäller arbetsplatstillhörighet. Psykiatri och allmänmedicin avviker kraftigt i det avseendet, kvinnotät medicin och barnmedicin är i en mellanposition me-

dan det i de resterande specialiteterna är över åtta av tio som arbetar på en universitetsklinik. Det är ett systematiskt glapp mellan könen i det att män oftare är anställda på en universitetsklinik än kvinnor och de är mera sällan anställda inom öppen vård än kvinnorna (ej redovisat i tabell). Könsskillnaden uppgår till några procentenheter, men rubbar inte det mönster som här visar sig. Det framgår av det föregående att könsskillnaderna i arbetsplatstillhörighet (tabell 7.1) förklaras i någon utsträckning av specialitetsvalet: männen finns oftare inom de specialiteter där majoriteten arbetar på universitetsklinik och kvinnor finns oftare i specialiteter som är vanliga inom den öppna vården. Mönstret är dock inte entydigt. Anestesiologi, gynekologi och kvinnotät medicin är exempel på kvinnotäta specialiteter som i hög utsträckning är knutna till universitetskliniker i materialet.

Arbetskarriärer

Det finns flera olika karriärvägar för en läkare. Inom öppenvården är karriärvägarna korta i och med att vårdcentralerna är relativt 'platta' i sin organisationsform och slutstationerna uppnås snabbt. Förutom att distriktsläkarkarriären kan betraktas som en särskild karriärväg för en läkare förekommer även specialisttjänster inom den öppna vården. Karriärgången till dem är - liksom till distriktsläkeriet - ganska snabb.

För sjukhusläkare är karriärvägarna huvudsakligen två: å ena sidan via *administrativa* tjänster (chefs läkare t ex) och å andra sidan via en akademisk karriär i form av *universitetsanknutna* tjänster; kliniska lärare, lektorer, amanuens tjänster och liknande. De som är med i det här materialet har dessa sjukhusläkarbefattningar antingen som deltidstjänster eller i form av uppdrag som ger lönepåslag i relation till dess omfång och grad av kvalifikation. Alla professorerna i materialet har överläkartjänst. Till chefsuppdragen räknas chefsöverläkare, divisionschef, klinikchef och sektionschef. Generellt har innehavare av dessa uppdrag överläkartjänster.¹ De tjänster som enbart är universitetsanknutna är statliga och således utan kommunal anknytning och är därför inte med i mitt material.

¹ I det här materialet var det endast ett undantag, d v s en divisionschef som inte var överläkare utan avdelningsläkare. I analysen tas inte hänsyn till dessa chefsuppdrag. I enkäten var inget svarsalternativ för chefsuppdrag. Några nämnde sitt chefsuppdrag under 'annat'. Enligt uppgifter från Göteborgs Läkarförening är 13 procent (n=89) av männen mot 8 procent (n=22) av kvinnorna med administrativa chefsuppdrag. En successiv utjämning sker i de yngre kohorterna vilket bl a förklaras av att distriktsläkare ofta har chefsuppdrag och många av de yngre kvinnorna är distriktsläkare. Kvinnorna får i genomsnitt 76 procent av männens belopp (vilket innebär att de har lägre befattningar). På alla befattningsnivåer har kvinnorna lägre belopp (lägre befattningar) än männen, med undantag av distriktsläkarna, där får kvinnorna en aning högre belopp än männen.

Den vanligaste vägen inom läkaryrket ser emellertid ut på följande sätt:

Vikarierande avdelningsläkare

- > avdelningsläkare
- > vikarierande biträdande överläkare
- > biträdande överläkare
- > vikarierande överläkare
- > överläkare.²

Många läkare följer också denna ordning. Men att man alltid vikarierar på en tjänst innan den första fasta tjänsten på den nivån för att sedan vikariera på nästa nivå är en förenkling. Vidare måste påpekas att inte alla läkarna har innehaft alla de nämnda tjänsterna.

I det följande analyseras arbetskarriärerna utifrån indelningen i de fem specialistområdena efter kön och kohorter (baserade på tjänstetid). I denna diskussionen utesluts allmänläkare av det skälet att deras arbetsgång som distriktsläkare är helt skild från denna karriärgång och de behandlas separat. Distriktsläkare börjar karriären i sin slutstation och variationen utgörs i stort sett av att de har en vikarierande eller en ordinarie distriktsläkartjänst. De allmänläkare som innehaft de befattningar som här diskuteras gör ett sidospår i sin allmänläkarkarriär (eller avhopp från andra specialiteter till allmänmedicin). Dessa är för övrigt väldigt få.

Den centrala frågeställningen som väglett mig i följande granskning av materialet utkristalliserades ur det föregående kapitlets diskussion om differentiering. Den kan sammanfattas så här: Skiljer sig arbetskarriärer och tjänstestruktur mellan de olika specialistområdena och mellan manliga och kvinnliga läkare?

Tjänstestruktur

Innan analysen av arbetskarriärerna presenteras mer systematiskt ska fördelningen på tjänster redovisas. I det följande har allmänläkare uteslutits.

² I den fortsatta diskussionen förkortad till: vik.avd. - avd. - vik.bitr.öl. - bitr.öl. - vik.öl. - öl.

Tabell 7.3. Fördelning på tjänster efter specialistområde, uppdelad efter kohorter (tjänstetid). Procent.³

	Högstatus- spec.	Status- spec.	Ej-status (manstätt)	Ej-status (kv.tät)	Lågstatus- spec.	Total
<u>Tjänsteår 20-</u>						
Avd.	5	6	0	7	2	4
Böl.	18	20	23	16	13	18
Öl.	77	74	77	77	85	78
Tot.	100	100	100	100	100	101
(n)	(65)	(51)	(44)	(85)	(47)	(292)
<u>Tjänsteår -19 (***)</u>						
Avd.	70	58	17	57	30	53
Böl.	16	27	60	18	21	24
Öl.	15	15	24	25	49	23
Tot.	101	100	101	100	100	100
(n)	(96)	(85)	(42)	(130)	(43)	(396)

Den viktigaste informationen som tabell 7.3 ger är att det är en avsevärd skillnad mellan den yngre och den äldre läkarkohorten när det gäller tjänster. I den äldre kohorten är det ingen större skillnad på tjänsterna efter specialistgrupper. Närmare åtta av tio läkare har överläkartjänst i den äldre kohorten. Där avviker emellertid lågstatusspecialiteterna (psykiatri och geriatrik) genom att där är något *fler* överläkare än i de andra grupperna. Variationerna mellan de lägre tjänsterna (avdelningsläkare och biträdande överläkare) är små.

I den yngre kohorten är det däremot en uttalad skillnad mellan specialistgrupperna. I lågstatusspecialiteterna har *hälften* överläkartjänster, medan mycket färre i de andra specialistgrupperna har sådan tjänst, i synnerhet status- och högstatusspecialiteterna. I dessa specialiteter har desto fler avdelningsläkartjänster.

Ytterligare två aspekter förtjänar att observeras i tabell 7.3. För det första att biträdande överläkartjänster är vanligare i en specialistgrupp än andra, nämligen i manstättade ej-status specialiteter (lab.specialiteter), och för det andra att de kvinnotättade ej-statusspecialiteterna (gynekologi, barnmedicin, anesthesiologi och kvinnotät medicin) börjar likna högstatus- och statusspecialiteterna i den yngre kohorten, vilket kan tyda på en hårdnande konkurrens.

³ Framställningen baseras på innehav av *nuvarande* tjänst, oavsett om den är vikarierande eller ordinarie. Det innebär att för de individer som har tjänstledigt från en lägre tjänst för att vikariera på en högre, så räknas den högre. Ingen uppgav sig vikariera på en *lägre* tjänst än den fasta.

Karriärtid efter specialiteter och kohorter

I tabell 7.4 som följer nedan visas karriärtiden för de fem specialistgrupperna. Den visar den genomsnittliga tid det tagit för läkarna att få den första tjänsten inom respektive grupp, uppdelade på två kohorter. Läkarna ombads ange när de fick det första förordnandet på respektive tjänst - i antal år efter legitimering.

Tabell 7.4. Arbetskarriärer (genomsnittlig tid för att uppnå den första tjänsten på respektive nivå - år efter legitimering) uppdelade på kohorter.⁴

	Tjänstetid		Tjänstetid	
	0-10	(n)	20-	(n)
Vik. avdelningsläkare	3,7	(325)	2,3	(195)
std.av.	2,6		3,1	
Avdelningsläkare	6,7	(222)	4,6	(153)
std.av.	2,9		3,6	
Vik. bitr. överläkare	6,2	(183)	6,2	(179)
std.av.	3,5		3,8	
Biträdande överläkare	9,9	(101)	10,5	(180)
std.av.	3,5		4,6	
Vik. överläkare	7,3	(108)	8,7	(112)
std.av.	4,1		5,7	
Överläkare	11,6	(63)	15,4	(203)
std.av.	4,2		6,3	

(std.av.=standard avvikelse)

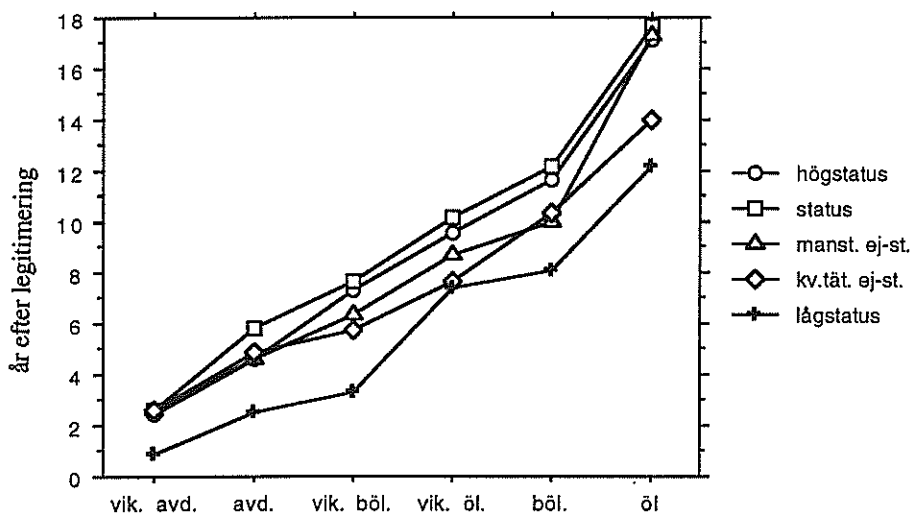
Den viktigaste information som tabell 7.4 ger är hur tidsrymden varierar mellan den äldre och den yngre kohorten. Det har t ex tagit de äldre avsevärt längre tid att uppnå överläkartjänster - och i någon mån biträdande överläkartjänster - än de yngre medan det är omvänt med vikarierande avdelnings- och avdelningsläkartjänster. Ett annat förhållande

⁴ En generell reservation beträffande tabellen är att antalet som de olika genomsnittstalen baseras på varierar något. Ett internt bortfall kan vara en av förklaringarna, d v s att man inte *uppgett* tjänster man faktiskt haft. Det varierar exempelvis mycket mellan kohorterna hur många som ligger till grund för genomsnittstalen för vik. avdelningsläkare, från 95 procent i den yngsta kohorten till 77 procent i mellankohorterna och 63 procent i den äldsta kohorten. Jag tror dock att detta mer återspeglar i vilken grad man innehaft de olika tjänsterna. I den yngsta kohorten (där det framgår av enkätsvaren att en stor del fortfarande vikarierar) svarar t ex 95 procent på frågan om vik. avdelningstjänsten mot 43 procent på frågan om avdelningstjänsten. I den äldsta kohorten svarar 84 procent på frågan om överläkartjänst medan 90 procent av kohorten har en sådan tjänst (se tabell 7.3). Detta stöder min slutsats, nämligen att detta i *högre grad* återspeglar att man haft de olika tjänsterna i olika hög grad, än att det interna bortfallet skulle vara särskilt stort. Att det finns ett sådant är helt klart men jag har inga möjligheter att avgöra var gränsen går.

som är värt att observeras är hur stor *spridningen* är, vilket framgår av den höga standardavvikelsen för alla tjänsterna.

Bryter man ner tabell 7.4 efter de fem specialistgrupperna ser vi klarare de tendenser i materialet som vi kunde skönja i tabell 7.3 om tjänsternas fördelning. Bilderna som följer här nedan visar arbetskarriärer för de två kohorterna efter specialistområden. Den vertikala axeln på bilderna anger år efter legitimering, den horisontella är de olika befattningarna.

Bild 7.1. Arbetskarriärer för fem specialistgrupper för den äldre läkar-kohorten (tjänstetid 20 år och äldre, n=294).⁵



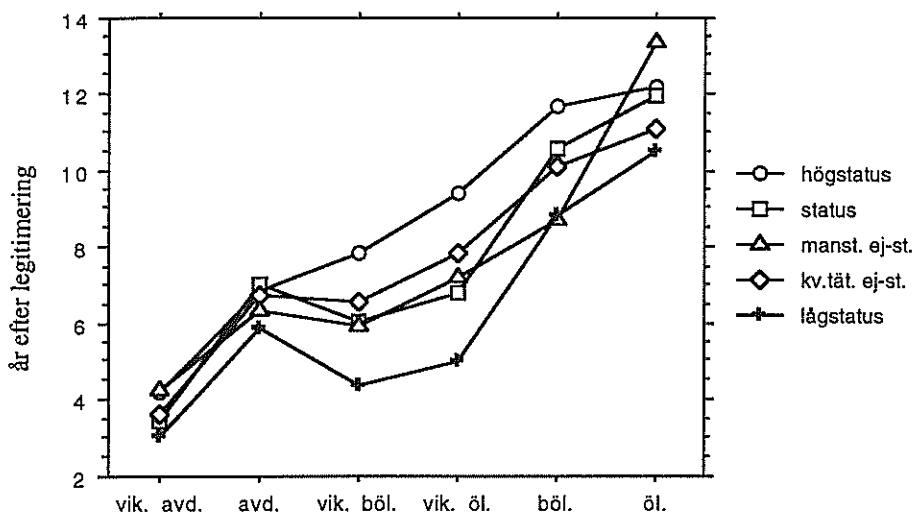
Det är värt att notera att *karriärordningen* växlar för några specialiteter mellan den yngre och den äldre kohorten. Den äldre gruppen har en 'konventionell' karriärordning genom att läkarna har i allmänhet fått fast avdelningsläkartjänst innan de vikarierade på de högre tjänsterna. Detta blir mer flytande för den yngre kohorten.

En tendens som framträder redan på bild 7.1 är en *polarisering* inom materialet mellan de kvinnotäta specialiteterna och de manstäta

⁵ Skillnaderna är signifikanta för följande tjänster:
 avd. (*) (mellan lågstatusgruppen och statusgruppen);
 vik. böl. (***) (mellan lågstatus- och högstatusgruppen, och mellan lågstatus- och statusgruppen);
 böl. (**) (mellan lågstatus- och högstatusgruppen, och mellan lågstatus- och statusgruppen);
 öl. (***) (mellan lågstatus- och högstatusgruppen, mellan lågstatus- och statusgruppen, och mellan lågstatus- och den manstäte ej-statusgruppen).

specialiteterna. Den tar sig uttryck i att de kvinnotäta specialistgrupperna har lägst genomsnittstid för de flesta tjänsterna och de manstäta statusspecialiteterna har högst genomsnittstid. Polariseringen är relativt tydlig när det gäller de sista tjänsterna i karriären. Tidsrymden är ganska stor för en del tjänster (över fem år för ö.l. tjänster och drygt fyra år för vik.böl.tjänster).

Bild 7.2. Arbetskarriärer för fem specialistgrupper för den yngre läkarkohorten (tjänstetid 0-19 år, n=397).⁶



Som tidigare är lågstatusgruppen med lägsta genomsnittstid på alla tjänster och högstatusgruppen med längsta tid på alla tjänster. Det relativa avståndet mellan dessa två grupper har blivit större. Vi ser att ordningsföljden på tjänsterna är i gungning. Lågstatusgruppen och statusgruppen får vik.ö.l.tjänster i allmänhet tidigare än fasta avdelningsläkartjänster medan högstatusgruppen följer den 'konventionella' karriärgången och i allmänhet får avdelningsläkartjänster innan den får vik.böl.tjänster. Tidsrymden spänner från mindre än ett år där skillnaden är minst, till drygt fyra år där den är störst.

Sammanfattningsvis kan sägas att det har tagit den äldre kohorten kortare tid att uppnå de tidigaste tjänsterna i läkarkarriären (vik.avd. och

⁶ Skillnaderna är signifikanta för följande tjänster:
 vik.böl. (**) (mellan lågstatus- och högstatusgruppen);
 vik.ö.l. (*) (mellan lågstatus- och högstatusgruppen);
 böl. (+).

avd.tjänster), men längre tid att uppnå de sista tjänsterna (vik.öl. och öl.tjänster). Tid för att uppnå bül.tjänster ligger på ungefär samma nivå för åldersgrupperna. *Analyserat efter specialistgrupper visar det sig att det tar markant längre tid att avancera igenom läkarkarriären i vissa specialiteter än andra.* Längst tid tar det för läkarna i högstatusspecialiteterna (kirurgi) och kortast tid för läkarna i lågstatusspecialiteterna (geriatrik och psykiatri).

Mellanspecialiteterna befinner sig i gungning. En tendens som gör sig gällande är att statusgruppen (manstätt medicin) lämnar högstatusgruppen på några befattningsnivåer och rör sig "ner" mot mitten av specialiteterna, där den får sällskap med den kvinnotäta ej-statusgruppen (gynekologi, barnmedicin, anesthesiologi och kvinnotät medicin), som flyttar "upp" sig och lämnar lågstatusgruppen. Detta kan tyda på att konkurrensen ökar inom denna kvinnogrupp, som ej omges av lågstatusdiskursen, vilket även kunde skönjas i tabell 7.3 om tjänstefördelning.⁷

De förändringar som gör sig gällande mellan den yngre och den äldre kohorten har ägt rum mot bakgrund av stora förändringar i utbildningsfrågor och läkarbemanningspolicy efter år 1970. Den yngsta kohorten började sin specialistutbildning efter de stora reformerna i början på 70-talet. De äldsta läkarna i detta material legitimerades i början på 1960-talet. De började sin läkarkarriär innan den stora expansionen av sjukvården tog fart. Det är troligen den viktigaste förklaringen till att den äldre kohorten haft en långsammare karriär än de yngre. Denna genomgång ger vid handen att *ytterligheterna* förefaller kvarstå genom materialet och en stor grupp kvinnotäta specialiteter som ej omges av någon statusdiskurs, förefaller bli alltmer karriärtrånga.

Karriärtid efter kön

Vi såg i det föregående att det är stora skillnader i arbetskarriärerna mellan de fem specialistgrupperna. I allmänhet gäller att kvinnorna i materialet är för få för att det ska tåla att brytas ner efter både kön, kohort och de fem specialistgrupperna samtidigt. Jag har därför granskat kön, kohort och specialitet utifrån en tudelning av specialiteterna i kvinnotäta och manstätt specialiteter (ej redovisat i tabell). Könsskillnaderna är utifrån denna granskning i allmänhet *mycket små*. Det tar kvinnorna ibland längre tid, ibland kortare tid än männen att uppnå de olika tjänster-

⁷ Där framgår att i den yngre kohorten har den kvinnotäta ej-statusspecialiteter i många avseenden mera gemensamt med statusgrupperna än lågstatusgruppen.

na och den skillnaden är *i allmänhet inte signifikant* med ett enda undantag.⁸ Genomgången ger vid handen att könsskillnaderna överskuggas av skillnader mellan specialiteter eller specialistgrupper. Kvinnor och män inom samma specialistgrupp är mer lika varandra än vad de är lika män och kvinnor inom andra specialistgrupper. Det förefaller som kvinnor som valt inom ett visst specialistområde i hög utsträckning följer den karriärtakt som där råder.

Arbetskarriärer utifrån kön, specialistområde, arbetsplats och tjänstetid

Även om genomgången ovan av arbetskarriärer utifrån tjänstetid, specialistområde, arbetsplatstillhörighet och kön ger en mängd värdefull information lämnar den en rad frågor obesvarade. Den säger inget om betydelsen av respektive faktor i relation till de andra faktorerna. För att särskilja olika variablers effekter på den beroende variabeln (tiden för att uppnå de olika tjänsterna) har därför regressionsanalyser gjorts för var och en av de sex tjänsterna. I regressionsanalyserna ingår endast de variabler som granskats ovan. Tabell 7.5 visar att de olika variablerna inte har samma effekt för alla tjänsterna i läkarkarriären.

⁸ I den näst äldsta kohorten (tjänstetid 20-29 år) har det tagit kvinnor längre tid än män att uppnå bitr. överläkartjänster, både i kvinnspecialiteter och mansspecialiteter. Denna könsskillnad är två år mellan män och kvinnor i kvinnspecialiteter och drygt fyra år mellan män och kvinnor i mansspecialiteter. Skillnaden är signifikant på 5 procents nivå, men observera att i det senare fallet baseras siffran endast på åtta kvinnor. Detta undantag bekräftar att ett glapp mellan män och kvinnor förekommer i denna perspektivering av arbetskarriärerna även om det är sällsynt.

Tabell 7.5. Regressionsresultat.⁹ Effekter av kön, arbetsplats, specialistområde och tjänstetid för den tid det tar att uppnå olika tjänster i läkar-karriären.

	Vik.avd.	Avd.	Vik.böl.	Böl.	Vik.öl.	Öl.
Intercept	5,2 (***)	8,0 (***)	4,2 (***)	6,3 (***)	2,0	6,6 (***)
Kön	0,35	2,2	1,1	1,8 (**)	0,28 (+)	0,67
Universitetskl.	0,037	0,36	1,2	1,6 (*)	3,6 (**)	3,2 (**)
Öppen vård	-1,0 (+)	-0,96	0,20	-0,18	2,0	-0,59
Ö. & sl. vård	-1,5	-0,35	0,94	-0,05	1,0	0,45
Högstatus	-0,039	0,40	1,4 (*)	2,0 (*)	1,8	-0,089
Status	-0,54	0,86	0,66	1,7 (*)	0,87	0,42
Ej-st. (kv.tät)	-0,53	0,23	-0,2	0,6	0,61	-1,9 (+)
Lågstatus	-1,2 (*)	-1,1	-2,3 (**)	-1,1	-0,61	-2,4 (+)
Tjänstetid	-0,09 (***)		-0,2 (***)	0,036	0,073 (*)	0,13 (**)
	0,28 (***)					
Antal observationer	518	375	360	281	216	265
R ² (adj)	0,09	0,14	0,10	0,11	0,09	0,24

Det totala förklaringsvärdet är här ganska lågt och förklarar 9-24 procent av spridningen (jfr den stora individuella variationerna i läkarnas arbetskarriärer, som framgick av tabell 7.4 ovan). Men här får påpekas att mitt primära syfte är inte att belysa eller förklara totalvariationen som sådan, utan att granska betydelsen av särskilda variabler.

Regressionsanalyserna bekräftar emellertid många av de tendenser som klarlagts ovan, och att de består när hänsyn tas till de olika variablerna samtidigt. En del aspekter har här nyanserats, till exempel att det tar kvinnorna längre tid än männen att uppnå bölj. tjänster och även vik. bölj. tjänster där könsskillnaderna är nära att vara signifikanta. Beträffande tjänstetiden framgår av tabell 7.4 att ju längre tjänstetid, desto kortare tid har det tagit att nå de tidigaste tjänsterna i karriären och desto längre tid att nå de högre tjänsterna.

När det gäller de variabler som visade sig differentiera materialet starkast i den föregående analysen, så kan vi här fastställa tendenserna något närmare:¹⁰ det visar sig att det tar de som är *anställda på*

⁹ Kön, specialistområde och arbetsplats har gjorts om till dummyvariabler. I könsvariabeln fick män värdet 0 och kvinnor 1. De fem specialistområdena har gjorts om till fyra dummyvariabler där den manstata ej-status gruppen fått värdet 0 och är referensgrupp. De fyra arbetsplatstyperna har gjorts om till tre dummyvariabler där sjukhus har fått värdet 0 och är referensen. Konstanten (intercept) kan inte tolkas direkt p g a att tjänstetid ingår i regressionen.

¹⁰ Regressionsanalyserna visar att arbetsplats och specialitet mäter i viss utsträckning samma sak. När den ena av variablerna (arbetsplats eller specialitet) togs bort sjönk R² endast med några procent, det gäller i synnerhet när specialitet tas bort. Arbetsplats verkar således vara den variabel som förklarar mest, i

universitetsklinik längre tid än de som är anställda på de andra arbetsplatserna att få de högre tjänsterna i läkarkarriären. Denna skillnad uppgår till 3,2 år för överläkartjänster. *Öppenvårdsläkare* avviker från de övriga endast vad gäller vik. avdelningsläkartjänst som de får i genomsnitt ett år tidigare än de andra (skillnaden är nära att vara signifikant). För övrigt är det ingen skillnad på öppenvårdsläkare och sjukhusanställda.

Med avseende på specialitet så bekräftar regressionsanalyserna de tendenser till *polarisering* som den tidigare genomgången visade. Med två undantag (avd. och vik.öl.tjänster) är det en signifikant skillnad mellan *en eller flera specialistgrupper på var sin ytterkant*. För en del av tjänsterna (vik.avd., vik.böl., och öl.tjänster) har det tagit läkare inom lågstatusspecialiteterna *kortare tid* än de andra att nå de olika tjänsterna, upp till två och ett halvt år tidigare som fallet är med överläkartjänster. (Det tar även läkare inom den kvinnotäta ej-statusgruppen *kortare* tid att nå överläkartjänst, men som vi såg i de föregående kohortanalyserna så luckras den tendensen upp för de yngre läkarna.) När det gäller vik.böl och böl.tjänster så tar det läkare inom status- och högstatusspecialiteterna *längre tid* att uppnå de tjänsterna än läkare i andra specialistgrupper. Det enda undantaget, d v s där specialitet inte har effekt på tiden det tar att uppnå en tjänst i läkarkarriären, är vik.öl.tjänst.

Denna genomgång visar att trots de stora individuella variationerna så sammanhänger arbetskarriärerna starkt med såväl arbetsplatstillhörighet som specialistområde. De som är anställda på universitetsklinik får de olika tjänsterna i läkarkarriären senare än de som är anställda på andra arbetsplatser. Arbetskarriärerna sammanhänger med specialistområde så att läkare inom lågstatusspecialiteterna (och ibland även kvinnotäta ej-statusspecialiteter) uppnår tjänsterna i allmänhet fortare än de andra och läkare inom högstatusspecialiteterna (och ibland även statusspecialiteterna) i allmänhet långsammare. Arbetskarriärerna sammanhänger även med kön inom två av grupperna.

Karriärtid för allmänläkare

De flesta läkare med specialistkompetens i allmänmedicin arbetar inom den öppna vården som distriktsläkare. Endast några få allmänläkare arbetar på sjukhus eller inom både öppen och slutenvård. Karriärgången för distriktsläkare går från en vikarierande till en ordinarie distrikts-

synnerhet anställning på universitetsklinik, men eftersom sju av tio läkare i materialet arbetar på universitetsklinik säger den informationen inte särskilt mycket i sig.

läkartjänst. Genomsnittstid för att uppnå vikarierande distriktsläkartjänst är knappt tre år, en mycket liten könsskillnad till mäns fördel men som ej är signifikant (ej redovisat i tabell). Ordinarie distriktsläkartjänst uppnår allmänmedicinerna i genomsnitt knappt sex år efter legitimering, en liten könsskillnad till kvinnors fördel, men ej heller den signifikant. Skillnader mellan yngre och äldre kohorter är mycket små och ej signifikanta. Det bör nämnas att distriktsläkartjänst är en slutstation i karriären. I det avseendet kan den jämföras med den tid det tar att uppnå överläkartjänster från 12-15 år för de olika kohorterna inom andra specialiteter (jfr tabell 7.7). Av allmänläkarna i materialet är fyra disputerade, tre män och en kvinna.

Arbetstid

Över nio av tio läkare i materialet är heltidsarbetande eller 96 procent av männen och 81 procent av kvinnorna.¹¹ Deltidsarbete förekommer oftare inom vissa specialiteter än andra och det gäller för båda könen. Mer än en fjärdedel av de deltidssarbetande är allmänmedicinare, vidare är deltidssarbete oftare förekommande bland psykiater än de andra.

Granskat utifrån tjänstetid är förhållandena mellan deltidssarbetande kvinnor och män varandras spegelbilder: sju av tio deltidssarbetande kvinnor har *mindre* än 20 års tjänstetid, medan sju av tio deltidssarbetande män har *över* 20 års tjänstetid (ej redovisat i tabell). En sannolik förklaring är att många trappar ner i slutet av sin yrkesverksamma tid och eftersom männen är äldre än kvinnorna har flera män nått den fasen. Man skulle kunna förvänta sig att de yngre kvinnornas deltidssarbete förklarades av deras ansvar för familj och barn. Dock visar sig ingen skillnad i barnantal mellan heltidsarbetande och deltidssarbetande kvinnor, inte heller när hänsyn tagits till ålder.

Genomsnittlig arbetsvecka för heltidsarbetande män är 54 timmar i veckan mot 49,3 timmar för kvinnorna.¹² Generellt gäller att spridningen för heltidsarbetande läkare efter kohorter är liten; bland kvinnorna rör det sig om mindre än en timme i veckan (mellan 49 och 50 timmar). Bland männen är spridningen drygt sex timmar i veckan efter kohorter vilket främst förklaras av att män i den yngsta kohorten har sär-

¹¹ I denna diskussion inkluderas allmänläkarna.

¹² Läkarna bads uppskatta sin faktiska arbetstid i föregående vecka inklusive jour/beredskap. Tjänstgöring uppgavs enligt jour-schablonen, vilket innebär att siffrorna inte visar arbetstiden i en absolut bemärkelse utan baseras på ersättning för olika typer av jurer och beredskap. De ska därför inte tolkas som faktisk arbetstid och används här endast som interna jämförelser. Arbetstiden för deltidssarbetande är 30,2 timmar för männen (n=22, std.dev 14,2) och 35,1 för kvinnorna (n=41, std.dev 12,9).

skilt lång arbetsvecka. Medan skillnaden mellan männen i de äldre kohorterna ligger runt en timme i veckan (mellan 53 och 54) avviker den yngsta kohorten med en arbetstid på 59 timmar. Det är ett känt fenomen att yngre män (i synnerhet småbarnsfäder) har extremt lång arbetstid och det mönstret bekräftas här.

Analyserat utifrån de fem specialistgrupperna visar sig ett intressant mönster mellan arbetstid, specialitet och kön, vilket redovisas i följande tabell.

Tabell 7.6. Genomsnittlig veckoarbetstid för heltidsarbetande efter specialistområde och kön.#)

	Män	(n)	Kvinnor	(n)	Tot.
Högstatusspec.	56,1	(146)	49,7	(12)	55,6
Statusspec.	54,6	(108)	49,5	(23)	53,7
Ej-status (manstät)	55,0	(69)	50,8	(13)	54,3
Ej-status (kv.tät)	54,0	(113)	50,5	(84)	52,5
Lågstatus	47,8	(70)	46,9	(56)	47,4
Totalt	54,0		49,3		

#) Könsskillnader signifikanta (**), skillnader mellan specialistområden signifikanta (**) (mellan lågstatusgruppen å ena sidan och alla de andra specialiteterna å andra sidan).

Som framgår av tabell 7.6 har kvinnorna något kortare arbetsvecka än männen inom alla specialiteter och skillnaden är signifikant. Bland både kvinnor och män är spridningen mycket liten mellan specialistgrupper om man *undantar* lågstatusgruppen (psykiatri, geriatrik, allmänmedicin). Genomsnittlig arbetsvecka för kvinnor i de fyra andra specialistgrupperna ligger mellan 50-51 timmar i veckan mot 54-55 timmar för männen. Arbetsveckan för *båda könen* i lågstatusgruppen ligger däremot på samma nivå, 47 timmar för kvinnor och 48 för män. I lågstatusgruppen saknas samband mellan kön och arbetstid.

En annan faktor som starkt differentierar när det gäller arbetstid är arbetsplatstillhörighet. Tabell 7.7 nedan visar genomsnittlig arbetstid i veckan för heltidsarbetande män och kvinnor efter arbetsplatstillhörighet.

Tabell 7.7. Genomsnittlig veckoarbetstid efter arbetsplatstillhörighet. Heltidsarbetande män och kvinnor.#)

	Män	(n)	Kvinnor	(n)	Tot.
Sjukhus	49,3	(59)	44,7	(19)	48,2
Univ.klinik	55,8	(392)	51,4	(123)	54,7
Öppen vård	46,2	(46)	45,2	(42)	45,7
Både/och	50,8	(11)	50,2	(5)	50,6
Total	54,0	(508)	49,3	(189)	

#) Signifikans (***) för arbetsplatstillhörighet, vilket förklaras av att skillnaden är signifikant mellan universitetsklinik å ena sidan och sjukhus och öppen vård å den andra. Ej signifikans för kön.

Vi ser av tabell 7.7 att spridningen *inom* könen (efter arbetsplatstyper) är större än skillnaderna *mellan* könen på de olika arbetsplatserna. Den genomsnittliga arbetsveckan är exempelvis tio timmar längre för män på universitetsklinik än män i öppen vård. Män på universitetsklinik har däremot endast fem timmar längre arbetsvecka i genomsnitt än kvinnor på universitetsklinik.

En regressionsanalys genomfördes för att se effekterna av arbetsplats och specialitet samtidigt på arbetstiden. Den visade att effekterna av arbetsplats tog ut effekterna av specialitet och omvänt. Därför har regressionsanalyser gjorts i två etapper där arbetsplats ingick i den första och specialitet i den andra.

Tabell 7.8. Regressionsresultat. Effekter av kön, tjänstetid och arbetsplats för arbetstid (modell 1); effekter av kön, tjänstetid och specialitet för arbetstid (modell 2). Endast heltidsarbetande.¹³

	Modell 1	Modell 2
Intercept	51,9 (***)	58,1 (***)
Kön	-3,9 (***)	-3,6 (**)
Tjänstetid	-0,13 (*)	-0,17 (**)
Univ.klinik	6,1 (***)	
Öppen vård	-1,9	
Öp. o sl.vård	3,1	
Högstatus		0,94
Status		-0,81
Ej-st. (kv.tät)		-1,2
Lågstatus		-5,9 (**)
Antal observationer	683	680
R ² (adj)	0,10	0,07

Som framgår är förklaringsvärdet ganska lågt. Här får påpekas, liksom i den tidigare regressionsanalysen att huvudsyftet är inte att belysa eller förklara totalvariationen som sådan, utan att granska betydelsen av särskilda variabler. Regressionsanalyserna visar att de ovan beskrivna tendenserna består när hänsyn tas till variablerna samtidigt. Kvinnor har närmare fyra timmar kortare arbetsvecka än män. De som är anställda på universitetsklinik har signifikant längre arbetsvecka än de som arbetar på andra arbetsplatser. Med avseende på specialitet bekräftas det som redan framgått. Den stora skiljelinjen ligger mellan lågstatusspecialiteterna och alla de andra specialistgrupperna.

Denna genomgång pekar på att skillnaden i arbetstid är liten mellan olika läkarkohorter med undantaget att män med tjänstetid under 10 år har en längre arbetsvecka än andra kohorter. Män har i allmänhet längre arbetsvecka än kvinnor inom alla specialiteter - och spridningen är ganska liten *inom* könen. Lågstatusgruppen utgör ett intressant undantag därför att där ligger både män och kvinnor en hel del under t o m 'kvinnornas nivå'. Den faktor som dock starkast differentierar när det gäller arbetstid är arbetsplatstillhörighet där skillnader *inom* könen är större än skillnader *mellan* könen.

¹³ Kön, specialistområde och arbetsplats har gjorts om till dummyvariabler. I könsvariabeln fick män värdet 0 och kvinnor 1. De fem specialistområdena har gjorts om till fyra dummyvariabler där den manstata ej-status gruppen fått värdet 0 och är referensgrupp. De fyra arbetsplatstyperna har gjorts om till tre dummyvariabler där sjukhus har fått värdet 0 och är referensen. Konstanten (intercept) kan inte tolkas direkt p g a att tjänstetid ingår i regressionen.

Sammanfattande diskussion

Den föregående analysen visar att den tendens till könssortering i specialiteter som vi ser idag inom läkarkåren sammanhänger med hur arbetskarriärerna ser ut. Analysen visar att det har tagit de äldre längre tid än de yngre att avancera genom läkarkarriären. I den äldre kohorten (med 20 års tjänstetid eller mer) har det tagit läkarna närmare 16 år i genomsnitt att få överläkartjänst och i den yngre kohorten (med 0-19 års tjänstetid) har det tagit mindre än 12 år i genomsnitt.

De äldsta läkarna i materialet legitimerades i början på 1960-talet. De började sin läkarkarriär innan de stora satsningarna på sjukvården började absorbera det allt ökande läkarantalet och innan vidareutbildningen blev en del av läkarbemanningspolicyn. Det är troligen den viktigaste förklaringen till att de äldre kohorterna haft en långsammare karriär än de yngre. Det är intressant i sammanhanget att de 'professionella byråkratierna' som av många har setts som ett hot mot professionerna, medgav större karriärmöjligheter för läkarna än det tidigare systemet som delar av läkarkåren försökte värna.

Det framgår vidare av genomgången att kvinnor och män ter sig ganska lika varandra inom varje kohort. Analysen visar att trots den stora individuella variationen i arbetskarriärerna (jfr den höga standardavvikelsen i tabell 7.4.) så finns en signifikant skillnad mellan specialistgrupperna. Det är lågstatusspecialiteterna (geriatrik, psykiatri och allmänmedicin) som utgör det mest 'lättframkomliga' specialistområdet, medan högstatusspecialiteterna (de kirurgiska) utgör det område där karriären är långsammast. Inom lågstatusområdet har avsevärt flera av de yngre läkarna överläkartjänster än inom de andra specialistområdena.

Det framgår tydligt att arbetskarriärens hastighet varierar beroende på om specialiteten är mans- eller kvinnotät och hur den relaterar till statusdiskursen inom läkarkåren. En tendens till polarisering mellan några av specialistgrupperna gör sig gällande: ytterligheterna när det gäller statusdifferentieringen sammanfaller med ytterligheterna avseende karriärgångens takt, med högstatus- och statusspecialiteter i den ena ändan och lågstatusspecialiteter i den andra ändan, medan uppluckring verkar ske inom grupperna däremellan. Kvinnor som väljer inom ett visst område förefaller i stor utsträckning följa den karriärtakt som råder inom området. Dock har det tagit kvinnor signifikant längre tid än män att få bbl.tjänster.

Arbetsplatstillhörighet skiljer sig för män och kvinnor i att män arbetar oftare på universitetsklinik och kvinnorna oftare inom öppen vård. Bland de yngre närmar sig emellertid män och kvinnor varandra. Arbetstiden varierar starkt efter kön såtillvida att män genomgående har längre arbetstid än kvinnor. Inom fyra av de fem specialistområdena har männen en genomsnittlig arbetsvecka på 54-56 timmar medan kvinnorna har en arbetsvecka på 50-51 timme. Däremot saknar kön samband med arbetstid inom lågstatusgruppen. Där ligger mäns och kvinnors arbetstid på samma nivå, 47-48 timmar, som är långt under kvinnors arbetstid inom de övriga specialistområdena.

Arbetstiden sammanhänger starkast med arbetsplatstillhörighet. Läkare som är anställda på universitetsklinik har avsevärt längre arbetsvecka än exempelvis de som är anställda inom öppenvården, det gäller både män och kvinnor. De studerade förhållandena verkar ha samband med könssorteringen så att kvinnor oftare finns i specialiteter knutna till arbetsplatser som är mer perifera i sjukvårdshierarkin; där arbetstiden är relativt kortare och där karriärgången är relativt snabb. I nästa kapitel granskas om och hur denna differentiering griper in i läkargruppens forskningsaktivitet och formella kvalifikationer.

8. Forskningsaktivitet och formella kvalifikationer

Medicinsk forskning

Läkare kan genomgå en forskarutbildning vid preklinisk institution eller vid klinisk institution. Under perioden från början av 80-talet har antalet disputerade vid medicinsk fakultet ökat från 285 år 1981-82 till 439 år 1993-94.¹ Kvinnors andel steg under perioden från 20,6 procent till 33,9 procent. Fördelning mellan kliniska och prekliniska ämnen har varit ganska konstant hela tiden med runt 70 procent som disputerar vid kliniska institutioner och 30 procent vid teoretiska. Det gäller i stort sett för både män och kvinnor.²

Det komplicerar bilden att inte alla som disputerar vid medicinsk fakultet är medicinare. Genom 1969 års forskarutbildningsreform fick personer med icke-medicinsk grundexamen möjlighet att registreras vid medicinsk fakultet. Detta betydde en relativt omfattande rekrytering av i första hand naturvetare, inte minst vid de prekliniska institutionerna. Andelen icke-medicinare bland nyregistrerade doktorander ökade successivt.³ Vid de prekliniska medicinska institutionerna var i början av 90-talet sex av tio forskarstuderande icke-medicinare.⁴

I Läkartidningen diskuterade man redan på 70-talet tendensen att andelen medicinare som disputerade vid prekliniska institutioner sjönk och att endast ett mindre antal av de prekliniska läkarna fortsatte sin forskarverksamhet vid institutionen medan majoriteten övergick till klinisk verksamhet.⁵ Förhållandena kvarstår på 90-talet då majoriteten av de prekliniskt disputerade läkarna övergick till klinisk verksamhet och endast 10-20 procent fortsatte sin forskning på preklinisk institution.⁶ Dessa

¹ Källa: Statistisk årbok, refererad i Welin, Stellan och Persson Anders, 1996, *En analys av medicinsk forskningsprioritering*. Forskningsberedningens skrift nr 3, 1996. Stockholm, Utbildningsdepartementet, s. 203.

² Uppgifter från Göteborgs universitet, Enheten för studiedokumentation ger vid handen att under perioden från ht 82-vt 92 har 75 procent disputerat i kliniska ämnen och 25 procent i teoretiska ämnen vid medicinsk fakultet i Göteborg, vilket är en ännu snedare fördelning än genomsnittet för landet. Det kan möjligen förklaras av att andelen *läkare* som disputerar är högre än riksgenomsnittet, vilket inte vore orimligt med hänsyn till hur universitetspräglat Göteborgs sjukvårdsområde är.

³ Vid Karolinska institutet tredubblades andelen icke-medicinare under perioden 1971 till 1975 från 12 procent till 33, vilket var ganska typiskt för andra medicinska fakulteter. Se "Medicinsk forskning" i Läkartidningen 40/1977.

⁴ *Doktorand 1992-1993*, s. 77.

⁵ Se "Medicinsk forskning" i Läkartidningen 40/1977.

⁶ Hoffstedt 1991, s. 58.

tendenser åskådliggörs på bilden nedan, där doktorandernas bakgrund illustreras mot bakgrund av vilken typ av medicinsk forskning de bedrev.

Bild 8.1. Utvecklingstendenser i formerna för medicinsk forskning efter doktoranders bakgrund.

	Preklinisk	Klinisk
Icke-medicinare	Ökar	Ökar
Medicinare	Minskar	Ökar

Denna tendens, att icke-medicinarna ökar, gäller inte minst kvinnorna som forskade vid medicinsk fakultet. Under 1987-1991 *fördubblades* antalet kvinnliga medicinare som disputerade vid kliniska institutioner, från 63 till 129. Men under samma tidsperiod *tre-dubblades* antalet kvinnliga icke-medicinare som disputerar vid kliniska institutioner.⁷

Som ett skäl till den sneda rekryteringen till klinisk och preklinisk forskning har man angett de ekonomiska villkoren inom preklinisk forskning, att utbildningsbidrag, doktorandtjänster och stipendier inte gör dem konkurrenskraftiga med läkarlönen.⁸ Det är möjligt att detta är ett av skälen till att kvinnliga icke-medicinare *ökade* mycket mer än kvinnliga medicinare inom klinisk forskning. Det vill säga, att även om kvinnor i allt högre utsträckning forskade vid medicinsk fakultet så verkade de i allt mindre grad kombinera forskar- och läkarkarriären.

I motsats till de kvinnliga läkarna valde de manliga i mycket högre grad att disputerar vid kliniska institutioner där forskarutbildning i normalfallet förenades med tjänstgöring som läkare. Forskningen bedrevs mestadels på jourkompledigheter och semestrar. Frågan om meri-

⁷ *Viljan att veta och viljan att förstå. Kön, makt och den kvinnovetenskapliga utmaningen i högre utbildning.* Slutbetänkande av Utredningen om insatser för kvinno- och jämställdhetsforskning. SOU 1995:110. Stockholm 1995, s. 87.

⁸ *Doktorand 1992*, s. 77; SOU 1995, s. 89f.

teringen kan eventuellt ställas annorlunda. Väljer kvinnor medicinsk forskning i högre grad för forskningens 'egen skull' än männen som mer satsar på forskning som ett led i sin kliniska läkarkarriär - (jfr den ökande andelen icke-medicinerna bland kvinnorna)? Den fråga som här reses kan inte ges entydigt svar utifrån detta material, men jag återkommer till den diskussionen längre fram.

Trots kvinnors ökade andel i läkar- och forskarutbildningen är kvinnorna fortfarande underrepresenterade på ledarpositioner inom akademisk medicin, alltifrån forskarasistent till professorsnivå.⁹ Det ligger utanför denna avhandlings ramar att granska skälen till detta. Till stora delar hänger denna problematik ihop med de strukturella villkor som gäller för kvinnor generellt i samhället. En viktig bidragande orsak antas vara kvinnornas familjeansvar. I kapitel 9 argumenterar jag för tesen att familjeproblematiken (inklusive teorierna om den) mer kan ses som en *diskursiv* än en *reell* stängningskod för kvinnor. Med det avses att även om kvinnor och män skiljer sig åt i olika avseenden, så är det ingen skillnad mellan kvinnor *med och utan familj*, eller kvinnor med *olika barnantal*. Cole och Zuckermans studie är numera välkänd, men de fann att även om kvinnor publicerar färre vetenskapliga artiklar än män, så förklaras den skillnaden inte av kvinnors familjeförhållanden.¹⁰

I samma anda resonerar Agnes Wold och Christine Wennerås när de bemöter de gängse uppfattningarna om kvinnor i medicinsk forskning. De vanligaste argumenten för att kvinnor är underrepresenterade i forskarsammanhang är, enligt dem, bl a att kvinnor är mindre kompetenta än sina manliga kolleger eller att de väljer barn och hem framför forskning. Wold och Wennerås har emellertid i en granskning av Medicinska forskningsrådets tilldelning av forskningsmedel 1995 visat att manliga sökande fått positiv särbehandling av manliga sakkunniga med resultat att mindre kompetenta män 'kvoterats in' på bättre kvalificerade kvinnors bekostnad.¹¹

⁹ Se Welin och Person 1996, s. 205 och SOU 1995, s. 92.

¹⁰ Cole, R.J. & Zuckerman, H, 1987, "Marriage, Motherhood and research Performance in Science", i *Scientific American* 256 (1987):2

¹¹ Wold, Agnes och Wennerås, Christine, 1997, "Nepotism and Sexism in Peer-review" i *Nature* 22. maj 1997. Se även deras artiklar "Därför forskar inte kvinnor" och "Forskningsråd utplånar handlingar" i *Dagens Nyheter* 22/1 respektive 26/2 1995 där de bemöter "barnargumentet".

Professionsteorin och formella kvalifikationer

Det är en lång tradition inom professionsociologin att betrakta professioner som kunskapsbaserade grupper. Av vissa teoretiker, t ex Collins, har 'kunskap' betraktats som ett symboliskt värde i sig eller föremål för rituell vördnad.¹² Parkin har påpekat att professionsteorin inte har problematiserat vilken kunskap som faktiskt behövs för att utöva den professionella verksamheten och vilken som utgör en inflation i kunskaps-tillväxten av andra orsaker.¹³

Inom stängningsteorin har man fokuserat formella kvalifikationer som en stängningskod i kampen om yrkesmonopol mellan yrkesgrupper. Mitt intresse gäller formella kvalifikationer som en stängningskod, eller demarkation *inom* läkarkåren. En fråga som ställs i detta kapitel är om formella kvalifikationer i termer av doktorsexamen alltmer blir en (informell) förutsättning för avancemang i den kliniska läkarkarriären. Eller m a o om doktorsexamen kan sägas fungera som en demarkation inom läkarkåren.

När det gäller doktorsexamen som meriteringsinstrument i en klinisk läkarkarriär finns olika perspektiv företrädda. Aant Elzinga och Christer Enkvist har ur vetenskapsteoretisk synpunkt kritiserat den 'massproducerade medicinska avhandlingen' vars verkliga (om än fördolda) syfte är att ta sig fram i en klinisk karriär. De framhåller att läkarna sammanblandar det meritmässiga och vetenskapliga värdet av en avhandling, vilket är beklagligt eftersom avhandlingarnas *faktiska* meritvärde är obefintligt,

då de ju de facto inte leder till företräde till bättre tjänster eller belönas på annat sätt.¹⁴

Andra framhåller i motsats till detta just doktorsexamen som meriteringsinstrument som kan ge gynnsam arbetskarriär och löneutveckling.¹⁵ Jag vill i det följande nyansera något denna problematik genom att mot bakgrund av mitt empiriska material ställa bl a följande frågor. Hur fördelar sig disputerade läkare på de olika specialistområdena? Hur varierar

¹² Collins, R, 1979, *The Credential Society. A historical sociology of education and stratification.* New York: Academic Press.

¹³ Parkin, 1979.

¹⁴ Elzinga och Enkvist 1989, s. 3634.

¹⁵ Hoffstedt, Gunilla, 1991, "Forskarutbildade från medicinsk fakultet" i *Doktorand 1992-1993.* SACO 1991, s. 58 och Jense, Göran, 1984, *Forskarutbildning - nu och sedan. En undersökning av forskarutbildningen vid fem fakultet vid Lunds universitet.* Lunds universitet 1985.

forskningsintensiteten för manliga och kvinnliga läkare efter specialitet? Gör de disputerade snabbare karriär inom sina specialistområden än de icke-disputerade? Jag vill m a o tillföra diskussionen om meriteringsfrågan en ytterligare aspekt, nämligen den medicinska specialiteten. En vägledande fråga är hur forskning och formella kvalifikationer i form av doktorexamen (eller doktorsgrad) griper in i de processer (främst arbetskarriären) som jag har granskat i tidigare avsnitt.

En doktorexamen är utom allt tvivel en *individuell* strategi i konkurrensen om tjänster bland läkarna. Frågan är om och när resultatet av individuella ansträngningar kan betecknas som stängning? Att fastslå att konkurrensen är hårdast där störst andel är disputerade kan sägas vara en truism som riskerar sluta i en tautologi. Ökade formella kvalifikationer kan vara *resultat* av ökad konkurrens, men konkurrensen kan i sin tur inte tas som en förklaring eller ett antagande, utan måste problematiseras. I en mening är det en empirisk fråga och rör bl a hur nödvändiga kunskaper (kvalifikationer) ska fastställas. Men den frågan måste ställas utifrån en teoretisk kontext. Här vill jag ansluta till min teoretiska diskussion i kapitel 2 om oförutsedda konsekvenser (Elster) respektive latent funktioner (Merton) av en handling, i synnerhet strategisk handling.

Konsekvenserna av en handling kan vara både positiva eller negativa för en individ, bl a beroende på andra människors handlingar. Det förra syftar på en handling där många enskilda handlande är positivt för helheten. Det senare gäller de handlingar där individen kan maximera sin nytta under förutsättning att andra *inte* handlar som hon eller han gör. Om alla handlar som denne individ blir var och en utsatt för många små nackdelar. Min tes är att detta gäller formella kvalifikationer (doktorexamen) som en individuell konkurrensstrategi. Utfallet kan väntas bli positivt för den enskilde individen, under förutsättning att alla andra *inte* handlar på samma sätt. Handlar tillräckligt många som hon eller han, blir de oförutsedda konsekvenserna negativa och alla riskerar att förlora. Låt mig även erinra om Mertons tes om att konsekvenserna av en handling (den latent funktionen) kan vara delaktiga i att upprätthålla det sociala system som strukturerar individernas valmöjligheter.

Mitt förfaringsätt att studera arbetskarriärer förtjänar att preciseras närmare. Elzinga och Enkvist drar sina slutsatser dels utifrån läkarnas *egna* svar på vilken kunskapsmässig och meritmässig nytta de haft av sin doktorsavhandling, dels utifrån andras (sakkunnigas) bedömningar av avhandlingarnas meritvärde. Medan Elzingas och Enkvists argumentation bygger på subjektiva data, d v s vad de tillfrågade *anser* om avhandling-

ars meritvärde, är mitt syfte snarare att granska sammanhanget mellan en doktorsgrad/doktorsexamen och den *faktiska* arbetskarriären.

Forskningsaktivitet i föreliggande material

När det gäller formella kvalifikationer i form av doktorsexamen, är hälften av läkarna i mitt material disputerade, 29 procent av kvinnorna (n=69) och 58 procent av männen (n=318). Vi ska se hur dessa *faktiskt* fördelar sig på befattningar, specialitet och några bakgrundsvariabler. De medicinska specialiteterna skiljer sig högst avsevärt när det gäller proportionen disputerade. De disputerade fördelar sig på de fem specialistområdena enligt följande:¹⁶

<i>Högstatusspecialiteter</i> (kirurgi)	67 procent	(n=111)
<i>Statusspecialiteter</i> (manstätt medicin)	62 procent	(n=88)
<i>Ej-statusspecialiteter (manstätt)</i> (lab.specialiteter)	66 procent	(n=57)
<i>Ej-statusspecialiteter (kvinnotätt)</i> (barnmedicin, gynekologi, anestesiologi och kvinnotätt medicin)	45 procent	(n=102)
<i>Lågstatusspecialiteter</i> (geriatrik, psykiatri, allmänmedicin)	17 procent	(n=27)

I det följande avser forskningsaktivitet både doktorandforskning och post-doc-forskning. Forskningsaktiviteten kan betraktas utifrån olika aspekter. Den varierar efter specialiteter, tjänstetid, typ av arbetsplats och huruvida man redan är disputerad eller inte. De viktiga frågorna i mitt sammanhang är hur ovanstående aspekter relaterar till könsaspekten. Cirka tre av fyra läkare eller 74 procent i materialet uppger att de forskar.¹⁷ De som har disputerat forskar oftare än de som inte har gjort det (92 procent mot 56 procent). Mycket högre andel män än kvinnor säger sig forska, eller 81 procent mot 56 procent. När forskningsaktivitet granskas efter *läkar-kohort* visar sig att den *sjunker* något med högre ålder och det gäller för båda könen, för alla specialistområden och oavsett formella kvali-

¹⁶ Betraktas de enskilda specialiteterna (ej ihopslagna) är disputerade kraftigt överrepresenterade inom kirurgi, manstätt medicin och bland lab.läkare (som ju motsvaras av de första tre av de fem specialistområdena) med 67, 62 respektive 66 procent. Runt genomsnittet ligger andelen disputerade i anesthesiologi 51 procent; barnmedicin 49 procent; och kvinnotätt medicin 44 procent. Underrepresenterade är de disputerade i gynekologi 37 procent; i psykiatri 29; i geriatrik 18 procent och allmänmedicin 6 procent.

¹⁷ Ett par läkare visar en osäkerhet inför vad som ska klassificeras som forskning.

fikationer. I det följande delar jag därför inte upp materialet efter tjänstetid utan föreslår att den informationen är med i bagaget i den fortsatta läsningen.

När det gäller *arbetsplats* är de disputerade överrepresenterade på universitetskliniker där forskningsaktiviteten likaså är högre än hos dem som är anställda på andra arbetsplatser. En överväldigande majoritet av dem som arbetar på universitetskliniker forskar (90 procent, n=553), drygt hälften av de sjukhusanställda (53 procent, n=89) och en femtedel av de som arbetar inom öppen vård (20 procent, n=123).

Forskningsaktiviteten varierar även starkt med *specialistområde*: den är högst inom *alla* de manställda specialistgrupperna - oavsett status (där cirka 90 procent forskar), något lägre för den kvinnotällda ej-statusgruppen (där cirka 80 procent forskar) och lägst för lågstatusgruppen (där cirka 30 procent forskar). Eftersom specialitet sammanhänger starkt med *arbetsplatstillhörighet* så sammanfaller tendenserna för dessa två variabler. Granskar man däremot forskningsaktivitet efter specialistområde *och* typ av arbetsplats visar det sig att det forskas mindre inom vissa specialiteter än andra på alla arbetsplatser, d v s *tendensen* i stora drag den samma för de olika specialistområdena.

En intressant fråga är huruvida forskningsaktiviteten skiljer sig inom specialistområdena. I tabell 8.1 visas antalet män och kvinnor som forskar efter specialistområden, uppdelade efter formella kvalifikationer.

Tabell 8.1. Forskningsaktivitet efter formella kvalifikationer, kön och specialistområde#)

	Disputerade			Odisputerade			
	Män (n)	Kv. (n)	(n)	Män (n)	Kv. (n)	(n)	
Högstatus	92	(103)	100°)	78	(49)	100°)	(6)
Status	93	(72)	88°)	95	(42)	54°)	(13)
Ej-status (manstäl)	96	(51)	80°)	76	(21)	63°)	(8)
Ej-status (kv.tät)	91	(68)	94°)	71	(56)	63	(68)
Lågstatus	76	(21)	83	31	(59)	15	(75)
Totalt		(315)	(69)	152	(227)		(170)

°) Observera, mycket fåtaliga celler.

#) Signifikanta skillnader (***) mellan specialistområden bland odisputerade män samt bland odisputerade kvinnor(***); skillnaderna nära signifikans (+) mellan specialistområdena bland disputerade män, könsskillnaderna signifikanta bland de odisputerade (***)

Det framgår av tabell 8.1 ovan att det inte är samma tendens för de disputerade och de odisputerade. En överväldigande majoritet av de disputerade forskar, det gäller både män och kvinnor inom nästan alla specialistområden. Bland de odisputerade finns signifikanta skillnader mellan specialistområdena. Där skiljer sig lågstatusgruppen från de andra med mycket mindre forskningsaktivitet. (Observera att i några grupper är kvinnorna mycket få). Lägg märke till att könsskillnaderna försvinner för de *disputerade*, dvs det finns ingen skillnad mellan disputerade kvinnors och mäns forskningsaktivitet. Bland de *odisputerade* är könsskillnaden signifikant. Det är dock värt att påpeka att bland de *odisputerade* är könsskillnaderna minst för den kvinnotäta ej-statusgruppen. Det kan tyda på ökad konkurrens inom detta specialistområde och att kvinnorna tar den utmaningen.

Arbetskarriärer och tjänstestrukturer

Arbetskarriärer

Flertalet läkare disputerar inom kliniska ämnen och förenar läkarkarriär och forskning som redan framgått. Det avspeglar sig även i materialet genom att de flesta har disputerat *efter* att ha tagit ut sin läkarlegitimation (jfr diskussionen ovan om preklinisk och klinisk forskning). Endast åtta procent (n=32) av de disputerade läkarna i materialet har disputerat *före* legitimation, flertalet män.¹⁸

Granskas de som har disputerat *efter* legitimation visar sig att det har tagit de äldre längre tid att disputerat än de yngre och att det har tagit kvinnorna längre tid att disputerat än männen. Variationen är liten efter specialiteter (ej redovisat i tabell). Det är möjligt att detta beror på att de äldre har doktorsgrad och inte doktorexamen.

Vi såg i det föregående kapitlet om arbetskarriärerna att tjänstetid och specialitet har stor betydelse för arbetskarriärens takt: de yngre läkarkohorterna gör genomgående snabbare karriär än de äldre kohorterna; specialiteten har betydelse genom att arbetskarriärens hastighet beror på om specialiteten är mans- eller kvinnotät samt hur den relaterar till statusdiskursen inom läkarkåren. Sammanfattningsvis gäller att de båda statusspecialiteterna har en långsam karriärgång medan lågstatusspecialiteterna har en snabb karriärgång. Andelen disputerade är överrepresenterade inom alla manstätta specialiteter som har långsam karriärväg. Det visar sig - vilket inte är förvånande - att arbetskarriären för de dispu-

¹⁸ Av dessa är hälften medicinare (de flesta inom manstätt medicin) och en tredjedel lab.läkare.

terade är långsammare än för de icke-disputerade. Härnäst ska vi se om disputerade och odisputerade kommer lika långt.

Tjänstestruktur

Man kan närma sig frågan om hur formella kvalifikationer hänger ihop med andra faktorer utifrån olika aspekter, där var och en kan sägas belysa en bit av problematiken. Tjänstestrukturen - som ger en viktig information om arbetskarriären - blir central i det följande. Om man studerar tjänstestrukturen för de disputerade (knappt hälften av läkarna) i relation till tjänstestrukturen i sin helhet ser det ut enligt tabell 8.2. (Observera att distriktsläkare är uteslutna ty de har en särskilt karriärbana).

Tabell 8.2. Disputerades tjänstestruktur i jämförelse med tjänstestrukturen för hela läkargruppen, efter specialistområden. (Procent).

	Högstatus- spec.	Status- spec.	Ej-status (manstät)	Ej-status (kv.tät)	Lågstatus- spec.	Total
<u>Alla(***)</u>						
Avd.	43	38	8	37	16	32
Böl.	16	25	41	18	16	22
Öl.	41	37	51	45	68	46
Tot.	100	100	100	100	100	100
(n)	(166)	(138)	(86)	(222)	(95)	(707)
<u>Disputerade (***)</u>						
Avd.	25	19	3	18	0	17
Böl.	23	30	30	18	11	23
Öl.	52	51	67	64	89	60
Tot.	100	100	100	100	100	100
(n)	(111)	(88)	(57)	(101)	(26)	(383)

Vi ser för det första att tjänstestrukturen för *alla* ser olika ut för de olika specialistområdena med fler överläkartjänster i lågstatusgruppen än i de övriga grupperna. Jämför vi sedan tjänstestrukturen för de *disputerade* med helheten ser vi att tjänstestrukturen blir ännu 'skevare'. Närmare 90 procent av de disputerade i lågstatusgruppen har överläkartjänst medan andelen är mycket lägre i de andra grupperna och är exempelvis nere i drygt 50 procent för status- och högstatusgruppen. Den viktigaste informationen tabell 8.2 ger är att det är en systematisk skillnad i formella kvalifikationer mellan specialistområdena *på alla befattningsnivåer*.

Det finns ingen diskret skiljelinje mellan specialiteterna men tendensen är klar. Mönstret gäller såväl för den äldre som den yngre läkarkohorten.¹⁹

En annan utgångspunkt är att granska hur de disputerade och de icke-disputerade fördelar sig på tjänster efter kön. Det görs i tabell 8.3 och den visar ett mönster med olika tendenser för män och kvinnor. Observera att tabellen egentligen består två tabeller.

Tabell 8.3. Tjänstestruktur efter formella kvalifikationer och kön. Procent.#)

	Disputerade			Odisputerade		
	Män	Kv.	Tot.	Män	Kv.	Tot.
Avd.	16	20	17	57	40	51
Böl.	20	38	23	18	22	19
Öl.	64	42	60	25	39	30
Tot.	100	100	100	100	100	100
(n)	(316)	(69)		(195)	(130)	

#) Signifikans bland disputerade (***) och odisputerade (***)

Vi ser att bland de *disputerade* har fler män än kvinnor överläkartjänst (64 mot 42 procent). Förhållandet är emellertid omvänt bland de *odisputerade*, där fler kvinnor än män har överläkartjänst (39 mot 25 procent). Men läkarnas formella kvalifikationer skiljer sig högst avsevärt mellan specialiteter (specialistområden) som vi har sett.

Om tabell 8.3 bryts ner efter *specialistområden* syns en könsdifferentiering som tabellen nu osynliggör. Men det är problematiskt att bryta ner den efter de *fem* specialistområdena eftersom kvinnorna i de manstata områdena är så få.²⁰ Därför har jag i tabell 8.4 nedan brutit ner tabell 8.3 efter *manstata* och *kvinnotata* specialistområden. Där framgår att könsskillnaderna är mycket *större* (och signifikanta) bland de disputerade än bland de odisputerade. Om vi exempelvis enbart fokuserar överläkare i tabell 8.4 nedan (n=329), ser vi att bland de *odisputerade* är könsförhållandet någorlunda jämnt inom de båda specialistområdena. Bland de *disputerade* är det emellertid en stor skillnad mellan kvinnor och män, till männens fördel.

¹⁹ Man får vara observant på att specialiteterna som slagits ihop inom den kvinnotata ej-statusgruppen är många och i vissa avseenden olika. I detta sammanhang kan nämnas att inom anesthesiologin är något högre andel disputerade än inom de resterande specialiteterna i den gruppen. Anesthesiologin ligger alltså något ovanför genomsnittet för den kvinnotata ej-statusgruppen men något under de manstata grupperna.

²⁰ Kvinnor i högstatusspecialiteterna (kirurgi) är endast 14; i manstata ej-statusspecialiteter (lab.läkare) är de 13 och 29 i statusspecialiteter (manstata medicin).

Tabell 8.4. Tjänstestrukturen efter kön och specialistområden, uppdelad efter formella kvalifikationer. Procent.#)

	Manstäta specialistområden					Kvinnotäta specialiteter				
<u>Odisputerade</u>										
	Avd.	Böl.	Öl.	Tot.	(n)	Avd.	Böl.	Öl.	Tot.	(n)
Män	65	19	16	100	(111)	48	17	36	101	(84)
Kvinnor	52	30	17	100	(23)	37	20	43	100	(106)
Totalt	63	21	16	100		42	18	40	100	
<u>Disputerade</u>										
	Avd.	Böl.	Öl.	Tot.	(n)	Avd.	Böl.	Öl.	Tot.	(n)
Män	19	23	59	100	(227)	9	14	77	100	(87)
Kvinnor	14	59	28	100	(29)	25	23	53	100	(40)
Totalt	18	27	55	100		14	17	69	100	

#) Könsskillnaderna för disputerade i manstäta specialiteter signifikant (**), könsskillnaderna för disputerade i kvinnotäta specialiteter signifikant (*).

De *disputerade* har mycket oftare överläkartjänster totalt än de *odisputerade* - men könsskillnaderna är iögonfallande: medan 59 procent av de disputerade männen inom manstäta specialistområden har överläkartjänst så har 28 procent av kvinnorna det. Medan 77 procent av de disputerade männen inom kvinnotäta specialistområden har överläkartjänst så har 53 procent av kvinnorna det. Jämför detta med de små skillnaderna för män och kvinnor bland de *odisputerade* överläkarna. Jämför man vidare männen respektive kvinnorna *inom* specialistområdena så är det endast en liten skillnad mellan kvinnor med och utan doktorsexamen medan skillnaden är mycket stor bland männen. Det verkar som om som doktors-examen ger högre avkastning för män än kvinnor.²¹

Här kan man givetvis vänta sig att tidsfaktorn (tjänstetid) spelar en stor roll och jag har därför granskat tabell 8.4 uppdelad i två läkar-kohorter (och även i fyra kohorter, ej redovisat i tabell). Den granskningen visar att män tenderar att ha överläkartjänst något oftare än kvinnor med samma tjänstetid och samma kvalifikationer. Ibland är skill-

²¹ Här måste påpekas att kategorin 'kvinnotäta specialiteter' består av några specialiteter som är ganska olika inbördes och som även är uppdelade i lågstatusspecialiteter (geriatrik, psykiatri och allmänmedicin) och ej-statusspecialiteter (gynkologi, barnmedicin, anestesologi och kvinnotät medicin). Dessa två grupper skiljer sig avsevärt åt i graden av formella kvalifikationer: mycket få är disputerade i lågstatusgruppen som följaktligen dominerar i rutan överst till höger i tabell 8.4 (odisputerade) och fler är disputerade i ej-statusgruppen som därför dominerar i rutan nederst till höger (disputerade). Det är huvudsakligen ej-statusgruppen som svarar för tendenserna i rutan nederst till höger, i synnerhet gäller det yngre disputerade, vilket kan tyda på en ökande konkurrens vilket jag antytt tidigare. L 8-4

naden markant, ibland liten.²² Ett undantag finns från denna tendens. Bland de odisputerade inom kvinnotäta områden (området överst till höger i tabell 8.4) tenderar kvinnor att oftare ha överläkartjänst än män med samma tjänstetid. Den skillnaden är dock inte signifikant.

Ett annat förhållande som tabell 8.4 visar är den övergripande fördelningen av manliga och kvinnliga läkare, vilket bättre åskådliggörs i bilden nedan, där även arbetsplatstillhörighet redovisas. (Allmänläkare är inte med eftersom deras arbetskarriär är utanför den tjänstestruktur som behandlas i tabell 8.4).

Bild 8.2. Läkarnas fördelning på specialistområden och arbetsplatser efter formella kvalifikationer och kön.

Specialistområden

Manstöt: manstöt medicin, lab.specialiteter och kirurgi

Kvinnötät: geriatrik, psykiatri, gynekol. anesthesiologi, barnmed. och kvinnotät medicin

Odisputerade	n=134 (kvinnor 17 %) Universitetsklinik 81 % sjukhusanställda 14 % öppen vård o annat 5 %	n=190 (kvinnor 44 %) Universitetsklinik 58 % sjukhusanställda 18 % öppen vård 19 % annat 5%
	n=256 (kvinnor 11 %) Universitetsklinik 90% sjukhusanställda 9 % annat 1 %	n=127 (kvinnor 31 %) Universitetsansknik 81 % sjukhusanställda 10 % öppen vård 5 % annat 4 %

Alla områdena - utom ett - är kraftigt universitetspräglade. Det är därför inte så att de olika områdena representerar olika arbetsplatser även om rutan överst till höger har något mindre universitetsprägel och högre öppenvårdsprofil än de andra. Hade allmänläkare varit med i bild 8.2 skulle de placeras i rutan överst till höger och proportionerna mellan

²² Att kvinnors situation exempelvis i form av barnantal skulle variera i de olika rutorna är ett argument som inte gäller här. Specialistområde har inget samband med barnantal, vilket överensstämmer med resultaten i kapitel 9 om familjeförhållandena. Skillnaden är signifikant mellan disputerade män och kvinnor inom *manstötta* specialistområden (området längst ner till vänster i tabell 8.5) i den *aldre* kohorten (lång tjänstetid). För den *ynge* kohorten är skillnaden signifikant för disputerade inom *kvinnötta* specialistområden (området längst ner till höger i tabell 8.5). Som jag påpekade i not 19 är det huvudsakligen kvinnotäta ej-statusspecialiteter (främst anesthesiologi) som svarar för den tendensen.

arbetsplatstyperna blivit annorlunda. Rutan nederst till vänster och överst till höger utgör varandras motpoler beträffande könssammansättning.²³

Tendenserna utifrån bilden kan sägas vara följande: När hänsyn tagits till tjänstetid (jfr not 22) är det liten könsskillnad i rutan överst till vänster; i rutan överst till höger tenderar den skillnad som finns (ej signifikant) att vara till kvinnors fördel - där har kvinnor minst lika bra möjligheter som män att få överläkartjänster; i de båda nedersta rutorna är det en signifikant skillnad till mäns fördel - i synnerhet gäller det rutan nederst till vänster.

Sammanfattande diskussion

Majoriteten av de läkare som forskar gör det vid klinisk institution och förenar forskning och klinisk verksamhet. Det gäller både män och kvinnor, även om betydligt färre kvinnliga läkare disputerar än manliga. Det innebär dock inte att kvinnorna inte forskar vid medicinsk fakultet, utan kvinnornas andel ökar successivt. Det verkar dock som om kvinnorna i mycket mindre grad än männen *förenar* forskning och klinisk läkar-karriär, t ex har kvinnliga icke-medicinare ökat sin andel i klinisk forskning mycket mer än kvinnliga medicinare, d v s läkarutbildade kvinnor.

Om forskningsaktivitet i mitt material gäller att det har tagit de äldre längre tid att disputerat än de yngre, att det har tagit kvinnorna längre tid att disputerat än männen. Forskningsaktiviteten skiljer sig markant mellan de fem specialistområdena; den är mycket hög i alla de manstälta specialiteterna (oavsett status); den är relativt hög för kvinnostälta ej-statusspecialiteter och mycket låg för lågstatusspecialiteterna. Detta mönster gäller även för den grupp som inte har disputerat.

När tjänstestrukturen studeras har det stor betydelse vilket perspektiv man anlägger. När den studeras enbart efter formella kvalifikationer (oavsett specialitet) visar kvinnor sig *inte* ha jämbördiga kvalifikationer med män på samma nivå, vilket framgick av tabell 8.3. När tjänstestruktur och specialitet däremot studeras *samtidigt* och hänsyn tas till tjänstetid, så uppenbarar sig ett komplext samspel mellan kön och specialitet som visar att *doktorsexamen fungerar olika för män och kvinnor*. Det visar

²³ Granskar man kvinnornas genomsnittliga barnantal i Anovatabell (endast de som har barn, ej redovisat i tabell), så är det ingen signifikant skillnad när kvalifikationer, specialistområde och kohorter (yngre och äldre) granskas samtidigt. Det gäller även när kohort ersätts med ålder. Inte heller uppvisar någon av variablerna signifikanta skillnader granskade för sig. Bland männen är det däremot skillnader i linje med dem som framkom i familjekapitlet: skillnaderna är signifikanta för kvalifikationer (disputerade har fler barn än odisputerade), tjänstetid/ålder (äldre har fler barn än yngre), men specialistområde har ingen betydelse.

sig att doktorexamen är nära nog en nödvändighet för alla för att få en överläkartsjänst inom manstata specialistområden - men för kvinnor räcker det inte - i alla fall inte lika långt som för männen. Och medan doktorexamen är ett effektivt medel för män att få överläkartsjänst inom kvinnotäta områden så är det långtifrån lika effektivt för kvinnor.

Låt mig här återanknyta till frågan om formella kvalifikationer som ett meriteringsinstrument i läkarkarriären. Är det så som en del framhåller att doktorexamen är ett meriteringsinstrument som kan ge gynnsam arbetskarriär och löneutveckling för läkarna? Svaret måste bli både ja och nej. Det är *inte* ett meriteringsinstrument i bemärkelsen snabb framgång och ekonomiska fördelar. För att relatera diskussionen till föregående kapitel så har de specialiteter där de flesta är disputerade den långsammaste karriären. Ansluter man detta till Elsters resonemang tidigare i kapitlet (och i kapitel 2) kan det hävdas att de disputerade har blivit *för många* för att varje enskild ska tjäna maximalt på det.

Doktorexamen kan däremot ses som ett meriteringsinstrument i bemärkelsen att disputerade oftare har överläkartsjänst inom respektive specialistområde än odisputerade. De olika tendenserna för män och kvinnor måste dock leda till ytterligare en viktig slutsats: För kvinnor inom kvinnotäta områden hjälper doktorexamen, men långt ifrån lika mycket som den hjälper männen. Inom manstata områden förefaller det vara nödvändigt att vara disputerad för att få en överläkartsjänst, men för en kvinna är det ett nödvändigt men inte ett tillräckligt villkor, det behövs något mer. Det är knappast en övertolkning av tendenserna i föreliggande material att relatera dem till Wolds och Wennerås argumentation om 'manlig kvotering'. Den slutsats denna genomgång ger är att doktorexamen utgör en demarkation inom läkarkåren som i synnerhet slår ut kvinnorna. Doktorexamen kan antas hindra kvinnorna från att välja forskningstäta specialiteter, eller med Mertons uttryck: dess latenta funktion är att upprätthålla ett socialt system som strukturerar individernas valmöjligheter.

9. Familjen och karriären

När det gäller yrkesarbete är väl de flesta överens om att det 'kostar' kvinnor mer än män att ha familj och barn. Begrepp som 'familjerelaterade hinder' har figurerat i forskning och debatt, liksom synsättet att kvinnors 'familjeorientering' gör att de prioriterar familjen framför yrket.¹ Men när det gäller familjens betydelse för mäns och kvinnors villkor i yrkeslivet uppvisar forskningsresultat ingen entydig bild. Det finns forskning som visar att familjen begränsar kvinnors framgång i yrkeslivet men befrämjar mäns karriär.²

Annan forskning visar motsatsen, exempelvis har Arne Nilsson i en empirisk studie om lägre tjänstemän problematiserat den tesen när det gäller män.³ Anne Lise Ellingsæter ifrågasätter i en ganska ny undersökning det dualistiska tänkande som ligger bakom mycket av befintlig köns- och arbetsmarknadsforskning, där kvinnors yrkesorientering definieras utifrån deras roll i hemmen. Vi måste komma bortom denna syn, enligt Ellingsæter.⁴

I en av de första studierna som gjordes om karriäryrken, lyfte Rapoport fram en del positiva aspekter i tvåkarriärfamiljen.⁵ Senare forskning har mer fokuserat familjelivet som ett hinder för kvinnor. Ett vanligt tema är att karriären har olika villkor för kvinnor och män.⁶ Det håller på att bli en etablerad sanning att kvinnor som satsar på karriär måste vara barnlösa och ogifta eller frånskilda. För kvinnliga läkare antas familjen definitivt innebära mer problem än resurser; "en kvinnlig doktor bör helst vara ensamstående eller steriliserad" är den bild som många har

¹ Se exempelvis diskussion i *Löneskillnader och lönediskriminering. Om kvinnor och män på arbetsmarknaden*. SOU 1993:7. Betänkande av Löneskillnadsutredningen. Stockholm 1993, s. 30-35.

² Se exempelvis diskussion i Björnberg, Ulla, 1992, "Tvåförsörjarfamiljen i teori och verklighet" i *Kvinnors och mäns liv och arbete*. SNS Förlag, samt Björnberg, 1994a, "Familj mellan marknad och stat/politik. En fråga om kön, klass och makt" i *Sociologisk forskning* nr. 2/1994.

³ Nilsson, Arne, 1992, "Den nye mannen - finns han redan?" i *Kvinnors och mäns liv och arbete*. SNS Förlag, s. 228.

⁴ Ellingsæter, Anne Lise, 1995, *Gender Work and Social Change. Beyond Dualistic Thinking*. Report 95:14. Institutt for samfunnsforskning, Oslo 1995.

⁵ Rapoport, R & Rapoport, R, 1971, *Dual-Career Families*. Penguin Books.

Rapoport, R & Rapoport, R, 1976, *Dual-Career Families re-examined*. Martin Robertson & Co.

⁶ Se t ex Andersson, Gunnar, 1993, *Leva för jobbet och jobba för livet*. Symposion, Stockholm, Billing, Yvonne-Due, 1991, *Køn, karriere, familie*. Jurist- og økonomiforbundets Forlag, Lindgren, Gerd (1992) *Doktorer systrar och flickor. Om informell makt*. Carlssons Bokförlag, Roman, Christine, 1994, *Lika på olika villkor. Könnssegregering i kunskapsföretag*. Symposion Graduale, Wahl, Anna, 1992, *Könsstrukturer i organisationer. Kvinnliga civilekonomers och civilingenjörers karriärutveckling*. EFI Ekonomiska Forskningsinstitutet.

av kvinnliga läkare.⁷ Men varifrån kommer denna bild, hur rimlig är den och hur rekonstrueras den?

I det här kapitlet vill jag granska hur giltig den ovan beskrivna 'familjediskursen' är som en förklaring till kvinnliga och manliga läkares val av specialitet. Jag vill se om och hur familjemönster utgör grunden för demarkation inom läkargruppen. Jag tar utgångspunkt i *yrkeskarriären* och ser hur den varierar med familjesituation. Män och kvinnor relateras till varandra, men även *olika kategorier kvinnor* (respektive män), t ex ensamstående vs sammanboende samt kvinnor och män med olika familjeförhållanden. Genom detta framträder en mera nyanserad bild av familjeförhållandenas betydelse för yrkeskarriären. Undersökningar som gjorts med denna perspektivering har visat att familjen kan vara en resurs för kvinnor i karriäryrken lika väl som en belastning. Paradoxalt nog gäller detta inte minst kvinnliga läkare.⁸ Denna typ av forskning har även visat det ohållbara i kvinnors familjeansvar som en generell förklaringskategori, jfr Cole and Zuckermans studie som tidigare nämnts.

Kvinnliga och manliga läkares familjesituation är givetvis olik. Kvinnliga läkare bor ensamma oftare än manliga läkare; de har oftare en partner med högskoleutbildning; och deras partner har en längre arbetstid än vad de manliga läkarnas fruar har. Detta gäller läkare i samtliga nordiska länder.⁹ Det är emellertid *innebörden* av dessa förhållanden som jag vill diskutera. I det följande granskas i vilken utsträckning bilden av läkarna, *uppfattningarna* om läkaryrket och familjen motsvaras av de *reella förhållandena* hos läkargruppen i mitt material. Jag börjar med att ställa frågan hur civilstånd och äktenskapsmönster ser ut för läkargruppen i stort. Barn och barnantal studeras och därefter ägnas särskild diskussion åt läkarparet, d v s där båda makarna är läkare. Hur ter sig läkarparet i jämförelse med andra giftermålskombinationer, i synnerhet parkonstellationen läkare - sjuksköterska?

I senare delen av kapitlet diskuteras hur familjesituationen hänger ihop med olika aspekter av yrkeslivet; arbetstid (i synnerhet makas arbets-

⁷ Lindgren 1992, s. 49f. Se även Hellström, Margareta, 1993, *Läkares arbetsvillkor inom olika specialiteter*. Undersökningsrapport nr 33/1993. Arbetsmiljöinstitutet, s. 6.

⁸ Detta framgår av Strandberg 1988 och Holm, Ulla, 1993, *Läkares vardag. En studie av den psykiska arbetsmiljön*. Pedagogiska institutionen Uppsala universitet. Forskningsrapport nr. 110/1993, s. 60. En finländsk arbetsmiljöstudie från år 1988 visar samma sak. Där framgick att gifta kvinnliga läkare med egna barn var mindre stressade och utbrända än kvinnliga kollegor utan barn. Se "Finländsk arbetsmiljöenkät: Kvinnliga läkare mer stressade än manliga. Allmänläkare på vårdcentral mest utsatt" i *Läkartidningen* 6/1988.

Se vidare om civilingenjörer Kvande & Rasmussen 1990.

⁹ Korreman 1994, s. 85f.

tid) granskas utifrån familjesituation. Detta är en viktig aspekt, både den egna och även partnerns arbetstid, inte minst mot bakgrund av den vedertagna uppfattningen att makans arbetstid varierar mer när det gäller manliga läkare än kvinnliga.¹⁰ Manliga läkares markservice tas ofta som givna och desto självklarare anses den vara när männen satsar mer på karriären. En fråga som ställs är därför hur arbetstiden ser ut för olika par-konstellationer. I vilka grupper bekräftas bilden av kvinnans anpassning till mannen och i vilka grupper stämmer den inte.

Formella kvalifikationer är en viktig variabel i avhandlingen eftersom den utgör en central faktor som sorterar kvinnor och män i läkar-kåren. Här behandlas hur aspekter i läkarnas familjeförhållanden griper in de processer som behandlades i de föregående kapitlen. Vi såg i kapitel 8 att majoriteten av de läkare som disputerar gör det genom klinisk forskning och inte preklinisk och varvar därför kliniskt arbete med forskning. Det har även framgått att en mycket större andel av manliga än kvinnliga läkare är disputerade.

Det finns anledning att tro att doktorandstudier (den ena partens och ännu mera bådass) utöver kliniskt arbete skapar en extra belastning på familjelivet för läkare. En akademisk karriär kan tänkas ställa problemen i tvåkarriärfamiljen på sin spets. Därför ställs frågan vilka mönster gör sig gällande beträffande detta och hur ska de tolkas? Är disputerade manliga läkare mer benägna att ha deltidsarbetande (eller hemarbetande) partner än de odisputerade? Är de disputerade kvinnliga läkarna oftare ensamstående än de odisputerade? Hur varierar barnantal med formella kvalifikationer för de båda könen?

Slutligen diskuteras i kapitlet hur ovanstående faktorer hänger samman med specialitet. Vi såg i kapitel 6 och 7 att karriärens villkor varierar betydligt efter specialistområden. En del är karriärtrånga med höga krav på formella kvalifikationer medan andra har långsammare tempo och färre som disputerar. Frågan huruvida familjeförhållanden (civilstånd och barnantal) har samband med specialitet eller specialistområde är därför angelägen. Skiljer det sig mellan män och kvinnor, och i olika åldersgrupper? Om inte, vad kan man dra för slutsatser av det?

Teoretiskt ansluter diskussionen till det könsperspektiv som presenterades i kapitel 3 och rör sig kring två centrala teman. För det första förhåller jag mig till teorier om könsmaksordningen mellan män och kvinnor, i synnerhet Hanne Haavinds tes om kvinnors relativa under-

¹⁰ Lindgren 1992, s. 49.

ordning.¹¹ I korthet går tesen ut på att den moderna kvinnan kan göra allt, men bara så länge hon gör det relativt underordnad de män hon är i kontakt med. Chanserna att hennes kvinnlighet skall bekräftas positivt är störst om hon själv bidrar till att få denna underordning att framstå som något annat än underordning. Haavind menar att kvinnors underordning i familjen också är en modell för arbetslivet.

Anledningen till att jag ger mig in i en kritisk dialog med Haavinds tes är att den har fått stor genomslagskraft, inte minst i litteraturen om karriärkvinnor. Den är explicit i vissa studier.¹² I andra är argumentationen helt i linje med de tankar som Haavinds tes ger teoretiskt uttryck för - även om hon inte alltid refereras. I Lindgrens studie om kvinnliga läkare i Sverige är denna perspektivering uttalad. Det är därför en spännande fråga vilket stöd tesen om den relativa underordningen får i det här materialet. På vilka punkter och utifrån vilka empiriska argument kan den nyanseras?

Detta synsätt innebär *inte* att jag bestrider mansmakten i samhället eller kvinnors underordning. Det innebär snarare att manssamhället som maktstruktur bildar ett implicit antagande i resonemanget. I kapitel 3 framhölls vikten av en teoretisk nivåbestämning för att komma förbi generaliserande förklaringskategorier. Det innebär att det är i den *empiriska forskningsprocessen* man får fastställa om och hur mansmakt har materialiserat och konkretiserat sig. Vidare kan nämnas att mitt intresse kretsar kring *öppningar* och *förändringspotentialer* såväl som kring hur manssamhället reproduceras. Genom detta lyfts enligt min mening kvinnor fram som aktörer och inte bara som offer för mansmakt.

Den andra centrala aspekten som min diskussion förhåller sig till är frågan om de olika medicinska specialiteterna varierar med avseende på hur 'familjevänliga' de är. Tesen om att kvinnor väljer yrke, eller i det här fallet specialitet, utifrån hur familje- och barnvänliga de är har blivit ett av de seglivade 'försanthållandena' såväl inom som utanför medicinen.¹³ Den tes som vägleder den följande granskningen är följande: Om detta är fallet så bör det rimligen avteckna sig i mitt material. Den fråga

¹¹ Haavind 1985.

¹² Exempelvis i Wahl 1992.

¹³ I Lindahls og Killis studie av kvinnliga läkare i Norge förs en systematisk diskussion om familjevänliga och mindre familjevänliga specialiteter, se Lindahl og Killi 1984, s. 75f. Denna diskurs kommer även väldigt starkt till uttryck både i de samtal jag haft med läkare i studiens förberedelsefas samt i intervjuerna med läkarna. Familjevänliga specialiteter sammanfaller enligt diskursen med de kvinnotätaste specialiteterna (allmänmedicin, psykiatri och geriatrik) och framför allt kirurgin antas utgöra motsatsen.

som ställs, är i vilken utsträckning tesen bekräftas i föreliggande material och i vilken grad den ifrågasätts.

Diskussionen i kapitlet bygger huvudsakligen på enkäten, men även på *läkarintervjuerna* från projektet "Den dubbla förhandlingssituationen". Via enkäten benas den strukturella aspekten upp, vilka mönster som kan skönjas och hur vanliga de är. Intervjuerna fyller funktionen att ge röst åt läkarnas egna föreställningar samt att underbygga de förklaringar som föreslås. Det framgår av texten när resonemanget bygger på enkätmaterial och när det bygger på intervjuet materialet.

Civilstånd

Majoriteten av läkarna är gifta eller sammanboende (i fortsättningen används uttrycket 'gifta').¹⁴ Generellt gäller att de yngre läkarna är gifta oftare än de äldre och fler manliga än kvinnliga läkare (90 procent av männen mot 77 procent av kvinnorna). Bland männen är det endast en marginell skillnad i de olika åldersgrupperna (drygt två procentenheter, ej signifikant), medan skillnaderna bland kvinnorna är markanta. Bland kvinnorna är runt 68 procent gifta i den äldsta åldersgruppen mot 88 procent i den yngsta (dessa siffror redovisas ej i tabell). Den skillnaden kan bero på både skilsmässor och partners död, men den är möjligen också uttryck för att de äldre kvinnorna varit ensamstående i högre utsträckning.

Helen Freys studie av kvinnliga läkare visade att varannan av de kvinnliga pionjärerna förblev ogifta och att giftermålsfrekvensen ökade successivt för de yngre åldersgrupperna.¹⁵ I det här materialet är könskillnaderna intressant nog utplånade i den yngsta åldersgruppen. I den följande diskussionen av hur civilstånd sammanhänger med olika faktorer får man hålla i minnet att de ensamstående är en grupp på drygt ett hundra personer sammanlagt (kvinnor n=55, män n=52) och att det bland männen rör sig om en relativt liten andel.

Barn och barnantal

Det är ovanligt att läkare är barnlösa. Endast 7 procent av männen i detta material är barnlösa (n=38) och 9 procent av kvinnorna (n=22). Barnlöshet är vanligare bland de äldre än bland de yngre. För kvinnornas del

¹⁴ Svarsalternativen i enkäten var gift/sammanboende och ensamstående. Vi var ute efter nuvarande familjeform och inte tidigare familjehistoria.

¹⁵ Frey 1980, s. 12.

är skillnaden mellan åldersgrupperna mycket liten medan den är märkbar bland männen. I den äldsta åldersgruppen är 11 procent av kvinnorna barnlösa mot 8 procent i den yngsta åldersgruppen (ej signifikant), medan motsvarande siffror för männen är 12 procent för den äldsta och 2 procent för den yngsta åldersgruppen (signifikant (***) siffrorna ej redovisade i tabell). Jämför man detta med Helen Freys resultat så visar sig att mycket fler har varit barnlösa tidigare - både män och kvinnor och könsskillnaderna mer utpräglade. Bland de äldre i hennes material var kvinnorna barnlösa *tre-dubbelt* så ofta som männen i samma åldersgrupp.

För de som har barn är genomsnittligt barnantal 2,6 för männen och 2,3 för kvinnorna.¹⁶ De äldre läkarna har fler barn i genomsnitt än de yngre. Tabell 9.1 visar genomsnittligt barnantal för män och kvinnor efter åldersgrupper.

Tabell 9.1. Genomsnittligt antal barn efter kön och åldersgrupper.#)

	Män	(n)	Kvinnor	(n)	Tot.
> 53 år	2,9	(130)	2,6	(35)	2,8
44-53 år	2,6	(205)	2,2	(105)	2,5
< 44 år	2,3	(162)	2,3	(76)	2,3
Alla	2,6	(497)	2,3	(216)	2,5

#) Signifikans för åldersgrupper (***), kön (**), interaktionen (*).

Mest framträdande i tabell 9.1 är att antalet barn minskar markant för de yngre männen, samt att i de yngre åldersgrupperna närmar könen sig varandra. Den tendensen bekräftas om man resonerar utifrån Freys och denna studie sammantaget. Det ligger utanför mitt avhandlingsområde att söka förklara dessa tendenser. Men utifrån mina frågeställningar är det en intressant tendens att manliga och kvinnliga läkare närmar sig varandra, inte minst mot bakgrund av att kvinnorna i ganska stor utsträckning håller jämna steg i karriären med de manliga kollegerna inom respektive specialitet som vi sett och att de inkräktar på en del mansdominerade specialistområden.

¹⁶ Svartalternativen för 'barn' var nominella variabler från 0 till 'fyra eller fler'. De som har fler barn än fyra kan därför vara något underskattade. När jag i det följande anger barnantal så baserar det endast på de som har barn.

Giftermålskombinationer - vem är man gift med?

Kvinnors familjeansvar har fått en stor skuld till deras situation på arbetsmarknaden. Den mest iögonfallande skillnaden i familjeförhållandena mellan kvinnliga och manliga läkare är den olika giftermålskombinationen. Helt riktigt har kvinnorna oftare än männen en partner med motsvarande eller högre yrkesposition än de själva. Så långt får teorier om kvinnors relativa underordning stöd. Betraktar man läkargruppen i enkätmaterialen som helhet så utgörs den största skillnaden av att 43 procent av de kvinnliga läkarna är gifta med en läkare, medan 23 procent av männen är gifta med kvinnliga läkare. Tabell 9.2 visar hur giftermålskombinationen ser ut för män och kvinnor.¹⁷

Tabell 9.2. Partners yrke efter kön. Procent.#)

	Män	Kvinnor	Alla
<i>Maka/make</i>			
Läkare	23	43	28
sjuusköterska	21	1	16
akademiker/tjänsteman	50	50	50
annat	6	6	6
Total	100	100	100
(n)	(472)	(182)	(654)

#) Signifikans (***)

Det finns dokumenterat att parbildning är vanlig inom sjukvården.¹⁸ Av tabell 9.2 framgår att lite mindre än hälften av både manliga och kvinnliga läkare har en partner inom sjukvården och därför en gemensam yrkeshorisont. Den skillnad som framgår av enkätmaterialen mellan manliga och kvinnliga läkare framträder mycket klart i *intervjumaterialet*. Följande citat av en kvinnliga läkare som beskriver sina kvinnliga kollegers partners är illustrativt i sammanhanget:

Jag har en kvinnlig kollega vars man är professor, hon är äldre... sen har jag en manlig kollega vars hustru är läkare, sen har jag en kvinnlig kollega som är skild från sin man som var läkare. Sen var det en som slutade hos oss, hennes man var också läkare. Men... de andra tjejerna är ju också gifta

¹⁷ Med tjänsteman avses TCO-gruppen. I gruppen 'annat' ingår arbetare, studerande och en liten odefinierad grupp 'annat'.

¹⁸ Se exempelvis "Sjukhusmiljön är oerhört flirtig" i LandstingsVärlden 14/95. Där framgår att det vanligaste paret inom vården är läkare - sjuusköterska och därefter vanligast är läkarparet. I artikeln framgår att läkarparet är det vanligaste av par i samma yrkesgrupp.

med killar som har ganska hektiska arbeten också. Så det är ju männen som är gifta med kvinnor som har mindre att göra än vad männen har i allmänhet. (Ur intervjumaterialet).

Läkarparet - en resurs

Med undantag av Rapoport har det mest resonerats om de negativa effekterna av tvåkarriärfamiljen, särskilt för kvinnor. När det gäller läkarparet så kan det förutom andra påfrestningar innebära långa och oregelbundna arbetstider för de båda makarna. Helen Frey fann att de kvinnor som levde i läkarpar hade fler barn än de som inte levde i läkarpar, i alla åldersgrupper.¹⁹ Trots detta framgår det tydligt av vårt *intervjumaterial* att läkarna själva anser det vara en resurs att vara gift med en läkare, detta gäller i synnerhet kvinnorna.²⁰ För de unga läkarna - som känner en osäkerhet inför sitt arbete - anses det nästan enbart som en fördel att partnern även är läkare som delar de dagliga arbetsförhållandena. Man kan prata av sig och få stöd hemma vilket man inte alltid hinner på jobbet. Partnern utgör ofta det största stödet. Följande citat av en kvinnlig biträdande överläkare i *intervjumaterialet* får illustrera detta:

Ibland när jag kommer hem, så tycker jag att man kanske upplever saker på ett visst sätt och då undrar man om det är konstigt det sättet som man har uppfattat sakerna på. Eller man har reagerat på ett visst sätt över en viss situation, det kan man inte prata med sina kolleger om, det hinner man inte göra på jobbet så direkt. Ofta tycker jag att man stämmer av det hemma och säger 'nu tyckte jag så och så, vad säger du om det?'. Det är ju liksom ens bästa kompis man har hemma, man får vård och man behöver ju ibland diskutera den här situationen. (Ur intervjumaterialet).

Även om fördelarna med läkarparet framstår som mycket klara för kvinnorna i *intervjumaterialet* och de uppehåller sig längre vid de aspekterna än männen, så förmedlar även männens berättelser det positiva i att vara gift med en kollega. Äktenskapet blir den trygghet som krävs för att genomföra ett tungt arbete, partnern är förstående och ger det emotionella och intellektuella stöd som många saknar i arbetet.

¹⁹ Frey 1980, s. 15.

²⁰ Detta kommer klarast till uttryck bland de yngre läkarna som intervjuades inom projektet "Den dubbla förhandlingssituationen" där en stor del just levde i läkarpar.

Att familjen utgör ett stöd framgår i andra studier,²¹ men eftersom fokus har varit på mäns och kvinnors olika villkor samt på familjelivet som ett *hinder* för kvinnor har man inte gjort en poäng av det. Vår tolkning i projektgruppen 'Den dubbla förhandlingssituationen' av *intervjuerna* är att när de båda makarna har en lång akademisk utbildning så blir det vanligt att de *jämför sig mer med varandra*, än med andra av sitt eget kön. Resultatet kan vara dispyter om arbetsdelningen och en kamp om tiden. Men samtidigt finner vi en tendens till att i familjer där makarna har en inblick i varandras arbetsituation, är kolleger eller har en gemensam yrkeshorisont, medför det större förståelse, stöd och respekt för varandras arbete och karriär.²² För att bringa en klarhet i resonemanget vill jag gärna illustrera motsatsen. Följande citat är hämtat från en kvinnlig läkare vars man haft olika jobb på toppnivå inom det privata näringslivet: ...

Jag tycker att jag har fått en uppmuntran från min man - eller rättare sagt är det så här: han har teoretiskt sett uppmuntrat mig att göra det här, när det väl kommit till kritan har det blivit klagomål. Så i princip tycker han väl att det är tur att jag har ett yrke som är bra och så, men att det påverkar vårt liv så som det gör, det tycker han inte om. (Ur intervjumaterialet).

Och utifrån hennes partners perspektiv..

Hon fick ganska snabbt för sig att hon skulle plugga medicin. Det stöttade jag då, naturligtvis. [...] Under de sista fyra åren har jag varit mer negativ än tidigare därför att resultatet av vad läkaryrket skulle innebära var helt annat än vad jag trodde och säkert omvärlden också. Och idag är det ett väldigt bekymmersamt jobb egentligen, med stort ansvar, ett skitjobb egentligen är det. (Ur intervjumaterialet).

Ett annat mycket illustrativt citat hämtas från en framgångsrik kvinna i toppjobb. Hon klagar på makens (en läkares) bristande insyn i hennes jobb, som gör att han inte kan stötta henne i tider av påfrestningar. Så här berättar hon:

²¹ Roman 1994, s. 218, Kvande & Rasmussen 1990, s. 87.

²² I Göteborgsposten 21. april 1994 är en intervju med en läkare och en sjuksköterska där liknande tankegångar presenteras ("Jobb som väcker heta känslor"). Paret anser sig ha lika värderingar och intressen, och att lätt kunna relatera till varandra eftersom de har insikt i varandras yrken.

...det [jobbet] är inget han har varit med om. Han har inte sett det, han är ju inte med mig på jobbet. Han förstår inte riktigt vad jag gör. Han har liksom aldrig satt sig in i det riktigt vad det är för något. (Ur intervju materialet).

Läkarparet vs 'läkaren - sjuksköterskan'

Jämför man läkarpar med giftermålskombinationen manlig läkare - kvinnlig sjuksköterska framgår av tabell 9.2 att det är *minst lika vanligt att* manliga läkare totalt sett är gifta med en läkare (23 procent) som med en sjuksköterska (21 procent). Det är ett intressant förhållande eftersom det kolliderar med en utbredd föreställning om manliga läkares fruar. En granskning visar att läkarparet varit vanligt i alla tre åldersgrupperna och att det alltså inte heller varit ovanligt bland äldre läkare. Detta framgår mycket tydligt av vårt *intervjumaterial*; flera av våra intervju personer har föräldrar som *båda* var läkare.²³

Hur vanlig är då konstellationen manlig läkare - kvinnlig sjuksköterska? Det finns uppgifter på att den är det vanligaste paret inom vården, vilket har förklarats av den 'erotiserade atmosfären' inom sjukhusvärlden som i synnerhet anses prägla relationen mellan läkare och sjuksköterskor.²⁴ Som framgår av tabell 9.2 är den även ganska vanlig i mitt material, men där visar det sig att bland männen är läkarparet *minst lika vanligt* eller vanligare än läkaren - sjuksköterskan. Den tendensen består när materialet granskas efter åldersgrupper.²⁵ Intressant nog stöder Helen Freys studie i stort sett dessa resultat. Andelen kvinnliga läkare som lever i läkarpar är 41 procent i hennes studie. Bland de äldre männen var något fler gifta med sjuksköterska än med läkare (20 procent mot 12 procent) men för de yngre männen (yngre än 40) vände förhållandet och 11 procent var gifta med läkare mot 9 procent som var gifta med sjuksköterska.²⁶

De *skillnader mellan åldersgrupper* som ofta antas när det gäller läkares - särskilt manliga läkares - familjeförhållanden förefaller inte särskilt stora. Läger man ihop de manliga läkare som är gifta med läkare *och* annan akademiker ligger andelen runt 40 procent i alla åldersgrupper. Läger man ihop de kvinnor som är gifta med läkare *och* aka-

²³ Dessa intervju personer var både läkare och makar till läkare. Det framgick inte i alla intervjuerna vilket yrke föräldrarna hade så det kan röra sig om fler.

²⁴ Se "Sjukhusmiljön är oerhört flirtig" i LandstingsVärlden 14/95.

²⁵ Detta varierar lite efter åldersgrupper; för åldersgruppen i mitten är läkaren - sjuksköterskan vanligare än läkarparet, för de yngsta ökar läkarparet återigen och där är de båda parkonstellationerna lika vanliga.

²⁶ Frey 1980, s. 42.

demiker varierar andelen från 65 till 71 procent (ingen entydig tendens).²⁷

I *intervjumaterialet* framstår bilden av den traditionella hemmafrun som något av en överdrift, inte minst hos de läkare som har någon eller båda föräldrarna i läkaryrket. Intervjuerna ger snarare intrycket av en traditionell borgerlig livsform; informanterna berättar om hembiträden (någon berättar om flera på en gång). Vissa av intervjuerna återspeglar snarast en modernistisk livsstil, där föräldrarna hållit jämna steg i karriären. Följande citat av en sjuksköterska (maka till en manlig läkare) illustrerar det sistnämnda ganska bra. Föräldrarna var läkare och hon berättar hur de bägge två - med sina sex barn - hela tiden varit ganska jämställda i sin karriär:

De kom till xx som underläkare bägge två.. [...] Sen började han som kirurg innan han blev ortoped och mamma började på ögon. Sedan krävde man då tre års universitetstjänstgöring och då flyttade vi upp till xx. Sedan flyttade vi tillbaks till xx och då blev de ganska samtidigt biträdande överläkare, ganska omgående och sedan blev de överläkare bägge två med några månaders mellanrum. (Ur intervjumaterialet).

Det går inte att utifrån detta material avgöra *hur vanligt* det varit för männen att ha den stöttande hemmafru som befriat dem från familjeansvar som andra har så rikligt dokumenterat,²⁸ eller i hur stor utsträckning manliga läkare har haft en partner som har haft ett mer flexibelt yrkesliv och till honom anpassat yrkesliv.²⁹ Att de unga manliga läkarna lever i förhållanden som präglas av kvinnors relativa underordning, där kvinnorna väntas stå tillbaka och anpassa sig till deras män behöver nyanteras eller specificeras.

Hos de manliga läkarna ser vi visserligen en viss inkongruens i klassposition, där kvinnan har en utbildning men inte samma typ av krävande jobb som partnern. Men bilden av den relativa underordningen i form av kvinnors underordnade klassposition är överdriven; idealtypen 'läkaren - sjuksköterskan' är inte vanligare än läkarparet i detta material. Tvåkarriärfamiljen verkar vara ett ganska vanligt fenomen för de man-

²⁷ Detta blir resultatet när tjänstemän och akademiker i tabell 9.2 slås ihop (ej redovisat i tabell).

²⁸ Se exempelvis Andersson 1993, Billing 1991, Hochschild, Arlie & Machung, Anne, 1989, *The Second Shift. Working Parents and the Revolution at Home*. Piatkus London 1989, Juliusdóttir, Sigrun, 1993, *Den kapabla familjen i det isländska samhället. En studie i lojalitet, äktenskapsdynamik och psykosocial anpassning*. Göteborgs universitet, institutionen för socialt arbete. Göteborg.

²⁹ Lindgren 1992, s. 49.

liga läkarna och inget som först blivit aktuellt för de yngre åldersgrupperna.

Familjen och arbetet

I det följande ska vi se närmare på samspelet mellan familjen och arbetet för läkarna i mitt material. Jag har i kapitel 6 och 7 presenterat fördelning både på hur arbetsplatser och arbetstid³⁰ sammanhänger med specialitet. Här ska ytterst kort diskuteras hur arbetsplats och arbetstid varierar efter civilstånd. Det framhålls ofta att *öppenvårdspraktik* är ett alternativ för kvinnor för att kombinera yrkesliv och familjeliv. Den fråga som är rimlig att ställa här är om det är vanligare att de gifta kvinnliga läkarna arbetar inom den öppna vården än de ensamstående kvinnliga läkarna.

Fler män än kvinnor totalt arbetar inom den slutna vården som redan framgått och vidare är det vanligare att männen arbetar på universitetssjukhus än kvinnorna. Om tesen om att kvinnor väljer öppenvårdsarbete för familjens skull stämmer är det rimligt att förvänta sig att det företrädesvis är gifta kvinnor som arbetar där. Genomgången visar emellertid att det är ingen signifikant skillnad i civilstånd mellan de kvinnor (29 procent) som arbetar inom den öppna vården och de kvinnor som arbetar på sjukhus (ej redovisat i tabell). Något färre gifta kvinnor än ensamstående arbetar på sjukhus (57 mot 60 procent, ej signifikant), medan gifta kvinnor är tredubbelt fler på universitetssjukhus än ensamstående.

Som vi såg i kapitel 7 skiljer sig arbetstiden för män och kvinnor i termer av heltids- respektive deltidsarbete i att 96 procent av männen mot 81 procent av kvinnorna arbetar heltid. Dessa siffror sammanhänger mycket lite med civilstånd. Av de gifta kvinnorna arbetar 80 procent heltid mot 86 procent av de ensamstående (skillnaden ej signifikant). Bland männen är skillnaden i arbetstid marginell efter civilstånd: 96 procent av de gifta arbetar heltid mot 94 procent av de ensamstående (siffrorna ovan ej redovisade i tabell). Det har även framgått tidigare att arbetstiden varierar med specialitet och arbetsplats. Vi kan kort erinra oss om arbetstiden: Överlag är det en systematisk skillnad på mäns och kvinnors arbetstid inom alla specialistområden utom den kvinnotäta lågstatusgruppen (psykiatri, allmänmedicin och geriatrik) där *både* män och kvinnor har en avsevärt lägre arbetstid än de andra. Vi såg vidare att det

³⁰ Begreppet arbetstid har två olika aspekter i texten. Den ena är heltid vs deltid. Den andra är antal arbetstimmar där läkarna i enkäten uppgett arbetstiden en särskild vecka enligt jourschablonen.

var arbetsplatstillhörighet som starkast differentierade arbetstiden och den överskuggade skillnaderna mellan könen.

Denna starka förbindelse som arbetstiden har till arbetsplatser framgår mycket tydligt i vårt *intervjumaterial* där de flesta läkarna ser det som en orimlighet att arbeta deltid - i synnerhet som sjukhusläkare. Intressant nog anser de flesta läkarna att det i synnerhet gäller den egna specialiteten. De som har velat jobba deltid berättar att de haft avskräckande exempel. Man får jobba mer än deltiden utan betalning och de deltidsarbetande ses över axeln och riskerar att marginaliseras. Den enda möjligheten till deltid är att byta till något 'distriktsläkaraktigt', som det gärna uttrycks, men - som en av vår kvinnliga informanter, en sjukhusläkare med två barn - säger, så är det inte alltid attraktivt:

Jag vill ju jobba på sjukhus, men det vill inte min man och min familj, och det innebär att jag skulle behöva sätta mig på någon mottagning och ha mottagning hela dagarna och det känns oerhört motigt. Men jag får fundera på det just för att få bättre tid hemma. (Ur intervjumaterialet).

I enkätaterialet kan variationen i arbetstid för männens del (i termer av deltid och heltid) inte bli stor eftersom en majoritet av dem arbetar heltid. En svag tendens som gör sig gällande i enkätaterialet kan nämnas och den är att andelen heltidsarbetande män är *under* genomsnittet bland allmänläkare och *över* genomsnittet bland kirurger (mellan dessa är det skillnad på tio procentenheter, ej signifikant). Detta stämmer emellertid ganska bra överens med läkarnas egna *uppfattningar* så som de kommer till uttryck i *intervjumaterialet*.

Något överraskande så finns inget samband mellan arbetstid (i termer av heltid och deltid) och antal barn, vare sig bland män eller kvinnor. Skillnaden i barnantal bland heltidsarbetande och deltidsarbetande kvinnor är marginell (2,1 mot 2,2 i genomsnitt, ej signifikant). Tabell 9.3 visar att praktisk taget ingen skillnad heller finns när arbetstid (i termer av arbetstimmar per vecka) granskas efter antal barn.

Tabell 9.3. Genomsnittlig arbetstid i veckan för heltids- och deltid arbetande män och kvinnor efter antal barn. Procent. (Ej signifikant).

	K v i n n o r		M ä n	
	Heltid (n)	Deltid(n)	Heltid (n)	Deltid (n)
Inget barn	50,2 (19)	30,3 (3)	53,4 (36)	0 (1)
Ett barn	48,9 (28)	39,1 (7)	54,9 (39)	9,0 (1)
Två barn	49,0 (87)	34,6 (15)	54,1 (197)	34,8 (6)
Tre barn	48,8 (39)	35,8 (12)	53,1 (156)	35,0 (9)
Fyra o fler	52,4 (16)	31,5 (4)	55,8 (78)	26,4 (5)
Tot.	49,3 (189)	35,1 (41)	54,0 (506)	30,2 (22)

Arbetsplatstillhörighet visar sig inte heller ha något samband med antal barn, vare sig för män eller kvinnor (ej redovisat i tabell). En konklusion av denna genomgång är att arbetsplatstillhörighet och arbetstid varierar med specialistområde. Däremot saknar familjeförhållandena och barnantal samband med arbetstid och arbetsplatstillhörighet. Min tolkning är att arbetsplatstillhörighet, arbetstid och specialitet fungerar som demarkationer när det gäller kön, jfr diskussionen i kapitel 6 och 7, men att tesen om kvinnors familjeförhållanden styr deras val eller handlande inte får ett stöd i detta sammanhang.

Partners arbetstid - doktor med markservice?

Som förväntat har en överväldigande majoritet av de kvinnliga läkarna en heltidsarbetande partner - mellan 78 procent i den äldsta och 88 procent i den yngsta åldersgruppen. Arbetstiden för de manliga läkarnas partners varierar däremot mycket mer mellan åldersgrupper. Tabell 9.4 visar arbetstidsmönstret för manliga läkares makar efter åldersgrupper.

Tabell 9.4. Arbetstid för de manliga läkarnas partner efter åldersgrupper. Procent.#)

	Deltid	Heltid	Ej yrkesarb.	Total
> 53 år	29	58	13	100
44-53 år	40	59	2	100
< 44 år	49	41	10	100
Alla	40	52	8	100
(n)	(194)	(254)	(37)	

#) Signifikans (***).

Mest framträdande i tabell 9.4 är hur förhållandet mellan heltids- och deltidssamarbetande partner varierar. Deltidsarbete är vanligast hos de yngsta. I de två äldre åldersgrupperna är det *fler* partner som är heltids- än deltidssamarbetande. Ganska få manliga läkare i enkätmaterialen har en partner som ej yrkesarbetar, minst vanligt är det i den mittersta åldersgruppen. Det kan vara olika skäl till att de 'ej yrkesarbetande' makarnas andel är högre bland de yngsta och de äldsta. Det kan dels tyda på att de manliga läkarnas fruar anpassat sin arbetstid till barnens olika faser, och dels kan den vara uttryck för generationsväxlingar när det gäller gifta kvinnors yrkesdeltagande. Hur mycket generationsväxlingar svarar för och hur mycket som är uttryck för olika faser i behovet av barnomsorg går inte att avgöra utifrån materialet. I Helen Freys studie hade 13 procent av de äldre männen en hustru som var hemmafru mot 6 procent av de yngre (yngre än 40 år).³¹

För de manliga (men ej de kvinnliga) läkarna sammanhänger makans arbetstid med hur många barn de har. Ju fler barn de har, desto vanligare är det att maken arbetar deltid, det gäller även när det granskas efter åldersgrupper.³² För de läkare som har en partner som ej yrkesarbetar, varierar barnantal högst avsevärt - i de båda åldersgrupperna (granskat efter 'yngre' och 'äldre'). Det verkar därför vara dels ålder, dels barnantal som bestämmer hur arbetstiden för manliga läkares makar ser ut.

Familjeförhållanden i relation till formella kvalifikationer

Som framgick av kapitel 8 så är närmare sex av tio män disputerade mot tre av tio kvinnor. Det kan vara intressant att se om de disputerades familjesituation ser annorlunda ut än de odisputerades. Är det vanligare att de disputerade är ensamstående än de icke-disputerade och finns det skillnader mellan könen? Bland männen är det ingen skillnad efter civilstånd; 58 procent av både gifta och ensamstående är disputerade, medan fler ensamstående kvinnor än gifta är disputerade (35 mot 27 procent, ej signifikant). Delat upp i två åldersgrupper ('yngre' och 'äldre') visar sig att skillnaden mellan gifta och ensamstående kvinnor utdras bland de yngre kvinnorna (siffrorna ej redovisade i tabell).

Man kan fråga sig på vilket sätt formella kvalifikationer sammanhänger med olika *äktenskapskonstellationer*. Det kan förefalla rimligt att

³¹ Frey 1980, s. 42.

³² Granskat efter 'yngre' (yngre eller lika med 45 år) och 'äldre' (äldre än 45 år). Signifikant för de yngre läkarna (*) men ej för de äldre.

läkarparet är en ogynnsam förutsättning för att satsa på en vetenskaplig karriär - med tanke på de belastningar det medför att båda makarna är underställda läkarjobbets villkor med långa arbetstider och jurer. Granskar man läkarparen efter formella kvalifikationer dekonstrueras emellertid ytterligare den klassiska bilden av läkarna. Det visar sig att disputerade kvinnor *inte* är färre i läkarpar än i andra äktenskapskombinationer.³³ Detta innebär att ett *läkaräktenskap* för kvinnliga läkare inte alls behöver hindra deras eventuella forskarkarriär (utan kan t o m befrämja den).

I kvinnornas fall hänger *partnerns arbetstid* inte samman med huruvida de är disputerade eller inte. För männen framträder däremot ett intressant mönster. Jag har redan konstaterat att för manliga läkare sammanhänger partners arbetstid med mannens ålder och barnantal. Det pekar på att partner till manliga läkare har anpassat sig till barnomsorgen i olika perioder, fast på olika sätt i olika åldersgrupper. När detta granskas efter formella kvalifikationer, så visar det sig att disputerade män i alla åldersgrupper minst *lika ofta* har en heltidsarbetande partner som odisputerade.³⁴ Här finns inte möjlighet att granska den djupare innebörden av detta förhållande men det kan tyda på att mannens karriär befrämjar snarare än hindrar kvinnans karriär.

Huruvida man är disputerad eller inte saknar samband med kvinnors *barnantal* men sammanhänger däremot med barnantal för mannens del. Disputerade män i alla åldersgrupper har *fler* barn än odisputerade män, vilket framgår av tabell 9.5.

³³ En kort sammanfattning av tendenserna som ej finns redovisade i tabell: Ungefär tre av tio kvinnor är disputerade, något större andel av de ensamstående än av de gifta som framgått (35 procent mot 27 procent). Bland de *gifta* kvinnorna är de disputerade något överrepresenterade i läkarparen jämfört med andra parkonstellationer (32 procent mot 24 procent). Dessa skillnader är inte signifikanta men ger en fingervisning om tendenser.

³⁴ När tabell 9.4 'Arbetstid för de manliga läkarnas partner' granskas efter formella kvalifikationer, (redovisas ej i tabell) visar sig att disputerade män *oftare* har en heltidsarbetande maka än odisputerade. Skillnaderna är ej signifikanta för någon av åldersgrupperna, men däremot är skillnaden *systematisk* och det finns *inga avvikande celler*.

Tabell 9.5. Genomsnittligt antal barn för manliga läkare, efter formella kvalifikationer och åldersgrupper.#)

	Disputerade		Odisputerade		Tot.
>53 år	2,9	(102)	2,6	(28)	2,9
44-53 år	2,7	(129)	2,5	(76)	2,6
<44 år	2,4	(70)	2,3	(92)	2,3
Totalt	2,7	(307)	2,4	(199)	2,6

#) Signifikans för formella kvalifikationer (*), för åldersgrupper (***)

Familjeförhållanden relaterade till specialiteter

Vi ska nu övergå till att se hur familjeförhållandena relaterar till specialitet. Det framgår av kapitel 6 och 7 att specialistområde har stor betydelse för arbetskarriären. Karriären är systematiskt snabbare inom vissa områden och det gäller för båda könen. Den intressantaste frågan när det gäller familjesituation och specialitet är om de gängse föreställningarna om de familjevänliga specialiteterna avspeglar sig i faktiska förhållanden. Det finns en mycket stark diskurs - både inom läkarkåren, inom sjukvårdssystemet och bland allmänheten - om hur lätta eller svåra de olika specialiteterna är att kombinera med familjeliv (jfr not 13). I denna familjediskurs anses i synnerhet allmänmedicinen vara familjevänlig, men även geriatrik och psykiatri. Kirurgiska specialiteter betecknas som icke-familjevänliga. Detta kommer mycket klart till uttryck, både direkt och indirekt i vårt *intervjumaterial*. Så här beskriver en allmänmedicinare sitt val av specialitet som inträffade ungefär samtidigt som han fick sitt första barn:

Jag var pappaledig ungefär ett halvår med pojken som är äldst. Det var i början och på något sätt var det ett vägval i karriären när jag bestämde mig för att bli allmänläkare och så tänkte jag att jag ska ändå bli det, så får jag börja med ett halvårs föräldraledighet [...] Nej, hade jag fortsatt på medicin, som var min sista stora kontakt med den slutna vården, så hade jag nog inte varit pappaledig ett halvår inte. Där är det liksom mer karriär, det ska hända saker... Det är en skillnad. (Ur intervjumaterialet).

Det behöver givetvis inte påpekas att kvinnor och män får barn och tar föräldraledighet även inom internmedicin. Det som denne läkare hänvisar till är snarare kulturen, förväntningar och föreställningar, den diskursiva aspekt som är så starkt närvarande i läkarnas berättelser. Därför

är det intressant att granska hur specialitet *egentligen* hänger ihop med de familjeförhållanden som redovisats ovan. Stämmer uppfattningarna överens med de faktiska förhållandena? Har allmänläkare fler barn än andra specialister? Återfinns gifta kvinnor mer sällan i specialiteter som anses 'tunga'?

Ett generellt problem när materialet granskas efter specialitet är att det blir ganska tunt, särskilt när det gäller kvinnorna. I stor utsträckning sammanfaller diskursen om familjevänliga specialiteter (se not 13) med ytterligheterna i min genomgång av arbetskarriärerna ovan. Men eftersom både indelningen i kvinnotäta och manstäta specialistområden, liksom indelningen i fem specialistområden ibland osynliggör viktiga aspekter, inte minst inom kvinnogruppen, resonerar jag likväl med hänvisning till specialiteter ibland. När åldersgrupper granskas används en dikotomi när materialet inte tål att indelas i tre. I annat fall granskar jag effekter av specialiteten med bakgrund av genomsnittsåldern för specialiteterna.

I stort sett verkar specialitet inte ha samband med *civilstånd*, skillnaderna är små när olika faktorer konstanthålls. De yngre är, som framgått, oftare gifta än de äldre och könen närmar sig varandra när det gäller civilstånd. Med avseende på specialitet så gör sig åldersfaktorn gällande bland kvinnorna genom att fler kvinnor är gifta i specialiteter där genomsnittsåldern är låg (fler yngre kvinnor är gifta). Bland männen är skillnaden mellan specialiteter låg, bl a beroende på att ålderns inverkan på civilstånd är mycket mindre än bland kvinnorna.

Det är dock intressant att de små variationer som finns mellan specialiteter motsäger de gängse föreställningarna (ej signifikanta skillnader, redovisas ej i tabell). De kvinnor som *oftast* är ensamstående är exempelvis psykiater, men psykiatrin betraktas ju som en 'familjevänlig' specialitet. Likaså är små skillnader mellan specialiteter bland männen, men intressant nog är allmänläkare *längst* under genomsnittet för gifta män (85 procent mot genomsnittet på 90 procent, ej redovisat i tabell). Det kan erinras i sammanhanget att i kapitlet 6 där specialitetsval diskuterades fanns inte heller något samband mellan familjeförhållanden och ändrat val av specialitet.

I linje med ovanstående verkar specialitet ha liten om ens någon relation till *partners yrkesposition*. Ser man till vilka som är gifta med en läkare, så såg vi ovan att 43 procent av kvinnorna levde i läkarpar. Av enskilda specialiteter är läkarparet vanligast bland kvinnliga kirurger. Den gruppen är mycket liten och det bör därför inte övertolkas. Det är en svag tendens till att kvinnorna som arbetar inom manstäta specialiteter

(kirurgi, manstätt medicin och lab.specialiteter) oftare lever i läkarpar än de andra.³⁵

När det gäller *makas arbetstid* för de manliga läkarna, så är en deltid arbetande eller ej yrkesarbetande partner vanligast förekommande hos män som arbetar inom psykiatri, geriatrik och allmänmedicin som alla anses familjevänliga specialiteter (signifikant (*), ej redovisat i tabell). Det kolliderar definitivt med familjediskursen. För övrigt verkar makas arbetstid mer relaterad till ålder och barnantal än till specialitet eller specialistområde.

Av männen är 7 procent *barnlösa* mot 9 procent av kvinnorna som framgått. Relaterat till specialitet visar det sig att manliga anestesioleger och gynekologer är överrepresenterade bland de barnlösa, liksom kvinnliga psykiater och geriatriker (ej signifikant, ej redovisat i tabell). Psykiatrin anses familjevänlig specialitet, den är kvinnotät och den tillhör den grupp specialiteter som har det minst krävande arbetstidsmönstret (med hänsyn till övertid, jourtyngd och möjligheter att återhämta sig) enligt en aktuell rapport om läkares arbetsvillkor.³⁶

Barnantal (bland dem som har barn) varierar något efter kön och specialitet. Barnläkarna är den grupp män som har flest barn, men även manliga psykiater och kirurger har barn över genomsnittet. Anestesiologerna är de som har minst barn bland män. Kvinnliga barnläkare är också den grupp bland kvinnorna som har flest barn, därefter kommer kvinnliga geriatriker. Den slutsats denna översikt ger är att det är mycket lite som tyder på att specialitet hänger på något sätt samman med barnantal, var sig för män eller kvinnor. Vi såg ovan att makas arbetstid och barnantal sammanhänger starkt för männens del. Inget tyder på att specialitet eller specialistområde har någon betydelse i det sammanhanget.

Sammanfattande diskussion

Vad kan man dra för slutsatser utifrån denna genomgång om hur arbetet och familjen hänger ihop? Min genomgång i detta kapitel resulterar i ifrågasatta schablonbilder. Läkarparet är mycket vanligare än paret läkaren - sjuksköterskan; likaså är det förväntade mönstret av de manliga läkarna med yrkesmässigt flexibla och fogliga fruar något av en

³⁵ 56 procent av kvinnorna inom manstätt specialiteter mot 40 procent av kvinnorna inom kvinnotätt specialiteter lever i läkarpar. Skillnaden är nära att vara signifikant (på 10 procent nivå).

³⁶ Hellström 1993, s. 47.

överdriven konstruktion.³⁷ Tvåkarriärfamiljen och i synnerhet läkarparet är vanligt förekommande i alla åldersgrupper.

I sin studie av kvinnliga läkare i Norge försökte Lindahl och Killi avläsa hur familje- eller barnvänlig en specialitet är utifrån genomsnittligt antal barn.³⁸ Den argumentationen har brister enligt min mening och jag har istället arbetat utifrån en distinktion mellan begreppets diskursiva och objektiva aspekter. Jag ställt dessa två mot varandra för att se huruvida diskursen går att spåra i objektiva förhållanden i familjelivet. Min genomgång visar överlag att det är mycket lite - om något - som tyder på att familjeförhållanden och specialitet hänger samman. Det specialistområde de kvinnliga läkarna arbetar inom saknar samband med deras civilstånd och barnantal. Ingenting tyder på att de kvinnor som arbetar inom 'familjevänliga' specialiteter oftare har familj eller fler barn än andra. Skillnaderna är små (och ej signifikanta), men om något så pekar de snarare i motsatt riktning. Inte heller verkar val av 'familjevänlig' specialitet ge utfall för männens familjeförhållanden. *Tesen att vissa specialiteter är lättare att kombinera med familjeliv än andra avsätter sig inte i faktiska förhållanden.*

Det är sedan en helt annan sak om läkare i olika specialiteter får betala olika högt pris för att kombinera familjeliv och yrkesliv. Det är mycket möjligt att så är fallet. Vi såg mycket tydligt i *intervjumaterialet* att variationen är stor i hur man delar på arbetet hemma. En amerikansk undersökning visar att kvinnor - även kvinnor i karriäryrken - uppskattningsvis har en månads 'merarbete' om året i hemmet relation till deras makar.³⁹ Vi såg i *intervjumaterialet* att många av läkarfamiljerna löste motsättningen mellan yrkesliv och familjeliv med köpta tjänster, men vi kunde *inte* se att det varierade med specialitet.

Intervjumaterialet föranleder att frågan om specialiteternas familjevänlighet måste nyanseras något. I våra *läkarintervjuer* framgår att tidspressen är mest utpräglad på vårdcentralerna och den har läkarna liten kontroll över. Därtill kommer arbetsuppgifter som snabbt rutiniseras, isolering och ensamhet samt brist på stöd och utbyte med kollegor.

I den ovan anförda studien om läkarnas arbetsvillkor är det bland *allmänmedicinare* och *psykiatrer* som andelen psykiskt trötta och nedstämda är högst, trots att dessa har mindre krävande eller hyfsat arbets-

³⁷ Jfr exempelvis Haavind 1985, Lindgren 1992.

³⁸ Lindahl og Killi 1984, s. 76f.

³⁹ Hochschild 1989.

tidsmönster.⁴⁰ I studien hade man förväntat sig att krävande arbetstidsmönster (med mycket övertid och jour samt få möjligheter till återhämtning) skulle medföra ökad fysisk och psykisk trötthet, och i förlängningen återkommande perioder av trötthet och slitenhet. Den hypotesen bekräftades således inte.⁴¹ Denna paradox ser vi mycket tydligt i *läkarintervjuerna*: en specialitet med relativt lite jourbörda, ordnade arbetstider och möjligheter till deltid, kan kräva ett högre pris i form av stress, bristande möjligheter att påverka arbetet och i längden trötthet och utbrändhet. Själva frågeställningen om familjevänlighet måste därför preciseras och nyanseras.

Ett annat resultat av denna genomgång är att formella kvalifikationer, d v s huruvida man är disputerad eller inte, inverkar på samspelet mellan familjen och arbetet på ett oväntat sätt. Disputerade män har oftare en heltidsarbetande partner än odisputerade, trots att de har fler barn - i alla åldersgrupper. Vi såg en svag tendens till att de disputerade är överrepresenterade bland dem som lever i läkarpar. Det är således inte givet att ett äktenskap med en läkare *hindrar* en kvinnlig läkares karriär, det finns mycket som tyder på att det t o m kan befrämja den.

Detta förhållande illustreras ganska tydligt i *intervjumaterialet* där läkare ser det som en resurs att vara gift med en läkare. Vi har utifrån *intervjumaterialet* explicit lyft fram ett konsensusperspektiv inom läkarparen (ömsesidig respekt och förståelse för varandras arbete), men det betyder emellertid inte att de är konfliktfria. Det förekommer där, liksom i andra parkonstellationer konflikter om exempelvis hushållsarbete, en kamp om tiden, dispyter om arbetsdelningen. De konflikterna verkar dock inte utesluta makens stöd när det gäller deltagande i yrkeslivet.⁴² Makar som delar varandras arbetssituation (är kolleger) eller känner till och förstår varandras arbete framstår i vårt *intervjumaterial* som mer stöttande än de andra när det gäller arbetet.

Det är en spännande och intressant fråga hur dessa tendenser - som i enkätaterialet och intervjumaterialet pekar åt samma håll, ska tolkas. Anne Kathrine Nore, som har intervjuat samtliga kvinnliga allmänkir-

⁴⁰ Hellström 1993, s. 37, 104. Samma framgår av en finländsk arbetsmiljöenkät bland läkare som genomfördes 1988. Se not 8.

⁴¹ Hellström 1993, s. 51.

⁴² Konflikter i familjelivet är ett forskningsområde för sig som jag inte går in på. Jag är tacksam mot Ulla Björnberg som gjort mig uppmärksam på att familjekonflikters innebörder kan vara mer komplexa än vad man vid första ögonkastet kan förledas att tro. Hennes forskning visar att familjekonflikter sammanhänger med olika faktorer i arbets- och familjeliv, se Björnberg, Ulla, 1994b, "Hur påverkas psykisk hälsa av arbete och familjeliv?" i *Socialvetenskaplig tidskrift* 2-3/1994. Jag kan dock inte se att mina resultat bestrider hennes forskning.

urger i Norge, bekräftar det stöd som kvinnliga läkare uppger av att vara gifta med en kollega. Hon fann att bland hennes intervjuade kvinnliga kirurger är det ingen skillnad i familjeförhållanden mellan dem som gör en akademisk karriär och de som inte gör det.⁴³

Men Nores tolkning av läkarparet och det stöd kvinnorna uppger skiljer sig från min. Hon menar att genom att ha "in-house-expertise" får kvinnorna den 'förtrolighetskunskap' som andra kvinnliga läkare saknar; de får kunskap om informella regler, om de metaregler som gäller för att överkomma de osynliga barriärerna och få inträde i den manliga gemenskapen. Hennes resonemang har vissa likheter med Lindgrens beskrivningar av läkarkulturen som en 'koopteringskultur'. Lindgren beskriver den som en urvalsprocess baserad på vissa sekundära karaktäristika som måste vara uppfyllda för att få inträde i gemenskapen, varav kön är ett.⁴⁵

Denna problematik rör centrala aspekter i vilka empiriska frågeställningar man fokuserar och hur empiriskt material ska tolkas. Jag vill ansluta den till min teoretiska diskussion i kapitel 3 (den könsteoretiska diskussionen). Enligt mitt sätt att se resonerar Nore utifrån ett köns- makts- eller mansmaktsperspektiv när hon lyfter fram att de kvinnliga läkarna blir *hjälp*ta av sina män; med det tolkas deras situation som en beroendesituation eller underordningsrelation både till sina makar och andra manliga kolleger. De får inträde och slipper bli mobbade, tack vare den manlige maken. Widerberg har sagt om olikheter mellan könen att vi reproducerar dessa både när vi förbiser dem och när vi framhäver dem.⁴⁶ Den tanken kan också sägas gälla frågan när vi tolkar verkligheten som kvinnlig underordning eller styrka och överskridande. Ett och samma fenomen kan ses som styrka eller svaghet beroende på teoretisk perspektivering.

Jag vill i detta sammanhang återknyta till mitt resonemang kring det 'resurstänkande' som Yvonne Hirdman kritiserat (se kapitel 3). Mina invändningar mot Hirdman var bl a att mansmakten måste synliggöras och konkretiseras just i termer av resurser för att bli åtkomlig och möjlig att monteras ned. Samma gäller för kvinnors underordning. Om vi tolkar kvinnors 'resurser' alltjämt som uttryck för deras svaghet - eller stipulerar dem på förhand som underordning - har vi då inte bekräftat mansmakten som ett förevigat fritt svävande essentialistiskt fenomen?

⁴³ Nore 1993, s. 31 ff.

⁴⁵ Lindgren 1992, s. 71ff.

⁴⁶ Widerberg 1992a, s. 292.

Men hur undviker vi att göra det teoretiska maktperspektivet till en diskursiv definitionsfråga? Teorier ger ramen för tolkning av empiriskt material. I kapitel 3 pläderade jag för en analytisk nivåbestämning. Mitt förslag är att det könsteoretiska resonemanget förankras i ett *bredare teoretiskt sammanhang*. I detta kapitel har jag gjort det genom att tematisera familjeförhållanden i en kritisk dialog med två teoretiska perspektiv. Referensramen är att problematisera synen på familjen som en belastning för kvinnor och de perspektiv jag förhöll mig till var tesen om specialiteters familjevänlighet och Haavinds underordningsteori. Mitt könsteoretiska perspektiv innebär att inte tala om 'underordning' i en abstrakt bemärkelse utan just att identifiera de olika 'resurser' varpå både mansmakt och kvinnomakt baseras. På detta sätt vill jag försöka utarbeta och konceptualisera kopplingarna mellan könsperspektivet och mitt sociologiska perspektiv i övrigt.

Utifrån mina frågeställningar och den referensram inom vilka dessa tolkas framstår Haavinds underordningsteori som generaliserande och ospecificerad. Inte desto mindre finns i mitt materialet förhållanden som stöder Haavinds tes, exempelvis att arbetstiden för manliga läkares fruvar varierar efter åldersgrupper och barnantal. Det fyndet kan som sådant framstå som en trivialitet. Men om vi samtidigt observerar att denna skillnad *minskar* för läkarparen tyder det på att vi där har synliggjort de villkor som kan undergräva denna 'underordning'. M a o, att kvinnors ökade *resurser* (i form av utbildning, formella kvalifikationer e t c) faktiskt har en betydelse i hela underordningsproblematiken.

Sammanfattningsvis har jag i det här avsnittet funnit att *familjeförhållanden hänger inte ihop med specialitetsvalet i läkaryrket rent faktiskt*. Tesen om att kvinnliga läkare väljer specialitet utifrån familjens behov har ingen motsvarighet i verkliga förhållanden. Liknande resultat framkommer i en studie av läkare i de nordiska länderna. I många viktiga avseenden kunde ingen systematisk skillnad beläggas mellan läkare med och utan familj respektive med eller utan barn.⁴⁷ 'Talet' om kvinnors familjeförpliktelser som ett stort hinder i yrkesliv och karriär avsätter sig inte i verkligheten, familjemönstret utgör ingen demarkation inom läkargruppen. Familjediskursen fungerar däremot ofta som en generell förklaring när det gäller kvinnors svagare ställning på arbetsmarknaden. Den könsdiskriminering i yrkeslivet som numera är belagd⁴⁸ förklaras i

⁴⁷ Korreman 1994, s. 87.

⁴⁸ Se t ex *Löneskillnader och lönediskriminering*, SOU 1993:7 om löneskillnader. För diskussion om mäns premiering av män i medicinskt forskningssammanhang se Wold och Wennerström 1997, samt min

stor utsträckning med familjediskursen både i forskning och debatt. Även bland enskilda män och kvinnor förekommer den som förklaring som vi såg i några av intervjuerna i kapitlet.

Min poäng här är att familjeförhållandena och kvinnors familjeorientering får skulden till könssegregering och missförhållanden i yrkeslivet som kan ha helt andra orsaker. Diskursen får en självständig existens och medverkar på så sätt till att strukturera och legitimera individernas 'val'. Som sådan fungerar den som - just - en *diskursiv* snarare än en *reell* demarkation för kvinnliga läkare.

Del III

Läkarnas differentiering i diskursivt perspektiv

10. De medicinska specialiteterna - en upptäcktsresa in i en intern diskurs

Det medicinska arbetet kan sägas bestå i att *bota* och *vårda*, säger Pal Orban i artikel om långvården och påpekar att den biomedicinska vetenskapen är inriktad på ett botperspektiv som har högre status än vårdperspektivet.¹ I det historiska avsnittet granskades utförligt hur läkarprofessionens heterogenitet hela tiden skymtar under ytan trots den enhetliga hållningen utåt. Det visar inte minst den debatt som gick i Läkartidningens spalter åren 1980 och 1981 där läkarrollens olikheter diskuterades under vinjetten "Social biktfader eller medicinsk expert". Vad man syftade på med den rubriken var bland annat *olikheterna* i läkarrollen efter specialistområden.

I det följande ska vi se hur det specifika i de olika specialiteternas professionella läkarroll ter sig med läkarnas egna ögon och huruvida det skiljer sig mellan män och kvinnor. Med hjälp av en öppen fråga i enkäten ska vi göra en djupdykning in i deras inre värld och se hur läkarna själva karaktäriserar den egna specialiteten. En vägledande aspekt som diskussionen rör sig kring är hur enhetliga och skarpt avgränsade de olika specialiteternas specifika läkarroll ter sig utifrån de manliga och kvinnliga läkarnas egna horisonter. En annan aspekt som diskussionen rör sig kring är huruvida yrkesorienteringen och med den förknippade värden kan sägas avteckna sig på ett systematiskt eller distinkt sätt i de olika specialistläkarnas beskrivningar av den egna specialiteten. Men först en konkretisering av dessa två aspekter, d v s det professionella arbetet och yrkesorienteringen.

Den professionella läkarrollen

Med utgångspunkt i Orbans distinktion mellan att bota och vårda tar vi steget till Abbots resonemang om det professionella arbetet i vid mening. Enligt Abbott består det professionella arbetet av att *diagnostisera*, *dra slutsatser* ('infer') och *behandla*.² De tre aspekterna i Abbots distinktion förekommer enligt honom ofta samtidigt i det professionella arbetet och hjälper till att förbinda professionerna till deras respektive uppgifter (tasks). Det första ledet, att diagnostisera, delar Abbott upp i två

¹ Orban, Pal, 1992, "Långvården - botten av statushierarkin" i *Socialmedicinsk tidskrift* 6-7/1992.

² Abbott 1988, kap 2.

delar 'colligation' och 'classification'. Med det förra avser Abbott alla de aspekter som bär upp bilden av klienten eller patienten; den bilden består av de regler som avgör vilka bevis eller indikatorer som är relevanta i sammanhanget och de specificerar vilken tvetydighet eller ovisshet som är tillåten. Dessa relateras sedan till de professionellt legitima problemens lexikon, vilket är det senare ledet, klassifikation.

Behandlingen är strukturerad i ett klassifikationssystem. Kopplingen mellan diagnos och behandling får inte vara för stark eller uppenbar för då kan professionen utsättas för utifrån kommande krav på delegering och deprofessionalisering. Andra viktiga ingredienser i behandlingen är dess effektivitet, mätbarhet och grad av specialisering. Ju mindre mätbara resultaten av en behandling är, ju mindre anledning att prioritera den behandlingen framför någon annan. Psykoterapi har detta problem, menar Abbott. Allmänt gäller att ju mer specificerad en behandling är desto större kontroll kan den professionelle eller professionen ha över den. Allmänna rekommendationer av typen 'vila upp dig ordentligt' eller 'ta två tabletter om dagen i tre veckor och sluta röka' är svåra att kontrollera och sådana rekommendationer är det svårt att slå vakt om för professionen.

Mellanledet i det professionella arbetet, att dra slutsatser (infer) blir viktigt när förbindelsen mellan diagnosen och behandlingen är dunkel eller otydlig. Att dra slutsatser görs genom 'uteslutande' eller 'konstruktion'. Inom medicinen används vanligen uteslutande, medan exempelvis militär taktik bygger på konstruktion. Uteslutande är ett privilegium för de professioner som får en andra chans, menar Abbott. I fall av osäkerhet kan en läkare pröva sig fram genom en diagnostisk behandling och avvakta resultat. Samtidigt har dylika professioner mindre press på sig att lyckas och tenderar att bli konservativa. Och eftersom misslyckande är oftast den yttersta anledningen till att professioner utmanas är sådana professioner sårbarare än andra. Detta kan i synnerhet sägas gälla medicinens olika grenar.

Den viktigaste aspekten när det gäller denna del av det professionella arbetet är att klara balansgången mellan att dra slutsatser ('inference') och rutinisering. För mycket eller för lite 'inference' försvagar professionen. Rutinisering kan inträffa i de andra leden diagnos och behandling också; exempel från medicinen är syntest och palpation (en undersökning där man med händerna känner efter ett organs läge och/eller tillstånd). Ibland delegeras dessa uppgifter till en underordnad yrkesgrupp, görs det inte blir de lätt objekt för konkurrens från andra grupper eller påtvingad

deprofessionalisering från myndigheters sida. Denna balansgång kan sammanfattas med Abbotts egna ord:

...it seems clear that professions cannot afford to invoke either too much or too little inference. Too little makes their work seem not worth professionalizing. Too much makes their work impossible to legitimate.³

Det är alltså tydligt att själva läkarrollens utformning kan ha en stor betydelse i den interna professionella differentieringen. Men innan de interna beskrivningarna introduceras är det angeläget med en kort diskussion om yrkesorientering och värderingar.

Yrkesorientering

Det är en lång tradition att skilja på olika värden när det gäller yrkesorientering. Morris Rosenberg lanserade 1957 en distinktion där han särskiljer tre huvudgrupper av värden som kan realiseras genom studieval; *expressiva*, *instrumentella* och *personorienterade* värden, vilka han anser återspeglas i olika studieval. Den *expressiva* gruppen innefattar ämnesrelaterat (fackligt) intresse, riktat mot yrkets innehåll och utövning; *instrumentella* motiv relateras till yrkessituationen som ett medel snarare än mål, i den klassiska utformningen pengar eller status; *personorienterade* värden hänför sig till motiv som bygger på att det är människor som står i fokus och de därtill hörande kommunikativa aspekterna i yrket.⁴

Generellt är det så att kvinnor och män har olika vägar i sitt utbildnings- och yrkesval, vilket den könsuppdelade arbetsmarknaden de facto visar. Hur detta sedan relaterar till mäns och kvinnors olika motiv och värderingar är en mera komplicerad fråga. En norsk studie från början av 70-talet belyser viktiga aspekter av denna problematik. Man ville se huruvida kvinnliga värden stod i konflikt med den akademiska kulturen och dess värden. Slutsatserna var att olika akademiska fält präglades i olika grad av 'instrumentella' resp 'expressiva' värden och att detta sammanhänge med könsfördelningen inom disciplinen. Däremot fann man inga skillnader mellan män och kvinnor inom samma fält.⁵ En ganska ny norsk studie av rekrytering till medicinstudier pekar i samma

³ Abbott 1988, s. 52.

⁴ Rosenberg, Morris, 1957, *Occupations and values*. The Free Press, Glencoe, Illinois.

⁵ Thagaard 1975, se även diskussion i kapitel 3.

riktning. Den visar att kvinnor oftare än män har *personorienterade* motiv för sitt val av läkaryrket, men att det inte fanns någon signifikant könsskillnad när det gäller de instrumentella och expressiva faktorerna i yrkesorienteringen.⁶

Inte desto mindre är det vanligt att kvinnorna själva anser sig ha något speciellt att tillföra medicinen. Helen Frey fann i sin historiska studie av svenska läkare att kvinnor oftare än män angav en önskan om att hjälpa sina medmänniskor, som motiv för läkaryrket; och att de i mindre utsträckning än männen påverkats av den förväntade inkomsten och yrkets höga status.⁷ Riskas och Wegars intervjuer med finska kvinnliga läkare visar att de anser sig ha något specifikt kvinnligt att bidra med; de ansåg sig mera empatiskt orienterade än män och mer benägna att ha ett helhetsperspektiv i motsats till männens mekanistiska sjukdomsuppfattning; Lindahl och Killi fann i sin studie av norska kvinnliga läkare att kvinnorna ville ta ner läkaren från piedestalen.⁸

I den följande granskningen ges en närmare insyn i läkarjobbets interna diskurs i syfte att komma åt de medicinska specialiteternas 'självuppfattning'. Det är viktigt att hålla i minnet att den grova uppdelningen i expressiva och instrumentella värden inte i dagens forskning anses utgöra 'rena' och exkluderande grupper utan vara av relativ betydelse. Inom arbetslivsforskningen har man övergett synen att yrkeslivet (i motsats till familjen) enbart präglades av avgränsade och neutrala relationer. En nyanserad syn på arbetet har vuxit fram, arbetstagarnas förmenta instrumentella och ekonomiska rationalitet visar sig vara förknippad med en värderationalitet och 'osynliga kontrakt' med ömsesidiga bekräftelser och lojaliteter.⁹

Att det är något alldeles speciellt - och icke-instrumentellt - med jobbet är en tanke som bekräftas i en intervjustudie som Holter och Aarseth gjorde i början av 90-talet. De fann att jobbet hade en 'säregen attraktionskraft' och gav människor en nödvändig personlig bekräftelse på sin identitet. De menar att jobbet blir i stor utsträckning det som definierar en individs värde och det personliga värdet stiger ju högre upp i graderna man kommer.¹⁰

⁶ Wiers-Jenssen 1994, s. 94f, se även diskussion i kapitel 3.

⁷ Frey 1980, s. 59ff.

⁸ Riska & Wegar 1989, s. 30ff, Lindahl och Killi 1984, s. 128f. Se även diskussion i Läkartidningen 1988 med anledning av Karolina Widerströms 100 års jubileum där samma tankar kommer till uttryck.

⁹ Zetterberg, H, m fl, 1984, *Det osynliga kontraktet. En studie i 80-talets arbetsliv*. Sifo. Stockholm.

¹⁰ Holter och Aarseth 1993, kap 8.

Holter och Aarseths bok handlar explicit om mäns livssammanhang, men de menar att denna 'jobbmagnetism' - som de kallar denna dynamik - även omfattar kvinnor, särskilt i medel- och övre medelklass. Den följande presentationen av läkarnas beskrivningar av den egna specialiteten är influerad av Holter och Aarseths tankar om jobbets magneter. De menar att 'magneten' i jobbet, d v s de element som svarar för den oerhörda dragningen skiljer sig för män och kvinnor och att den är *tekniskt bemästrande* hos män och *socialt bemästrande* hos kvinnor.¹¹ Magneten blir annorlunda tematiserad och definierad hos kvinnor än män, bl a så att jobbet blir mer i det socialas tjänst hos kvinnorna och i tingens tjänst hos männen. Men medan Holter och Aarseth har studerat en grupp där män och kvinnor har *olika* jobb fokuseras här män och kvinnor inom samma yrkesgrupp med avseende på jobbets dragningskraft.

Skildringarna av den egna specialiteten

Attraktionskraften, magneten, i de olika specialiteterna studeras här både utifrån intervjuerna och en öppen fråga i enkäten där läkarna ombads att beskriva sin specialitet. Frågans formulering var

Vad är det enligt Din mening som främst karakteriserar Din specialitet och gör den intressant för dig? Beskriv kortfattat, t ex med stickord eller med ett par korta meningar.¹²

De huvudsakliga linjerna i diskussionen bygger på en klassificering av de öppna enkätsvaren som används för att bena upp materialet medan intervjuvaren får ge en mera djupgående och fylligare beskrivning. Dessa enkätsvar är inte inlagda i ett statistiskt program och bearbetas inte statistiskt utan har klassificerats i följande kategorier:¹³

- Forskning och analytiskt intresse,
- tempo, dramatik och hantverk,
- patientorientering,

¹¹ Holter och Aarseth 1993, s. 208.

¹² Det kan tyckas att frågan innehåller två skilda aspekter, d v s en ren *beskrivning* och det *positiva* för den som svarar. Anledningen till det var att försöka undvika schabloner och honnörsord, men även att komma åt 'magneten' genom att be om subjektiva beskrivningar.

¹³ Tio procent svarade inte på frågan, ytterligare några gav svar som inte gick att klassificera. I en första indelning var grupperna något fler, men följande grupper sammanslogs efterhand för att undvika för små grupper: gruppen 'forskningsintresse' sammanslogs med gruppen 'intresse för det analytiska', och gruppen 'hantverk' sammanslogs med gruppen 'tempo och dramatik'.

-mångsidighet.

De tre första grupperna är 'renodlade' så till vida att där har innehållet uppstramats till just den inriktning rubriken anger. Klassificeringen har gjorts genom att *kärnan* eller *huvudtanken* i svaren har identifierats där det varit möjligt. Det innebär att innebörden har fått större vikt än eventuella tekniska aspekter av formuleringarna. Om flera aspekter har figurerat i ett och samma svar, har det klassificerats efter den aspekt som är *mest noggrant och utförligt beskriven*, mot bakgrund av vilken de andra då endast framstår som mindre viktiga komplement.

Gruppen 'mångsidighet' är de svar som innehåller två eller flera av de andra aspekterna och där ingen av dem överväger eller kan reduceras till den andra. Även om enkätsvaren klassificerats på det här sättet används de även som ett kvalitativt material för att ge en inblick i jobbet från läkarnas perspektiv. Svaren ger *inte* upphov till statistiska bearbetningar men i det följande resonerar jag både utifrån kvantitet och innehåll. Efter redovisningen av de öppna enkätsvaren inom varje grupp följer en kort presentation av läkarnas resonemang om den egna specialiteten i intervjumaterialet.

Sådan är min specialitet...

Det finns stora skillnader mellan män och kvinnor när beskrivningarna av jobbet studeras *utan* hänsyn till specialitet. Granskat enbart utifrån könsaspekten ligger könspolerna helt i linje med de gängse uppfattningar som presenterats ovan, d v s med Holters och Aarseths distinktion mellan socialt och tekniskt bemästrande magneter. En mycket större andel kvinnor än män är *patientorienterade*, medan mycket fler män uppger *forskningsintresse* och *intresse för det analytiska momentet*. En skärningspunkt mellan könen är den stora grupp - drygt en tredjedel av både män och kvinnor - som uppger *mångsidighet*, d v s flera olika aspekter som det intressantaste i jobbet. När svaren bryts ner efter specialitet så visar sig emellertid att de två dimensionerna kön och specialitet griper in i varandra. Specialitet läggs som ett galler över könet och ger ett mera komplext mönster.

Bilderna på följande sidor bygger på läkarnas beskrivningar av den egna specialiteten. Bilderna är tänkta att åskådliggöra beskrivningarna systematiskt efter specialiteter. Poängen är inte att med stringens och statistik analysera förhållandena, utan just fånga helheten. Vi ser på bilderna nedan att patientorienteringen (det vita området) är något vanligare i

vissa specialiteter än andra, den är mest förekommande inom barnmedicin, allmänmedicin, psykiatri och geriatrik. Detta gäller både män och kvinnor men vi ser samtidigt att *proportionerna är förskjutna* och patientorienteringen är relativt lägre hos männen i dessa specialiteter än den är hos kvinnorna.¹⁴

¹⁴ Observera att det är specialiteterna som jämförs och bilderna baseras på *andelen* olika svar inom de respektive specialitet, medan *antalet* varierar högst avsevärt. Vissa specialiteter är väldigt fåtaliga och bör tolkas varsamt.

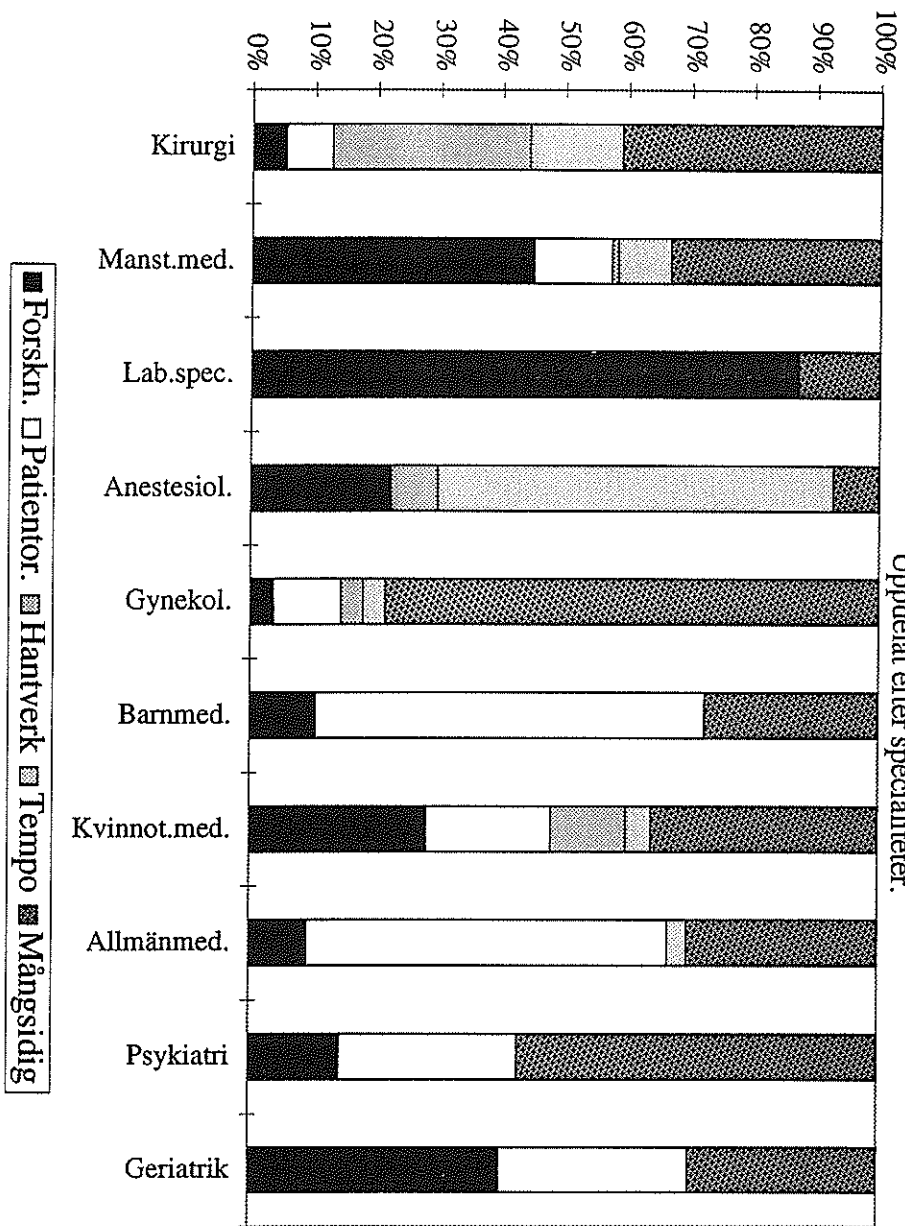
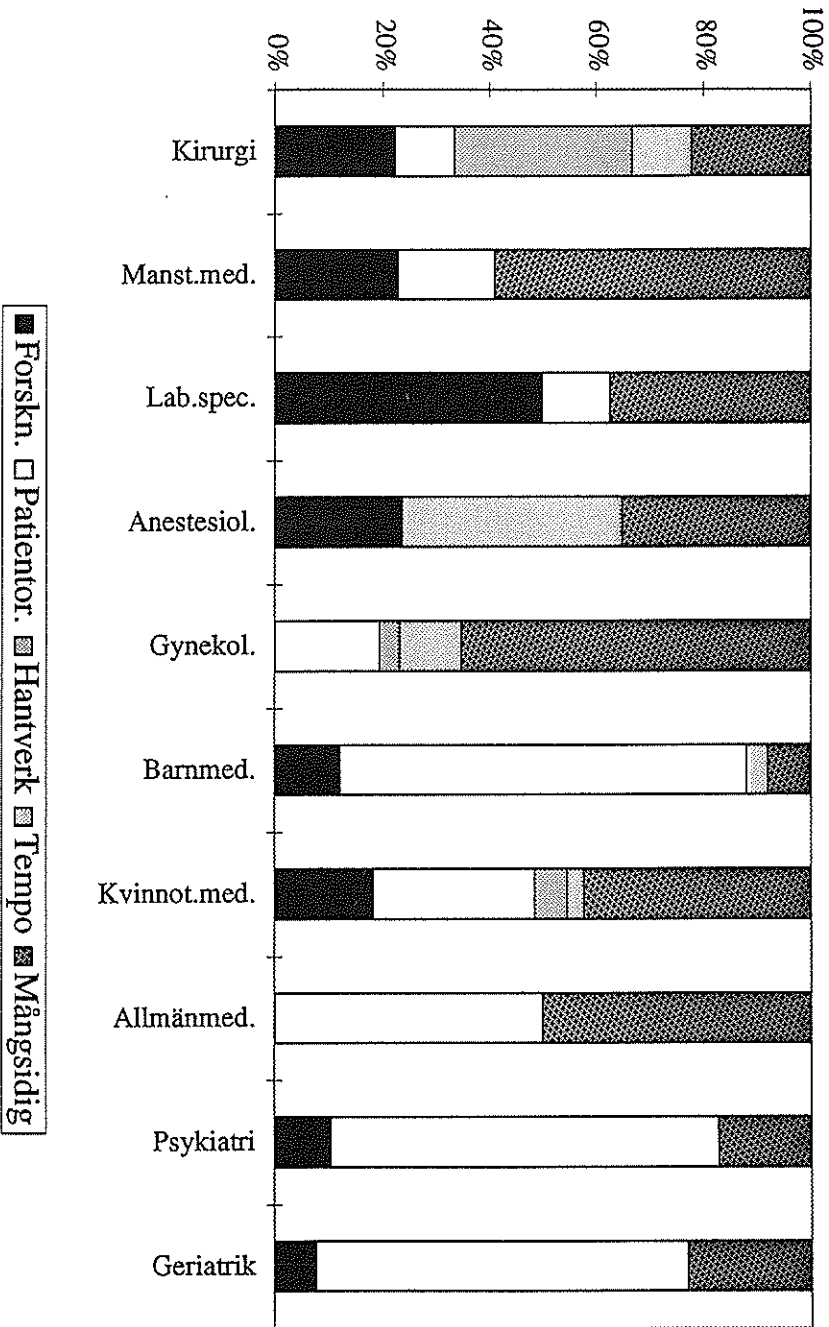


Bild 10.2 Kvinnliga läkares skildringar av den egna specialiteten. Uppdelat efter specialiteter.



Det är tydligt att forskningsintresse och intresse för det analytiska eller teoretiska (härefter 'forskningsintresse': det svarta området) är vanligast bland lab.specialister, både bland män och kvinnor. Men återigen har vi här en *förskjutning* mellan könen: en övervägande majoritet av de manliga lab.specialisterna uppger forskningsintresse mot hälften av de kvinnliga. Forskningsintresse förekommer även i en del andra specialiteter, fast i mindre grad, där är det likaså en lägre andel kvinnor än män.

En ytterligare aspekt värd att notera är den stora grupp män och kvinnor som uppger *mångsidighet*, över en tredjedel totalt (det gråa området överst på stapeln). Det är främst gynekologi som karaktäriseras sådan av båda könen, men det förekommer bland alla specialiteter fast i mindre grad. Kategorierna *hantverk*, *tempo och dramatik* har ett viss släktskap. Intresse för hantverket förknippas speciellt med opererande specialiteter, medan tempo och dramatik förknippas huvudsakligen med anesthesiologi, men även - fast i mindre grad - kirurgi och kardiologi. Låt oss se vad dessa kategorier innebär mer konkret.

Patientorientering

Patientorientering är en aspekt som kommer till uttryck i många specialiteter i de öppna enkätsvaren och den får många uttryck. En del poängterar att man 'gör en insats' eller nytta, andra betonar mer den direkta relationen med patienten. Som framgår av bilderna 10.1 och 10.2 så är det bland barnläkarna som patientorienteringen utgör det starkaste inslaget, bland båda könen, fastän större inslag hos kvinnor. Generellt gäller att de mest utförliga och engagerade beskrivningarna i enkätsvaren är hos barnläkarna och psykiatrerna. Typiska för barnläkare är formuleringar i stil med att det är 'roligt', 'stimulerande' eller 'underbart' att arbeta med barn och att barnen är en sån 'positiv' patientgrupp:

-Det är speciellt att utreda ett barns sjukdomar, kräver en lyhördhet och viss analytisk förmåga, jag har fascinerats av att följa ett barns utveckling (barnläkare).

-Man har 'naturen - kraften' på sin sida (barnläkare).

Det är intressant att ett tiotal manliga kirurger hamnar i den här gruppen, främst barnkirurger och ortopedier:

-Livets start, utvecklingsbara patienter; patienter oförstörda av externa faktorer; varje diagnossättande en utmaning (barnkirurg).

-Den kirurgiske barnpatienten är fräsch, ärlig och härlig och han har prognos till full hälsa (barnkirurg).

Men innehållsrika och livligt intresserade formuleringar om patientorienteringen finns också bland andra grupper:

-Det mänskliga psyket fascinerar... (psykiater).

-Medicinska kunskaper integreras med psykosociala faktorer - nära relationer till patienterna (på gott och ont). Konstruktivt samarbete med övriga personalgrupper runt patienterna. Det repressiva inslaget som ibland är ofrånkomligt inom psykiatrin (särskilt inom psykosarbete som jag arbetar med) är samtidigt en utmaning - ställer läkar/patientrelationen på sin spets (psykiater).

-Tillfredsställelsen att 'utifrån' kunna hjälpa andra - med farmaka och specialiserad psykoterapi (psykiater).

Geriatrikerna framhäver gärna hur tacksamt och roligt det är att arbeta med äldre människor som inte har någon fasad vilket ger upphov till god närkontakt. En kvinnlig gynekolog ger det gemytliga svaret att det ofta är *två patienter i 'en förpackning'*. Patientorienteringen är ungefär lika vanlig bland manliga och kvinnliga allmänmedicinare. Bland allmänläkarna förekommer stickordsmässiga beskrivningar i något högre utsträckning än hos andra, som exempelvis:

-Helhetssyn

-Närhet

-Kontinuitet

-Variation

-Patienter i alla åldrar

Överlag ger allmänmedicinarna mer generella och allmänt hållna beskrivningar än de andra. En typisk kommentar är att *den är en 'mänsklig' specialitet som kräver ett mångsidigt kunnande*. Den förtjusning och hänförelse som kännetecknar många av svaren är något mera sällsynt här.

Intervjumaterialet stöder den beskrivning som läkarna ger av patientorienteringen. En kvinnlig geriatriker reflekterade över de olika inriktningar man kan ha som läkare och hennes uttryck är endast olika varianter av de olika orienteringarna som utstakades i enkätaterialet ovan:

Man kan ju säga att man kan ha olika inriktning, man kan vara patientorienterad och då vill man ha en jättebra sjukvård och bra samarbetsanda och arbetsklimat, och man kan vara intresserad av datorer eller forskning eller teoretiskt intresserad och intresserad av siffror snarare än människor.. (Ur intervjumaterialet).

Denna kvinna som själv företräder en *patientorientering* beskriver att hon attraherats av den psykologiska biten i geriatriken samt dess helhetsperspektiv på patienterna. Hon fruktar att läkarjobbet riskerar förlora dess människovårdande inriktning genom att läkarna alltmer blir 'medicinska konsulter'. I något liknande banor resonerar en manlig internmedicinare som specialiserat sig på diabetes när han poängterar *pedagogiken* och det *demokratiska* i patientrelationen. Det positiva är inte minst allt mindre auktoritetstro hos de yngre patienterna:

De kommer inte för att de tror på auktoriteter, medan de flesta äldre är det fortfarande så att 'här kommer jag med min sjukdom, ta hand om mig'. De andra ifrågasätter och det lär man sig väldigt mycket av och då kommer de även ett steg längre. (Ur intervjumaterialet).

Barnläkarna i intervjumaterialet bekräftar också det stora engagemanget för just patientgruppen, d v s barnen. Däremot framgår av såväl intervjuerna som enkätaterialet att rutinisering och mättnad är patientorienteringens sårbara punkt. En distriktsläkare talar i en intervju lite desillusionerad om 'den eviga strömmen av människor' och att 'han ska vara lika intresserad av alla..'. En infektionsläkare ställer det 'vanliga rutinpatientarbetet' mot de 'knepigga fallen', som ger en tillfälle att läsa på och försöka knäcka i samarbete med kollegerna.

Detektivarbetet och forskningen

I bearbetningen av enkätsvaren har kategorierna forskning och intresset för det analytiska slagits ihop som redan framgått.¹⁵ Här figurerar både korta och långa formuleringar och en del är högst litterära och medryckande:

¹⁵ Det var endast 39 som klassificerades i gruppen forskningsintresse, 35 män och 4 kvinnor. Av männen var hälften lab.läkare, en fjärdedel invärtesmedicinare (manstöt och kvinnotät medicin).

- Intellektuellt stimulerande*
- Detektivarbete*
- Logiskt*
- Intressanta symptom*
- Spännande att titta på röntgenbilder (diagnostisk radiolog).*
- Virus är ruskigt spännande. Det är orsak till våra vanligaste sjukdomar. Ger oss nycklarna till livet (klinisk virolog).*
- Synorganet är fascinerande, logiskt, vackert. Den kirurgiska verksamheten i oftalmologi är ett konsthantverk (ögonläkare).*

Nervsystemet fascinerar både neurologer och psykiater och dessa ger de mest överraskande och fängslande skildringar:

- Nervsystemet är den enda kvarvarande vita fläcken på människokartan (neurolog).*
- Centrala nervsystemet är det överlägset intressantaste organsystemet. Elegant klinisk diagnostik och givande sjukdomsarbete... (neurolog).*

Som framgått är det främst bland lab.specialisterna som intresset för forskning och det analytiska kommer till uttryck, men det gäller även andra grupper så som invärtesmedicinare (både kvinnotät och manstät medicin). I ett fåtal av svaren framgår att frånvaron av patienter ses som positiv. Några manliga geriatriker betonar forskning som det roligaste varav en ger följande skildring:¹⁶

- Geriatriken passar mig utmärkt därför att jag forskar på förruttnelsen som orsak till sjukdomsprocesserna. Infektioner och förruttnelse är i grunden samma sak. Förruttnelsen börjar redan under livstiden. Detta kallas sjukdom (geriatriker).*

Intervjumaterialet ger mycket värdefull information om hur läkarna förhåller sig till forskning och krav om akademiska meriter. Av de intervjuade läkarna forskade knappt hälften vid intervjutillfället, men motiven och engagemanget för forskningen varierade. Några är entusiastiska forskartyper. En av dem reflekterar över problemen för en kliniker att få avlönade tjänster inom forskningen och här har vi en utmärkt illustra-

¹⁶ Observera att de manliga geriatriker som svarar denna fråga endast är elva, varför stapelns delning på bilden är illusorisk jämfört med de andra.

tion på den prekliniska forskningsverksamhetens rekryteringsproblem som behandlades i kapitel 8:

...det är svårt att komma med familj och barn direkt från det kliniska arbetet. Man är van vid en trygg ekonomi, och det är svårt att liksom gå tillbaka och klara sig på stipendier, studenttjänster, otrygga och låga löner, eller söka försörja sig på olika extraknäck. (Ur intervjumaterialet).

Denne läkare hade valt neurologi framför neurofysiologi av ekonomiska skäl för att just kunna arbeta som kliniker. En annan hängiven forskare, en ortoped som fortsatte att läsa till läkare efter en annan utbildning inom vården:

...det var väl det som stimulerade mig kanske - att jag för det första sökte till läkarutbildningen så snabbt jag tyckte att jag inte förstod grunden liksom i vad jag pysslar med. Då tyckte jag att jag måste nog börja läsa medicin och inte vänta längre. (Ur intervjumaterialet).

Men det finns också de intervjupersoner som forskar eller redan har disputerat som delvis haft 'instrumentella' motiv för sin forskning. Alla betonar att det är eller varit 'ett måste' på deras klinik, på deras ort, i deras ämne o s v eftersom 'det är liksom spelets regler'. En invärtesmedicinare som betonar den extra kick som forskningsbiten ger sticker inte under stol med att forskningen har stärkt hennes position i konkurrensen om tjänster. Även hon kommer in på relationen mellan klinisk och preklinisk forskning när hon poängterar att hon inte har ett självständigt ansvar gentemot 'proffsforskarna' som hon inte heller jämför sig med.

I följande två citat, båda från kirurger, framgår de instrumentella motiven för forskningen ganska klart. Den förre kirurgen närmar sig pensionsåldern efter en mycket framgångsrik karriär och han uttrycker sig rakt på sak när han beskriver de något instrumentella motiven för sin forskarkarriär. Den yngre ser forskningen som ett medel i konkurrensen:

Det gällde då att få in en fot på universitetskliniken igen, för fortsatt utbildning och den skulle alltid vara kopplad med något vetenskapligt projekt och [det blev] så småningom en avhandling. Skälet till att skriva en avhandling var nog inte alltid betingat av sån här vetenskapligt... stort veten-

skapligt intresse, utan det var lika ofta en nödvändig ingrediens för att det räknades som en ganska stor merit att ha skrivit en avhandling. Så jag satte på det.. (Ur intervjumaterialet).

Det är ju en fråga om konkurrens, allmänkirurgin har varit den mest sökta specialiteten - om man ser de sista 15 åren. Och ju fler som söker, desto större konkurrens. Och på ett stort sjukhus är det ju forskningsmeriter som är det mest avgörande [...] Jag började för att se vad det är, men jag tycker det är roligt [...] Det är klart det är intresse så.. men det är ju både och.. (Ur intervjumaterialet).

En del av de intervjuade läkarna har inte haft en minsta tanke åt att forska. Bland dessa är allmänmedicinare, barnläkare och geriatriker. En äldre invärtesmedicinare som närmar sig pensionsåldern, förklarar varför han inte forskade och här får vi en ytterligare aspekt på problematiken klinisk - preklinisk forskning:

På något sätt... den tidens sätt att disputerat tilltalade mig inte. Du skulle ta och gräva i ett mycket teoretiskt ämne, det var på en mycket teoretisk nivå, som var helt perifert på kliniken. De sista tio-tolv åren har det blivit mer att man kunnat ta kliniska ämnen, som har praktisk-klinisk anknytning och disputerat på. (Ur intervjumaterialet).

Tempo, dramatik, hantverk

Andelen läkare som uppger hantverk, tempo och dramatik i de öppna enkätsvaren är relativt liten inom de olika specialiteterna. Det är mest anesthesiologer och kirurger, samt ett fåtal andra specialister som kardiologer och gynekologer. Beskrivningarna går gärna i följande termer:

- Högt tempo
- Snabba beslut
- Akuta snabba ryck
- Intensitet
- Effektivitet
- Omedelbart resultat

Anesthesiologerna betonar gärna personlighetsdrag och att den högt drivna intensivvården är 'något för den otåliga'. I några fall understryks patientorienteringens motpol, d v s det positiva i att slippa allt för mycket

patientkontakt samt att ha lite pappersarbete. En del nämner de dramatiska sjukdomar de sysslar med i motsats till andra triviala tillstånd, eller hur de kan rädda 'svårt sjuka' patienter till ett normalt liv.

-Man når självständighet väl snabbt. Passar en otålig person. Omger sig med duktiga sjuksköterskor. Brett område i utveckling. Man blir inte uppäten av patienterna, utan kan vara 'snäll' mot dem (anestesiolog).

-Akut situation där man kan hjälpa snabbt och måste reagera och fatta beslut snabbt, något som passar mig. Även kanske lite poetik kring hjärta (kardiolog).

Vissa formuleringar i denna grupp, särskilt från kirurger, signalerar en stolthet över den egna specialiteten, vilket även andra forskare har uppmärksammat.¹⁷ De beskriver gärna sin specialitet som super- eller hög-specialiserad, att den är 'den svåraste' eller 'den mest krävande'.

-Man handlar och inte bara pratar (thoraxkirurg).

-Jag har alltid tyckt att kirurgi är effektivast som behandling av sjukdomar (kirurg och urolog).

-Hjärnan, det mänskliga livets centrum. Svårt, riskfyllt. Den egna prestationen avgörande (neurokirurg).

-Det är den svåraste, mest krävande och är imperativ till ständigt ökad utbildning (barnkirurg).

Besläktade men något mer filosofiskt reflekterande och inte lika dramatiska är några gynekologers formuleringar om de 'existentiella frågeställningarna' i deras specialitet. Det gäller krissituationer som abort, missfall o fl som är psykologiskt viktiga och nära liv och död. En gynekolog som är ganska typisk i sammanhanget skriver att gynekologin ger honom utlopp för den 'psykologiska ådran' och samtidigt den 'manuella ådran' genom den kirurgiska delen. Här finns också en del ovanliga och originella kommentarer av kirurger:

-Möjligheten till manuellt arbete med patienten. Specialiteten är en blandning av snickeri/bilmekaniker (ortoped).

-Handen som organ i vid bemärkelse: griporgan, arbetsredskap, förmedlare av känsla, emotioner, ömhet, vrede, förmedlare av musik, konst o s v,

¹⁷ Holm 1993, s. 64.

är intressant och fascinerande. Att återställa funktion i en hand är en utmaning och när man lyckas, mycket tacksamma patienter (handkirurg).

En transplantationskirurg skriver att arbetstillfredsställelsen i själva opererandet så småningom blir 'ett gift', 'ett måste' och jämför det med 'långdistanslöpning' och 'träning'. Liknande finns dokumenterat i andra intervjustudier med läkare, där operationer liknas vid aktiviteter som skid- och vattenskidåkning, alpinism, snabbkörning, basebolltävlingar och tävlingssegling. Det är ett så lustbetonat tillstånd att det "är som att ta narkotika."¹⁸

Dessa beskrivningar har *bekönade övertoner* i meningen att analogierna ansluter till områden som reflekterar i starkt manliga symbolvärldar. Dessa aspekter behandlas utförligare i nästa avsnitt som handlar om statusdiskursen. Men denna diskurs kan även relateras till Holter och Aarseth diskussion av jobbets gränslöshet, denna dragnings som gör att det aldrig blir nog.¹⁹ Giddens har resonerat om jobbets gränslöshet i termer av beroende och menar att det har vissa drag gemensamma med beroende av traditionellt slag, som enligt honom hänger ihop med svag identitet och behovet av en bekräftelse:

A workaholic in a prestigious job might go for many years without fully acknowledging the compulsive character of his (or, less commonly, her) activity [...] Work, so to speak, has been everything to him, but it has also been a time out, a long-term narcotic experience that dulls other needs or aspirations which he cannot directly manage.²⁰

I *intervjumaterialet* är det särskilt kirurgvärlden som skildras som en spänningsfylld dramatik, en kamp om liv och död där tempo, snabbhet och tuffa tag framhävs. I intervjumaterialet ges många intressanta skildringar av kirurgjobbet, såväl från kirurgerna själva som deras makar. Beskrivningarna varierar högst avsevärt, alltifrån mystifierade och övermodiga berättelser om operationer till nyktra och desillusionerade beskrivningar av villkoren för kirurgkarriären. I en beskrivning av vad

¹⁸ Scjkszentmihályi Mihály, 1990, "Att uppleva 'flow'" i Ödman (red) *Om kreativitet och flow*, Brombergs. Stockholm, s. 39, 43.

¹⁹ Holter och Aarseth 1993, s. 210f.

²⁰ Giddens, Anthony, 1992, *The transformation of Intimacy. Sexuality, Love & Eroticism in Modern Societies*. Cambridge, Polity Press, s.76. Denna aspekt utvecklas inte närmare här men diskuteras i ett avsnitt i "Den dubbla förhandlingssituationen."

en operation innebär ger en yngre kirurg en dramatisk version som understryker kirurgins förnäma avskildhet:

Vad vi sysslar med är kärlträdet, käril ut i extremiteter och i halsen, vad som görs, det skulle ta för lång tid att förklara.. de som aldrig opererat vet inte vad det innebär kan man säga. Det finns flera som jag känner som börjat på kirurgbanan men slutat eftersom de känner sig pressade, kan inte sova och så. Bara själva uppgiften att operera självständigt - det beror lite grann på vilken uppbackning man får, vilken utbildning, men det är tuffa tag. Så det gäller alltså att om det misslyckas så har du en människa att svara till som vaknar sen. I kärlikirurgi så kan det vara katastrofala följder med död som utgångspunkt, bara det faktum gör det svårt. Sedan kan det vara tekniska svårigheter. (Ur intervjumaterialet).

Denne läkare poängterar att kirurgi inte är något för vem som helst. Bilden av operationer som något exklusivt och dramatiskt bekräftas av en läkarhustru (själv läkare) som tillhör de äldsta i materialet:

Jag tror att varje operation var en kick, det här laget runt, det är förtätaat och spännande stämning och det blir en väldig gemenskap och särskilt när det krånglar.. när det blir alldeles tyst och så gör alla precis vad de ska och sen när det lättar så... Det är ett väldigt sammansvetsat gäng. (Ur intervjumaterialet).

Kirurgen, hennes man (som även är med i intervjumaterialet) har beskrivit hur han blev heltänd på kirurgin som ung läkare och tilltalades av spänningen, dramatiken och snabbheten. Hans tillbakablickar återspeglar glädjen och den barnsliga iver som en framgångsrik karriär kan ge, samtidigt som en viss ödmjukhet kan skönjas:

Den stora delen av mitt verksamma yrkesliv har varit jättekul, väldigt rolig, väldigt stora möjligheter [...] under en lång period blev det mycket bättre än jag trodde, kunde hoppats på, när jag var i mina mest produktiva år. Då var allting bara kul, med resurser att göra och ork att göra saker. (Ur intervjumaterialet).

Som motsats till dessa skildringar har en intervjuad kvinnlig kirurg ett helt annat perspektiv. Även hon framhåller hur tempot och dramatiken tilltalade henne men poängterar även viktigheten av att hålla sig framme

för att haffa patienter och få operationserfarenhet. Hon beskriver den tuffa mentalitet där det gäller att tro på sig själv och armbåga sig fram eftersom det inte finns något system för hur man skaffar sig operationserfarenhet och 'ingen bjuder på något extra inte'. Inte minst gäller det en villighet att ta risker:

När det gäller operationer då är det så att man opererar de patienterna som man själv satt upp, det innebär då att ju mer erfarenhet - desto mer har man att operera, ju mindre erfarenhet man har, ja då har man inte så mycket att operera, utan då får man försöka att hänga på de andras operationer, då står man oftast som assistent. [...] Vi får själva bedöma om vi har tillräcklig erfarenhet för att genomföra operationen. För min del då - och för de flesta kvinnor är problemet oftast inte att man inte *är* tillräckligt duktig utan man *tycker* oftast att man aldrig är tillräckligt duktig. Men däremot många av de manliga kollegerna, de tycker alltid att de är duktiga, de tar sig an vad som helst, sen kan det gå åt skogen. Det kanske går bra i sextio procent av fallen och dåligt i fyrtio. Men jag klarar inte av att ta såna risker utan jag gör bara det som jag säkert kan. Och då blir det så att det går lite saktare givetvis. Ja, jag törs inte ta såna risker, jag vill inte heller. (Ur intervju-materialet).

Mångsidigheten

Mer än en tredjedel av läkarnas svar i den öppna enkätfrågan hamnar i denna grupp som är den absolut största gruppen. Som framgår av bilderna finns denna orientering företrädd inom alla specialiteterna, även om den är något vanligare inom vissa än andra. Majoriteten av svaren kännetecknas av att de *inbegriper två eller flera aspekter* av de ovanstående grupperna och där ingen aspekt dominerar över de andra. Å den ena sidan finns de som framhäver bredden eller variationsrikedomen i *arbetsuppgifterna*, å andra sidan de som skildrar variationen i *patientgruppen* eller i *sjukdomarna*. Typiska för denna grupp, där allmänläkare är vanliga, är uttryck i stil med följande:

- Omväxlande
- Varierande
- Bredd
- Mångsidighet
- Den medicinska bredden.
- Många specialiteter i en.

-Kunskaper inom alla medicinens områden.

En typ av svar är att det är 'kombination' av det ena och det andra som är det roligaste i deras specialitet, exempelvis:

-Kombination av avdelningsarbete, mottagning och operation.

-Kombination av forskning - undervisning - patientverksamhet.

-Kombination av forskning, lab och patientrelaterad vård.

-Blandat innehåll, d v s sjukdomar som är snabbt och lätt behandlade till neurologiska sjukdomar och tumörer, luftvägsproblem (öronläkare).

Av dem som framhäver *kombinationen* som det roligaste är kirurgerna den största enskilda gruppen. Formuleringarna varierar något men ofta åsyftas en kombination mellan teoretiskt/intellektuellt arbete och praktisk/manuell yrkesskicklighet. Några inbegriper forskning i denna upp-
räkning, andra inkluderar patientverksamhet. En annan grupp som ger denna beskrivning är gynekologer, där 'psykologin' ofta poängteras som en del i den trevliga kombinationen. I några fall förekommer litterära och hänförda uttryck:

-Omväxlande (operativ, avdelningsarbete, mottagning). Självtändigt. Ofta snabba och konkreta resultat. Stimulans från botade och nöjda patienter (kirurg).

-Kombinationen kirurgi och psykologi - inlevelseförmåga. Rör problem och frågeställningar nära livet (barn - sexualitet - liv - död) (gynekolog).

-Helhetssyn på kvinnorna. Kombination av kirurgi, internmedicin, endokrinologi, psykiatri, psykologi, hälsovård. Obstetrikerna med dess positiva innehåll (gynekolog).

-Kombination av humanistiska och naturvetenskapliga angreppssätt (psykiater).

-Meningsfullt! Både bókunskap och intuition viktigt. Intensiv utveckling av behandlingsmöjligheter (onkolog).

Diskussion

Det är tydligt av denna genomgång att det är inte är något enhetligt och totaliserande system av diskurser som de olika specialiteterna är inordnade i. Skildringarna av läkarrollen i den egna specialiteten, både i enkäten och intervjuerna, varierar både till innehållet, hur utförliga

beskrivningarna är och hur entusiastiska och engagerade de är. Det som framför allt präglar beskrivningarna är hur mångdimensionerat läkarna framställer läkararbetet. I denna mångfald kan vissa mönster eller tendenser skönjas. En sådan tendens är framför allt hur intresset för forskningen och det analytiska å ena sidan och patientorienteringen å den andra sidan tenderar att representera vissa motpoler genom att de förekommer i liten utsträckning tillsammans.

På en nivå visar denna genomgång att skildringarna relateras till specialiteter: patientkontakt och omvårdnad nedtonas inom specialiteter som lab.specialiteter och anesthesiologi, medan de framhålls starkt av barnläkare och allmänläkare; tempo, dramatik och intresse för hantverk begränsas i stort sett till specialiteterna kirurgi och anesthesiologi.

På en annan nivå är det alldeles uppenbart att de olika 'magneterna' korsar specialistgränserna. Inom alla specialistgrupper finns de mest skilda orienteringar och olika 'magneter' företrädde. Ta en kirurg och en barnläkare som exempel. Även om betoning på tempo, hantverk och dramatik är vanligast förekommande bland kirurger så är inslaget av mångsidighet mycket större bland dem, som har stora likheter med barnläkarnas utpräglade patientorientering. Deras respektive arbetsfält varierar såtillvida att den ene representerar ett stort prestigeladdat mansdominerat specialistområde, men den andre ett mindre, könsblandat fält som inte omges av en utpräglad statusdiskurs. Inte desto mindre kan de - som variationen visar - ha liknande kickar eller 'magneter' i sina jobb.

En annan betydelsefull indikation i det här sammanhanget är att endast en mycket liten grupp kirurger hamnar inom gruppen analytiskt intresse och forskningsintresse. Det är förvånande med tanke på den höga andelen disputerade inom kirurggruppen och kirurgins starka forskningsprofil. I den stora grupp kirurger som skildrar sin specialitet 'mångsidig' är det endast *en fjärdedel* som nämner forskning som *en av flera* aspekter som intresserar dem. I den öppna enkätfrågan är det inte mer än ett tjugotal kirurger som *överhuvudtaget* nämner forskning (runt 14-15 procent av samtliga kirurger).

Som vi såg från intervjumaterialet är forskningsintresset inte heller framträdande i kirurgernas skildringar där, utan där betonades forskningen mer som en meritering i den kliniska karriären. I motsats till detta hamnar nio av tio lab.specialister i grupperna forskning och analytiskt intresse. Vad kan detta peka på? Om vi associerar till begreppen instrumentella, expressiva och personorienterade värden, så stöder det tesen att

kirurgerna i stor utsträckning har 'instrumentella' motiv för sin forskning.

Ytterligare en viktig aspekt är att könsdimensionen visar sig mycket mer sammansatt än de uppfattningar som refererades i inledningen. Synen på kvinnor som 'socialt bemästrande', patientorienterade och empatiska i motsats till män som 'tekniskt bemästrande' mekanistiska och tekniska framstår som förenklingar. Båda aspekterna finns hos båda könen, och män såväl som kvinnor är *heterogena* grupper i detta sammanhang. En tendens är klart könsrelaterad i materialet och det är att *patientorienteringen är ett större inslag i kvinnornas skildringar* i samtliga specialiteter än hos männen, samtidigt som intresset för forskning och det analytiska är mindre.

Låt mig utveckla könsdimensionen i mångsidigheten vidare. Vi såg att det är bland gynekologerna som inslaget av mångsidighet är störst. Det är tydligt att gynekologin - mer än andra specialiteter - upplevs som mångfasetterad. Det framgick tydligt att gynekologerna attraheras *både* av den omfattande omvårdnadsdelen, patientorienteringen, medicinen *och* den kirurgiska delen, vilket inte minst gäller kvinnorna. Gynekologin beskrivs som en 'positiv' specialitet, 'nära livet' som kräver 'inlevelseförmåga', rör problem och frågeställningar allt från 'vaggan till graven'. Att det kirurgiska inslaget betonas pekar på kvinnornas intresse för en operativ verksamhet, samtidigt som man lyfter fram delvis olika aspekter i jobbet. Detta kan peka på att av de kvinnor som intresserar sig för kirurgi, hamnar majoriteten i gynekologin där de förutom den 'manuella ådran' även får utlopp för sin 'psykologiska ådra', medan endast en liten grupp kirurgiskt aspirerande kvinnor bryter sig igenom murarna intill de 'riktiga' kirurgerna.

För att sammanfatta tendenserna i materialet kan hävdas att beskrivningarna av läkarrollen inom den egna specialiteten är mångfasetterade och sammansatta och inte uppvisar något totaliserande system av värden eller orienteringar. *Ingen aspekt dominerar i någon specialitet*, varken beträffande vilka aspekter i läkarrollen som framhävs eller vilken orientering eller värden man ger uttryck för. Inom alla specialiteter kommer många aspekter - 'magneter' - till uttryck. Det är t ex inte bara barnläkare och allmänläkare som är patientorienterade utan många andra; och omvänt kan sägas att barnläkare och allmänläkare har många fler 'magneter' än bara denna i sina jobb; likaså är det mycket mer än bara intresse för tempo och dramatik som karakteriserar kirurgernas inställning.

Ingen specialitet är heller uteslutande präglad av någon enskild av läkarrollens olika aspekter - alla har dessa fast i olika proportioner.

Inte desto mindre kan tendenser skönjas i att inom vissa specialiteter väger en del aspekter tyngre än andra. Vi såg t ex att inom anesthesiologi och lab.specialiteter är det mycket få som är patientorienterade och många forskningsintresserade och omvänt; inom en del andra specialiteter är många patientorienterade men har mycket lite forskningsintresse. En viktig slutsats är dock att inom ramarna för ett mångfasetterat system av 'magneter' samspelar könet med specialiteten. Således är barnläkare och allmänläkare i allmänhet mycket patientorienterade, *kvinnor mer än män*. Många lab.specialister är forskningsintresserade, *männen mer än kvinnorna*. M a o, orienteringen till det egna jobbet varierar i någon mån efter specialiteter och den är delvis olika för män och kvinnor inom samma specialitet.

Den stora grupp läkare inom alla specialiteter som karaktäriserar sin specialitet som mångsidig visar hur mångfasetterad läkarrollen är. Som vi ska se i nästa kapitel om statusdiskursen, upplöses denna mångfald och variationsrikedom när specialisterna beskriver och värderar *andra* specialiteter än den egna, i synnerhet i rivaliserande sammanhang när kamp om resurser, legitim jurisdiktion, ansvarsområde eller dylikt står på spel. Där lyfts fram en eller några få aspekter, de omformuleras, omdefinieras och tonas ned i den konkurrerande specialiteten - för att hävda den egna specialiteten och för att markera gränserna, d v s konstruera en demarkationslinje. På samma sätt lyfts en eller få aspekter fram i den egna specialiteten, vilka gärna definieras upp och överdimensioneras. I nästa kapitel ska vi m a o se hur specialiteterna för en intern kamp om tolkningsföreträde och definitionsmakt.

11. Statuskillnader och revirstrider

Statuskillnader, social och kulturell hierarkisering är viktiga aspekter av läkarkårens interna differentiering, där såväl medicinska specialiteter som sjukdomar varierar vad gäller status och prestige. Diskussionen i det här kapitlet återansluter till statusfrågan och den statusindelning som gjordes av specialiteterna i kapitel 6. Den indelningen har varit den axel kring vilken avhandlingens centrala frågor rört sig och på så sätt närmar vi oss cirkelns slut. Men även om statusdifferenser utgör en etablerad uppfattning vad gäller medicinen är frågan dock inte särskilt utforskad, vare sig teoretiskt eller empiriskt.

En traditionell infallsvinkel är Webers teori om statusgrupper som sociologiska kategorier.¹ Statusgrupper härrör från den sociala differentiering som har sitt ursprung i utbildning, yrke, ras, kön, härkomst, religion och de utgör en central aspekt av en människas livsöde eller 'livschanser'. Webers diskussion om statusgrupper är inte helt tydlig, den inkluderar flera komponenter, varav en del innehåller tvetydigheter.² Han definierar status å ena sidan utifrån en social värdering, en socialt tillskriven 'prestige', vilken består av de kulturella aspekter som ger upphov till 'gemenskap', tillhörighet, gemensam kultur och identitet. Å andra sidan betonar han livschanser, d v s de 'sannolika' inkomster, belöningar och privilegier en grupp kan vänta sig. Detta är mer besläktat med klassbegreppet och ofta syftas här på monopolisering av vissa ekonomiska tillgångar.

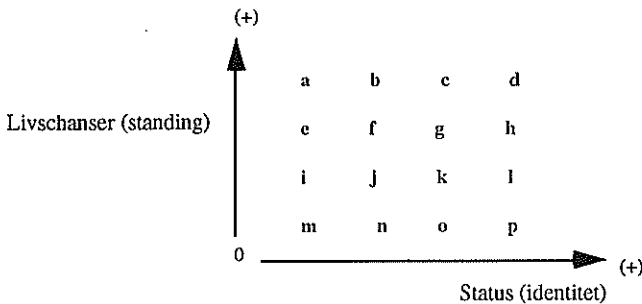
Crompton menar att denna tvetydighet gett upphov till olika tolkningar där olika författare tagit fasta på endast *en* aspekt av statusbegreppet, medan hon anser det viktigt att tematisera hur de två huvudaspekterna social värdering och livschanser på ett komplext sätt griper in i varandra. Cromptons förslag till att begreppsloggöra aspekterna är värd att ta till vara. Hon illustrerar dessa i följande matris. Den vertikala axeln utgör livschanserna ("standing") och den horisontella axeln utgör statusaspekten ("identity"). Hon poängterar att modellen är tänkt som ett redskap för att empiriskt begreppsloggöra dynamiken mellan Webers två aspekter. Matrisen måste alltid ses i en historisk och social kontext, den är ett organiserande ramverk snarare än ett originellt teoretiskt redskap.

¹ Weber, Max, 1983, *Ekonomi och samhälle*, Vol 1, Argos.

² Denna diskussion bygger framför allt på min läsning av Rosemary Cromptons 1987, och Freddy Castros 1992, tolkning av statusgrupper.

Den kan användas på kollektiv men inte på individer och knappast heller på grupper.

Bild 11.1. Cromptons ram för statusmatris.



Dynamiken ligger i hur de olika aspekterna förhåller sig till varandra. Vissa sociala förbindelser kan vara ganska betydelselösa för en individs inkomst och livschanser i ekonomisk bemärkelse (standing) men betydelsefull källa för hans eller hennes sociala identitet eller status. Individen skulle således placeras i o, eller p i matrisen. Andra förbindelser kan ha betydelse för både livschanser och status, o s v. Lokaliseringen i matrisen upprätthålls just genom social stängning, menar Crompton, d v s utestängning och inkräkting. En egenskaps 'öde' i matrisen är således avhängig av de inblandade gruppernas strategier. Crompton tar kön som exempel. Kön kan således tänkas ha *mindre* betydelse för kvinnors livschanser (standing) i dagens England (efter kvinnorörelsens framgångar under efterkrigstiden), samtidigt som kön har blivit en *viktigare* källa för kvinnors identitet. Utifrån matrisen tänker Crompton sig att kvinnor i dagens England kunde vara i k från att tidigare varit i f.³

Läkarkåren kan betraktas som en statusgrupp i enlighet med Cromptons tolkning av begreppet ovan. Tänker man in de medicinska specialiteterna i hennes matris kan vi tänka oss att en läkare med olika befattningar i olika specialiteter placeras på högst olika ställen i matrisen. Detta på grund av att formell position (befattning) ibland har mindre betydelse än de sociala och kulturella dimensionerna när det gäller läkarnas status. En *överläkare* i geriatrik kunde således möjligen placeras högst till vänster i matrisen (b eller f) där statusen är låg men livschanser höga medan en *avdelningsläkare* i kirurgi kunde vara lokaliserad i den mot-

³ Crompton 1987.

satta ändan (k eller o) där livschanser är låga men statusen hög. Den intressanta tanken i detta sammanhang är inte att konkret fastställa detta utan att se hur de olika aspekterna som bär uppe läkarnas status och livschanser *förankras*, hur de *upprätthålls* och hur de *relaterar* till varandra.

Abbott tar fasta på flera olika aspekter men resonerar i en annan riktning än Crompton. Han menar, som diskuterats tidigare, att en professions interna differentiering kan ta sig uttryck i: differentierad status; olika klienter; olikartad arbetsorganisering och olika karriärsystem.

Vad gäller frågan om *status* tar Abbott utgångspunkt i att professioner är kunskapsbaserade system. Det är de som arbetar i den 'renaste' professionella omgivningen som har högst status inom en profession. Statusen reflekterar till vilken grad det professionella arbetet tar den abstrakta kunskapen i anspråk, ju 'renare' det professionella arbetet och ju friare från externa (från kunskapen irrelevanta) faktorer, desto högre intern status. Detta förklarar enligt Abbott varför kirurger har högst status inom läkarkåren och domstolsadvokater bland jurister.⁴ Ett problem hos Abbott är att han inte förklarar varför en kirurg skulle arbeta i en 'renare' professionell omgivning än exempelvis en superspecialiserad invärtesmedicinare. I linje med Cromptons resonemang kan även påpekas att Abbott ej heller knyter de olika aspekterna till varandra.

En *differentiering i klientelet* kan ge olika status, hävdar Abbott, eftersom klienternas sociala position påverkar den status specialiteterna tillskrivs. I samma riktning resonerar Pal Orban om långvårdens låga status. Orban introducerar tre olika statushierarkier bland yrkesgrupper inom sjukvården: den professionella, den administrativa och en tredje baserad på den medicinska specialiseringen.

Orbans resonemang om långvården vilar på två huvudtankar; å ena sidan förklaras det låga anseendet av *åldrandets* låga värde som socialt och kulturellt fenomen. Å den andra sidan utgår han ifrån en distinktion i det medicinska arbetet mellan att *bota* och *vårda* som vi såg i föregående kapitel, där läkararbetet fick en ytterligare dimension, nämligen diagnostiseringen. Det medicinska arbetet - eller läkarrollen som diskuterades utförligt i föregående kapitlet - är inordnad i statusdifferentieringen genom att botperspektivet har högre status än vårdperspektivet,

⁴ Abbott 1988, s. 118.

enligt Orban.⁵ Vi ska se längre fram hur den *relativa* vikten av de olika länkarna i denna process är högst aktuell i värderingen av läkararbetet.

En norsk författare, Dag Album, har genomfört en empirisk studie av sjukdomars resp medicinska specialiteters prestige bland etablerade läkare, medicinska studenter och övrig sjukvårdspersonal.⁶ Författaren finner en mycket tydlig prestigehierarki. Det är långt avstånd mellan de lägst och högst värderade och resultaten kan sammanfattas i följande: En sjukdom eller en skada som är lokaliserad eller har säte i ett organ högt i kroppen (helst i hjärtat); som drabbar hårt och dramatiskt; som leder till omedelbar sjukhusvistelse; som är dödlig; som kan åtgärdas (botas jfr Orban) heroiskt och gärna högteknologiskt; sjukdom eller skada som drabbar tillfälligt; mest ungdomar eller medelålders män från högre socialgrupper och gör att de är medvetlösa i början men tacksamma i slutet är sådana som har hög status.

I motsatta ändan är det som tenderar att ha låg status: en sjukdom, en skada eller ett obehag med säte längre ner i kroppen eller svårlokaliserat till ett bestämt organ; med oklara orsaker; som kan sättas i samband med en klandervärd livsförsel; som utvecklas sakta och är oklar i sin diagnostik; som det finns lite att göra åt (mer än vårdas, jfr Orban) och ingen dyrbar utrustning kan tillämpas på; varar länge och förvärras; gör folk hjälplösa och stygga; som speciellt drabbar äldre, mest kvinnor från lägre socialgrupper och gör patienterna krävande och otacksamma.⁷

Album finner att statusdifferensen är ännu mera utpräglad för de medicinska specialiteterna än för sjukdomarna. Överst på skalan är neurokirurgi, kardiologi samt thoraxkirurgi, medan geriatrik är den i särklass lägst värderade specialiteten. Album antyder ett samband mellan sjukdomar och specialiteter och antar att specialiteter tenderar att ha hög status som: är handlingsorienterade - gärna radikala - i sitt närmande av sjukdomen; arbetar med en objektiv diagnostik och en naturvetenskaplig orsaksförståelse; gör bruk av mycket avancerad och dyrbar teknisk utrustning; arbetar med akuta, dramatiska livshotande sjukdomar i ärbara organ på förhållandevis unga människor.

⁵ Orban 1992.

⁶ Album 1991. Album laborerar med en rangordning istället för som i enkäten i föreliggande studie där de svarande själva ombads uppge 'högst' resp 'lägst' värderad specialitet.

⁷ Denna beskrivning är inte vattentät vilket Album själv påpekar eftersom undantag finns. Till exempel gynekologi, som endast har kvinnliga patienter men inte låg status, och barnmedicin där klienterna är barn. Arbete med barn verkar inte ha samma låga status inom medicinen som det exempelvis har inom förskolan och i utbildningssammanhang.

Som framgår inbegriper Albums beskrivning många *distinkta* komponenter. I det följande argumenterar jag för tesen att det inom läkarkåren finns åtskilliga konstruerade *relativt autonoma men samverkande statushierarkier*. Utifrån föregående diskussion och tidigare avsnitt, kan sex olika statushierarkier identifieras: den professionella läkarrollen; den biomedicinska kunskapshierarkin; sjukvårdens sociala organisering; livschanser i Crompton bemärkelse ovan; sjukdomars och patienters status i Albums bemärkelse ovan; och slutligen forskningsanknytning. Om vi återkopplar detta till Cromptons statusmatris (bild 11.1) så innebär det att den horisontella axeln bryts ner i flera komponenter. Jag antar att deras relativa betydelse varierar, där en del kan ses som ganska centrala, andra perifera. De relaterar till och nyanserar i några avseenden statusbegreppets kulturella aspekter.

Detta leder till en ytterligare tes som presenteras och argumenteras för i avsnittet, nämligen att det inte finns en entydig förklaring till olika specialiteters status, utan att de kan baseras i *olika* hierarkier. Statushierarkierna kommer till uttryck i diskurserna om och över specialiteterna. Den fortsatta argumentationen berör huvudsakligen hur statushierarkierna förankras och hur de kommer till uttryck.

I professionslitteraturen är den mest framträdande statushierarkien den *biomedicinska kunskapshierarkin*. Det är en lång tradition att betrakta den medicinska professionen som baserad på esoterisk kunskap (jfr kap. 2). Den allt ökande biomedicinska specialiseringen och subspecialiseringen utgör här den centrala utgångspunkten. Men kunskapen är alltid en del av en social konstruktion, även den mest naturvetenskapliga och sofistikerade kunskap. Freidson påpekade redan på 70-talet att den medicinska kunskapen och de medicinska procedurerna i sig påverkas av medicinens sociala karaktär.⁸ Denna statushierarki som är besläktad med men inte identisk med Abbotts, genom att han verkar acceptera tanken på en professions inre kunskap som 'ren' och 'mindre ren' (jfr diskussion i kapitel 2).

Den andra statushierarkin rör den *professionella läkarrollen* och baseras på den distinktion som utförligt presenterades i föregående kapitel. Processen att diagnostisera, bota och vårda är ofta sammanvävd i det professionella arbetet som framgick av den diskussionen. Ibland rör det

⁸ "...medical knowledge and procedures are themselves a function of the social character of medicine as an organized professional enterprise, politically sustained and practiced in a given way, with given self-deceptions and institutionally limited experience." Freidson, Elliott, 1970, *Profession of Medicine. A study of the Sociology of Applied Knowledge*. Harper & Row, New York, s. 277.

sig därför om på vilka aspekter betoningen kan anses ligga. Inte heller låter sig denna statushierarki alltid särskiljas empiriskt från den första statushierarkin men analytiskt har den en viss poäng.

Den tredje statushierarkin rör sjuk- och hälsovårdsarbetets sociala organisering och fysiska lokalisering. Den inneboende riktningen i denna statushierarki går från sjukvårdsorganisationens centrum, sjukhuset, där det medicinska paradigmet har sin självklara auktoritet, ut till periferin med minskande status för den öppna vården. Det läkararbete som utförs i en icke-medicinsk omgivning, d v s även utanför den öppna vården, åtnjuter liten intern status enligt denna statushierarki.

Denna statushierarki har betydelsefulla implikationer eftersom sjukhuset är *läkarens och medicinens traditionella och självklara domän*. Ju längre bort från sjukhusorganisationen, desto mindre är läkarens auktoritet och desto mindre utpräglad blir läkarhierarkin. En doktor utanför den vanliga sjukhusorganisationen är fräntagen mycket av "den pondus och suveränitet som kommer 'den traditionelle doktorn' till del".⁹ Likaså blir legitimeringen av den medicinska kunskapen svagare ju mer läkaren behöver kompromissa i samarbetet med andra professionella yrkesgrupper.

En fjärde statushierarki är den som Album har utvecklat ovan, d v s om sjukdomars och patienters status som diskuterades ovan. En femte statushierarki rör *forskningsanknytningen*, med preklinisk, ren biomedicinsk grundforskning i centrum, klinisk forskning i mellanposition och icke forskningsrelaterat kliniskt arbete i periferin. Den sjätte statushierarkin slutligen, rör den traditionella karriärstegen för läkarna vad gäller *befattningar och positioner*. Den ansluter främst till den aspekt i Webers statusbegrepp som rör möjligheter och livschanser i ekonomisk bemärkelse, med principen ju högre befattning desto högre inkomster och materiella belöningar. I denna studie är framför allt relevant att granska hur denna statushierarki griper in i de andra, d v s den relativa betydelsen av att ha olika befattningar inom olika specialiteter. Innan de olika statushierarkierna presenteras närmare genom en djupare penetrering i några debatter kring specialiteterna, låt oss stifta bekantskap med läkarnas reflexioner kring statusbegreppet och inomprofessionella statuslistor.

⁹ Så uttryckte sig Clarence A. Crafoord i början på 70-talet om de läkare som arbetade i 'terapeutiska miljöer' som han kallade psykiatriska dagavdelningar utan sängar som då var en nyhet i psykiatrisk vård. Se Clarence A. Crafoord "Handledning i dagsjukhusets terapeutiska miljö" i Läkartidningen 1/1970.

"Vad är status..?" - Om reservationerna mot statutstänkandet i enkätmaterialiet

"Trams!" kommenterar en läkare på frågan om statuskillnader mellan specialiteterna i enkäten.¹⁰ Uttrycket visar de reservationer som figurerar explicit i kommentarerna i enkäten. Några ifrågasätter begreppet status eller dess självklarhet medan andra uttrycker en irritation över frågans formulering. I många av kommentarerna framgick att de svarande inte själva hade denna uppfattning:

[Det] beror på vilken aspekt man lägger på begreppet status. Är det status att - utföra heroiska ingrepp, utföra viktig klinik, forska, tjäna pengar, vårda gamla, svårt sjuka, obotliga..? (Ur enkäten)

Man kan inte undgå att se de undersökningar där just dessa frågor tas upp och där tillfrågade klassar specialiteter på detta sätt. (Ur enkäten).

I andra svar framhölls att frågor av denna typ kunde förstärka fördomar om specialiteterna. Så fort Album hade publicerat sin artikel i den norska läkarföreningens tidskrift reagerade några läkare häftigt och menade att resultaten kunde verka som självuppfyllande profetior och påverka unga läkares specialistval i 'negativ' riktning.¹¹

Även i denna studie kommer ovanstående synsätt till uttryck. Det är en intressant fråga huruvida reservationerna reflekterar motstånd mot statutstänkandet som sådant, eller om de svarande själva inte är särskilt upptagna av det. Den frågan kan inte besvaras här. Emellertid kan detta 'nertystande' ses som det yttersta tecknet på statutstänkandets existens. För att tala med Foucault så är det något som hindrar att statusproblematiken artikuleras inom den medicinska institutionens diskurs. Kanske därför att där förmodas en 'sann' professionell hållning dominera - just homogenitetstanken.

Mot- och hotbilder i intervjuerna

Även i intervjuerna finns tydligt motstånd mot att prata om statuskillnader. Ingen uttalar sig öppenhjärtigt, men värderingarna finns där -

¹⁰ De svarande frågades om de ansåg att olika specialiteter tillskrivs olika status inom läkarkåren, samt ombads ange den eller de specialiteter som de tror ha högst resp lägst status inom kåren. Den läkare som här citeras tillhör det fyrtiotal läkare som utnyttjat möjligheten att kommentera statusfrågorna i enkäten.

¹¹ Neset, K m fl, 1991. De kritiserade även att allmänläkare var underrepresenterade i urvalet av läkare, vilket de ansåg kunde påverka resultatet.

implicit i läkarnas berättelser. De kommer till ytan i olika sammanhang t ex när man berättar om det egna specialistvalet, varför man har valt bort vissa specialiteter, eller när öppenvårdsarbete kontrasteras mot sjukhusarbete. Där glider värderingarna förbi den kollegiala censuren och denna subtila verklighet kommer till uttryck.

Både läkarrollen och kunskapsaspekten är centrala i läkarintervjuerna. De som själva tillhör en grupp vars status uppfattas som hög, - eller åtminstone inte låg - resonerar gärna lite förhårligande i termer av kunskap och meriter - om den egna specialiteten och den hierarki som där finns. Hierarkin ligger 'lite i sakens natur' eftersom den är betingad av kunskap och statusbegreppet kan få en individualistisk innebörd; status relateras till individer beroende på 'hur duktiga de är'. Samtidigt är det vanligt att konstruera en motbild till den egna specialiteten. De andra specialiteterna framställs som mindre märkvärdiga än den egna, 'lättare', mindre 'stimulerande' eller av någon anledning mindre attraktiva. När den egna arbetssituationen blir kärv och krävande har man denna 'motbild' - eller snarare 'hotbild' - att ställa den egna situationen mot. Motbilden blir baksidan på den spegel man speglar sig i, den professionella identiteten blir positivt bekräftad.

Följande exempel är hämtad från en informant som berättar att hon hoppade av psykiatri, vilket hon hade tänkt sig för att kunna jobba deltid och 'göra snabbkarriär' som hon uttrycker det:

De som var där samtidigt med mig är överläkare nu och jag kommer att dras med det här i 25 år innan jag blir överläkare. Tjänar femton tusen mer i månaden än vad jag gör och jag jobbar häcken av mig och de sitter på sina mottagningar med fyra patienter om dan... Alltså man blir riktigt 'avis' ibland.. men samtidigt vet jag inte om jag skulle vilja ha det. (Ur intervju-materialet).

Lägg märke till att ambivalensen i citatet helt överskuggas av nonchalan-sen där psykiatrins lättvindiga arbetssätt ger snarare legitimitet åt det egna positionen. Denna jargong kan ibland slå över i cynism vilket var fallet hos den informant som refererade sin fars uttalanden om kurskamraterna från studietiden som blivit

...lite halvt alkoholiserade provinsialläkare i någon liten ort på landsbygden och det var liksom inte det de hade blivit doktorer med stort D för. (Ur intervjumaterialet).

Som vi ser i detta citat får öppenvårdsarbetet ofta fungera som motbild. Öppenvårdsspecialiteterna beskrivs gärna som 'slentrianmässiga', de saknar sjukhusets 'stimulans' och distriktsläkarlönerna kompenserar inte för det. En intervjuperson berättar irriterad hur man under lågkonjunkturen skär ner 'riktiga' sjukhus med akutintag och intensivvård till förmån för

dagsjukhus med distriktsläkaraktigt arbetssätt där man opererar just åderbrock och ljumskbrock och sånt där och går hem kl. fyra... (Ur intervju-materialet).

Diskussion om tre statusdiskurser

Utåt agerar läkarkåren gärna som sammanhållen och homogen grupp. Mot extern kritik håller man ihop och framställer läkarkåren som en 'hårt arbetande och ansvarsmedveten yrkesgrupp', vilket vi såg i kapitel 5. Försvaret mot yttre hot är dock blygsamt jämfört med reaktionerna mot kritik *inifrån*. När en så respekterad 'insider' med 'position' som Lars Gyllensten, dåvarande prosektor i histologi vid Karolinska institutet och ledamot av Svenska akademien, framförde kritik av läkarkåren i början på 70-talet som en exklusiv och skyddad grupp med mycket av 'skråväsende' i sig, blev reaktionerna minst sagt våldsamma.¹² Gyllensten lyfte i sin artikel fram några aspekter av betydelse; att akut sjukvård prioriteras mer - socialt och ekonomiskt - än tidskrävande allmänberoende medicinska uppgifter (så som psykiatri, rehabilitering, åldringsvård, arbetsmedicin); och att tekniskt avancerad perfektionism styr prioriteringarna inom forskningen istället för största terapeutiska nytta för det stora flertalet.

Gyllensten framställdes efter artikelns publicering som förrädare, han anklagades för 'skamliga anklagelser, insinuationer och ovederhäftiga generaliseringar'.¹³ Men vad man inte minst reagerade på var att Gyllensten hävdade att andra faktorer än 'rent medicinska', - t ex social status och prestige - påverkade det medicinska handlandet, bl a valet av specialitet. Han påstod att de 'glamouriserade' sjukdomarna hade större attraktionskraft än de 'icke-glamourösa' sjukdomarnas medicin. Kritikerna hävdade indignerade och med eftertryck att det var 'kynne, håg och

¹² Lars Gyllensten "Det dolda läkarsamhället" i Läkartidningen 5/1970. Debatten om den pågick i Läkartidningen i från nr 5 till och med 20/70.

¹³ "Det dolda läkarsamhället: Svar på en provokation" av Hjalmar Wijnblad i Läkartidningen 9/1970.

fallenhet' som länkade läkarna in på någon av medicinens vitt skilda banor:

...specialiteternas prestige, ekonomiska förhållanden och därav beroende social status - ändå är av mycket underordnad betydelse i jämförelse med den roll de naturliga förutsättningarna som må vara vars och ens arvedel spelar för utövande av den ena eller andra formen av sjukvård eller för medicinsk forskning.¹⁴

Låt mig nu återanknyta till det differentierade statussystemet inom läkarkåren. De stushierarkier som Gyllensten tangerade erkände man inte öppet 'utåt' 1970 och fortfarande i dag finns det ett stort motstånd mot att vidkännas dem, som vi har sett. Stushierarkierna kommer emellertid till uttryck i kampen om resurser och i revirstrider. I följande fyra delavsnitt görs ett försök till att förankra de argument som bär upp olika stushierarkier inom läkarkåren. Tanken är, som jag dryftat tidigare, att det kan finnas *olika skäl* för de olika specialiteternas status. Jag har koncentrerat mig till de specialiteter som finns i botten och i toppen på stushierarkin.

I de första tre delavsnitten görs en djupdykning i åtskilliga debatter i Läkartidningen som har fokuserat några nyckelfrågor beträffande geriatrik, psykiatri, och allmänmedicin. Debatterna om geriatriken rör både lågstatus- och statusspecialiteter eftersom den kretsar kring de revirstrider med internmedicinen som geriatriken hade i begynnelsefasen som en ny specialitet. Debatterna om allmänmedicinen rör dels dess avgränsning som en medicinsk specialitet och dels primärvårdens profil mot bakgrund privatjourernas införande på 80-talet. Det sista delavsnittet behandlar psykiatrin och olika debatter kring den under 70-talet då psykiatrins ställning inom det medicinska etablissemangen ivrigt diskuterades.

Ett särskilt delavsnitt behandlar toppen på stushierarkin, de kirurgiska specialiteterna. Det baseras inte på debatter utan på intervjuerna samt annat material som presenteras i anslutning därtill. Det förklaras av att det är mycket sällan som kirurgin som sådan debatteras ur kritisk synvinkel inom kåren, den är inte ifrågasatt och råkar sällan i revirstrider med andra specialistområden där principfrågor debatteras. Kirurgin behöver i mindre grad än de andra specialiteterna markera sig *inåt* och legitimera sig bland de medicinska specialiteterna.

¹⁴ "Kynne, håg och fallenhet" av Folke Kolmert i Läkartidningen 20/1970.

Debatterna sträcker sig från början av 70-talet till mitten av 80-talet. Årtalet 1970 är valt som startpunkt av några skäl. Då inleddes strukturella förändringar som höll på att förverkligas en lång tid framöver som framgick av kapitel 5. Både sjukvårdsreformen och förändringarna av specialistutbildningen syftade på en 'utjämning' av professionen. Den homogenitet som *formellt* uppnåddes hade emellertid en spegelbild i den differentiering, de inre olikheter och den konkurrens som växte sig starkare. När specialistutbildningen var inordnad i den officiella läkarplaneringen fanns det anledning för läkarna att väga olika specialiteter mot varandra. Prioritering av ett specialistområde upplevdes ske på bekostnad av ett annat.

Något mer måste sägas om urvalet av debatterna. Det har givetvis pågått revirstrider mellan fler specialiteter än dem som behandlas här, t ex har revirstrider varit återkommande mellan allmänläkare å ena sidan och barnläkare och gynekologer (och även fler specialiteter) å den andra sidan. Leif Berggren och Sune Nyström har exempelvis studerat revirtänkande och revirstrider inom den öppna vården mellan allmänläkare å ena sidan och barnläkare, psykiatrer och geriatriker å den andra sidan.¹⁵ När dessa försiggått i Läkartidningen har det dock mer skett i form av enskilda artiklar och inlägg.

Jag har dels valt debatter som pågått i flera nummer av Läkartidningen och dels sådana som gett upphov till intensiva ordväxlingar av polemisk karaktär och het stämning. Debatterna som granskas har varit särskilt 'framträdande' vad gäller utrymme, längd och uppmärksamhet. Genomgången av Läkartidningen är inte heltäckande. Urvalet har skett genom "snöbollsmetoden". De artiklar och inlägg som omnämns och refererats i en debatt har samlats in och granskats. Den granskningen har i sin tur gett upphov till nya ledtrådar. Debatter som jag har bedömt varit av relevans för frågeställningarna har tagits med. Således är vissa debatter utelämnade mellan de berörda specialiteterna. Ett exempel är den debatt om begreppet "klinikfärdig" som pågick mellan långvårdsläkare och invärtesmedicinare året 1983 och rörde just gränsdragningen mellan dessa två specialiteter. I den diskussionen, som försiggick i ett ganska dämpat tonläge, tangerades inte statusproblematiken på samma sätt som i de debatter som valts ut för granskning.

De debatter som granskas har oftast tagit fart på organisatoriska eller strukturella ändringar. Debatterna tar sig huvudsakligen uttryck

¹⁵ Berggren och Nyström, 1985, s. 99-104.

som *revirstrider* eller *konkurrens om ekonomiska resurser*. Det är dock av större intresse här att granska de *argument* som framhålls och av vilka. I likhet med diskussionen i kapitel 5 (om läkarrekryteringen) kan vi se debatterna som diskurser *om* resurskamp och revirstrider men *över* underliggande och ofta kolliderande statushierarkier. Även här kommer huvudargumenten ofta till ytan omaskerade när diskussionen blir som hetast och ordväxlingarna ocensurerade.

Vi kan vidare återkoppla till diskussionen om makt i kapitel 4 och om den politiska diskursens bruk av symboliska representationer. Viktiga ledtrådar i framställningen är att se hur kampen om tolkningsföreträde och definitionsmakt förmedlas i det "seriösa talet". Maktaspekten är närvarande i försöken att frilägga olika statushierarkier i olika debatter, vilka argument som är tongivande när statushierarkierna legitimeras eller kolliderar med varandra. I vilken utsträckning framhåller debattörerna sina argument med eftertryck och självsäkerhet eller en defensiv 'underifrån' position. En annan viktig aspekt är att spåra de uttryck för en *bekönad* diskurs som kunde skönjas i debatten om läkarrekryteringen i kapitel 5.

Geriatriken - "en blandras i specialisternas kennelklubb?"

Långvården blev en egen specialitet fastställd av Socialstyrelsen året 1969. Ursprungligen innefattade den alla långtidssjuka, oavsett ålder. Vården av 'kroniskt kroppssjuka' hade tidigare varit förlagd till Fattigvårdens 'kronikerhem', vilka med 1951 års sjukhuslag utvecklades till kliniker och sjukhem. Även om långvården var bland de prioriterade områdena i svensk sjukvårdspolitik under 60- och 70-talet var den långt ifrån accepterad inom läkarkåren. Det var sedan länge helt uppenbart att långvården skulle bli ett expansivt område, inte minst på grund av den demografiska utvecklingen med allt fler äldre i befolkningen.

Allokering av resurser blev en stridsfråga framför allt mellan internmedicin och långvård. Avsnittets rubrik är hämtad ur en av de långa och tidvis heta revirstriderna mellan dessa två fält. Av revirstriderna framgår att internmedicinen utövar demarkationsförsök gentemot långvården. Att kontrastera och profilera internmedicinen mot långvården medverkade till att upprätthålla internmedicinens dignitet.

Redan år 1970, ett år efter att långvården blivit en egen specialitet, ifrågasattes satsningen på den av en tongivande invärtesmedicinsk professor, som skyllde långvården för att som specialitet ha 'lite medicinskt

innehåll'.¹⁶ Detta inlägg gav upphov till en debatt som pågick under ett par månaders tid i Läkartidningen. Långtidsvården ska inte hålla samma standard som medicinklinikerna, hävdade han, för vad långvården behöver är *inte läkare med kvalificerad specialistutbildning* utan utrymme, hjälpmedel och vårdpersonal.

Dessa argument blev så småningom den röda tråden i diskursen om geriatriken. Den internmedicinske professorn hade visioner om helt andra organisationsformer för långvård än de som höll på att utvecklas och hänvisade till en samordningsgrupp i Göteborg, där långvårdens problem löstes i samarbete mellan medicinsk personal och kuratorer, klinikföreståndarinnor, socialassistenter och *husmödrar*. Redan här kan vi se en subtilt *bekönad* underton i geriatrikdiskursen: Långvårdens form och innehåll förknippades med traditionellt kvinnliga sfärer; arbetet ansågs huvudsakligen bestå i vård, medicinskt var det så okvalificerat att diverse kvinnliga yrkesgrupper kunde göra en insats, och t o m *husmödrar*.

Substantiellt gällde debatten både vilken *läkartäthet* som skulle anses vara rimlig för långvården, samt vilken *kvalitetsgrad* skulle prägla läkararbetet. De frågorna hängde i hop med att långvården led fortfarande av svaga definitioner av områdets ansvars- och kompetensområde och att långvårdsläkarna strävade alltjämt med sin identitet. Internmedicinarna krävde att långvårdsmedicinen skulle definiera sin avgränsning mot andra discipliner som rehabilitering, socialmedicin, allmänläkeri och internmedicin. Långvårdsläkarnas perspektivering präglades av deras spaning efter definitioner och identitet. "Vi är ett slags 'allmänläkare'" framhöll en långvårdsläkare i en något artig ton i debatten där han åberopade en (annans) internmedicinsk professors definition av långvården. Den skulle vara

...*dels* förekomsten av fall med sjukdomsbilder från olika medicinska specialdiscipliner (medicin, neurologi, kirurgi, ortopedi, psykiatri), *dels vårdens tempo* och i konsekvens därmed också nödvändigheten att ägna patienten en mera total psykisk och fysisk omvårdnad än på akutsjukhuset.¹⁷

Meningsutbytena återspeglar mycket klart hur geriatriken definieras mot bakgrund av internmedicinen. Arbetets form och innehåll, exempelvis

¹⁶ "Långtidsvården och sjukvårdsplaneringen" av Lars Werkö i Läkartidningen 30/1970.

¹⁷ "Långtidsvård modell Werkö - alltjämt oförklarad" av Mats Pers i Läkartidningen 39/1970.

tempot (jfr citatet ovan) ansluter givetvis till *läkartätheten* som var en av de kritiserade aspekterna på långvården. Observera att vid det här laget planerades antalet tjänster centralt sedan specialistutbildningen införlivats i läkarpolicyn. Kritikerna av långvården hänvisade till den stora arbetsbördan på medicinklinikerna med följden att 'yngre läkare som inte är intresserade av att arbeta ihjäl sig (även mot god betalning) går över till specialiteter med lugnare arbetsförhållanden' som den internmedicinske professorn uttryckte det.¹⁸

Mot detta protesterade långvårdsläkarna att långvården inte var något 'okvalificerat latmångsöra'¹⁹ och att den vård och omsorg de långtids-sjuka behöver, kräver tvärtom god läkartillgång.²⁰ Status- och prestige-tänkandet är på något finurligt sätt inbakat i argumenten och långvårdsläkarna hävdade sin position med omvända förtecken:

På de akademiska medicinklinikerna tjänstgör de som känner sig kallade att sträva mot karriärstegens högsta pinnar. Som är inställda på en hård satsning och några års stora försakelser. Som har krafter...

..men som tur är så finns det några - som trots de negativa attityder som hämmat rekryteringen - vill arbeta inom långvård,

...och som passar utmärkt för arbetet. Bland dem icke minst kvinnliga läkare med familj. Men även andra, t ex sådana som av konstitution eller av andra orsaker inte passar för hårdkörning av den Werköska modellen. Det kan väl ändå inte vara rimligt att långvårdsläkartätheten skall dimensioneras med Werkös unga lejon som riksläkare?²¹

Långvårdsläkarna kämpade för att få bort långvårdens etikettering som 'medicinens bakgård'²² och i detta syfte marknadsförde man sig, intressant nog, som en lugn *kvinn- och familjevänlig* specialitet, som framgår av citatet. Man profilerade sig som en specialitet för de mindre karriärlystna och de som inte är så 'prestigekänsliga'. Detta har betydelsefulla implikationer för konstruerandet av diskursen som genom detta får en *bekönad* framtoning. En kvinnlig geriatriker i vårt intervjumaterial

¹⁸ "Långvården än en gång" av Lars Werkö i Läkartidningen 38/1970.

¹⁹ "Långtidsvården, Lars Werkö och röt månaden" av Mats Pers i Läkartidningen 33/1970.

²⁰ "Långvård i internistregi?" av Olof Carlander i Läkartidningen 34/1970.

²¹ "Långtidsvård modell Werkö - alljämt oförklarad" av Mats Pers i Läkartidningen 39/1970.

²² "Långtidsvård ger många 'kroniker' en bättre tillvaro" av Lars Linder i Läkartidningen 40/1970.

pratade mycket öppen hjärtigt om geriatrikens låga status över vilken hon inte verkade särskilt berörd och slutade just med att hon inte var så 'prestige känslig'.

Det är inte förvånande att långvårdsmedicinen som snabbt och kraftigt växande specialitet inte hade funnit sin slutgiltiga form i början på 70-talet. Men återigen år 1978 debatterades långvården med ännu våldsammare ordväxlingar i Läkartidningen. Då hade långvården fått sin första professur, vilket inte skett utan motstånd. Geriatriken och gerontologin hade inte blivit den 70-talets 'medicinska månfärd' som två entusiastiska långvårdsläkare i en glädjeyra förutspådde året 1970 - inspirerade efter en internationell gerontologikongress.²³ Någon menade att den istället hade blivit en 'blandras i specialisternas kennelklubb'.²⁴

Debatten fick denna gången den något finkulturella beteckningen 'Traviatadebatten' efter rubriken på det första debattinlägget "'La Traviata' och aktuell sjukvårdspolitik".²⁵ La Traviata betyder 'den vilseförda'. Hänvisningen är symbolisk och åsyftar den offentliga satsningen på långvården. Betydelsen av artikeln blev desto större som författarna var fyra medicinare med 'position' och den skrevs i en - för långvårdsmedicinerna - något nedvärderande stil. Långvården ifrågasattes både som en självständig specialitet och som organisation. Kritikerna förespråkade att långvård och akutsjukvården (åter) skulle slås samman. Här liksom året 1970 rörde sig diskursen ytterst om kampen om resurser. Man menade att 'den ensidiga satsningen' på långvården hade förorsakat en nedskrotning av akutsjukvården och argumenten reflekterade mer än tidigare den diskurs som statushierarkin baseras på.

Den *kognitiva* dimensionen i debatten framträdde likaså tydligare. Det hävdades att långvårdsmedicin hade upphöjts till specialitet i ett sjukvårdspolitiskt trick för att stimulera rekryteringen. Själva principen om en specialitet baserad på patienternas *ålder* ifrågasattes:

Det är helt felaktigt, inhumant - och även ekonomiskt vettlöst - att låta ålders misskreditera för ianspråktagande av akutklinikkens resurser.²⁶

²³ "Geriatriken - den medicinska månfärden under 70-talet?" av Lars A. Carlsson geriatrikprofessor och Sven Fröberg i Läkartidningen 6/1970.

²⁴ "En blandras i specialisternas kennelklubb?" av Mats Pers i Läkartidningen 35/1978.

²⁵ Läkartidningen 22/1978, författarna var professorerna Harry Boström, Per Olov Wester, Ingmar Bergström och Bengt Swahn som var docenter och tillika klinikchefer.

²⁶ "La Traviata..." i Läkartidningen 22/1978.

År 1970 efterlyste man definitioner och avgränsningar, och nu hävdade man bestämt att specialiteten inte uppfyllde de gällande kraven för medicinska specialiteter; *att vara väl avgränsbar mot andra specialiteter och att ha en vetenskaplig bas på universitetsnivå*. Långvårdens kunskapsområde kritiserades för att vara diffust och den självständiga kompetensen ifrågasattes:

Man menar väl ändå inte att människor med vanliga medicinska och kirurgiska och andra sjukdomar skall omhändertagas av långtidsvården bara för att de uppnått hög ålder?

som en deltagare i debatten frågade.²⁷ Formuleringen implicerar att specialitetens verksamhet är så gott om onödig.

Den *professionella läkarrollen* och dess avgränsning aktualiserades återigen men i ett vidare sammanhang: inom svensk sjukvård används specialutbildad vårdpersonal till 'tillsyn', hävdades det, en uppgift som 'frivilliga' är bättre lämpade för. Med det uttrycket åsyftas lite olika saker. Exempel som gavs var 'bekanta', 'organisationssverige', m fl, men vad som framför allt åsyftades var de '*anhöriga*' i hemmen. En föreläsare för de 'frivilligas' ökade insatser i sjukvården formulerade det så här:

Självfallet vill jag inte bli opererad annat än av en specialist på området men jag ville gärna att min hustru hjälpte mig med en hel del praktiska omvårdnadsuppgifter om jag bleve inlagd.²⁸

Citatet är hämtat ur en artikel där hela sjukvården diskuterades. I debatten gjordes en poäng av att sjukvårds- och läkararbetet inom *långvården* var särskilt okvalificerat. Det ledde inte enbart till att 'läkarrollen upplevs föga meningsfull'²⁹ utan även direkt fysiskt och psykiskt belastande, som i sin tur medför en risk för en 'andlig förslumring av miljön' som en debattör uttryckte det.³⁰

Här anknöt man till Läkarförbundets traditionella syn på läkarrollen som det exklusiva 'kvalificerade arbetet' i motsats till 'rutinarbetet' som

²⁷ "Vad kan vi göra åt långvården?" av Lars Risholm i Läkartidningen 26-27/1978.

²⁸ "Elefantjämnfotahopp på läkartår" av Göran Liedström i Läkartidningen 32-33/1978. En artikel av honom i Socialnytt 10/1977 blev refererad i debatten, varvid han ansåg sig tvingad att klargöra sina tankar om det 'frivilliga' sjukvårdsarbetet i Läkartidningen.

²⁹ Så uttryckte sig de fyra initiativtagarna till Traviatadebatten i Läkartidningen 22/1978.

³⁰ "Valmöjligheter inom äldresjukvården" av Margarethe Anderen i 32-33/1978.

annan sjukvårdspersonal kunde utföra (jfr diskussion i kapitel 5). Det som är intressant är att här diskuterades inte annan sjukvårdspersonal (vilket gjordes i debatten året 1970) när läkarrollen antogs bli för okvalificerad utan här hänvisades framför allt till kvinnors traditionella omsorgsfunktioner i hemmet. Återigen träder debattens bekönade undertoner fram.

Argumenten för långvårdsmedicinens berättigande som en självständig specialitet accepterades inte helt i det biomedicinska kunskapsparadigmet. Det var argumenten om det lugnare tempot; betoningen på vård och omsorg; att

den äldre patientens ofta multipla sjukdomar och de speciella psykologiska problemen hos långtidssjuka i alla åldrar kräver definitivt särskilda kunskaper och bearbetade erfarenheter.³¹

Det är också intressant att långvården (=åldringsvården) motarbetades av *principskäl* i debatten, med argumenten att de äldre 'misskrediterades' på grund av ålder. Vid det här laget ifrågasatte ingen principen om det specifika i barnmedicinen och att barn ska behandlas på barnkliniker, vilket dock inte var självklart några årtionden tidigare.³²

En kvinnlig geriatriker i intervjumaterialet - som ju återspeglar förhållandena vid mitten av 90-talet - bekräftar hur föraktfullt det alltjämt pratas om geriatrikerna, som en 'mindervärdig form av internmedicin'. Hon berättar att de gamla överhuvudtaget har låg status om de inte har någon intressant sjukdom, för då dyker det genast upp någon *specialintresserad* läkare. Anledningarna till detta är, enligt henne, att medan kunskapsutvecklingen går i riktning mot *allt större specialisering* är det nya med geriatriken att man *breddar igen*, man har ett större register.

Detta rimmar väl med mina resonemang om det biomedicinska kunskapsparadigmet. Flera argument kan framhållas avseende den kognitiva aspekten: det lugna tempot, vården och omsorgen kolliderar med effektivitetstanken; det kroniska (oavsett ålder) är ju det *obotliga*, mot vilket det biomedicinska paradigmet inte har något handlingskraftigt svar på. Här samverkar därför två olika statushierarkier på så sätt att det biomedicinska paradigmet även försvagar den professionella läkarrollen.

³¹ "Traviata-kvartetten förvånansvärt okunnig om dagens långtidsvård" av Mats Pers och Birgitta Swartz i Läkartidningen 25/1978.

³² "Skall internisterna ta över långvården?" av Percy Nordquist i Läkartidningen 28-29/1978.

Allmänläkaren - en 'snackedoktor' eller kvalificerad specialist?

Allmänmedicinen blev en egen specialitet år 1982, varefter den haft att leva upp till de krav som ställs på en specialitet, att avgränsa ett kunskapsområde för forskning, utveckling och utbildning. När allmänmedicinen diskuteras framträder många aspekter. Den kunskapsmässiga nivån framstår i diskursen som viktigare än den professionella läkarrollen, men av särskild betydelse är den *rumsliga* organiseringen eftersom allmänmedicinen oftast är lokaliserad till vårdcentraler. Diskussionen om allmänmedicinen är därför svår att hålla isär från diskussionen om primärvården, detta inom svensk sjukvård så högprioriterade fält alltifrån 60-talet. Som framgått präglas vårdcentralerna av en mycket liten intern läkarhierarki och även en plattare auktoritetsstruktur när det gäller övrig personal. Distriktsläkare med fast anställning inom öppen vård får exempelvis löner som ligger på överläkarnivå.

När det gäller allmänläkarnas specialistutbildning så har den varit ett undantag bland specialiteterna genom att särskilda regler gällt för den redan från början. I den specialistutbildning som infördes år 1969 fastslogs 4-6 år för de flesta specialiteterna utom den för allmänpraktiker som var tre år - främst med anledning av provinsialläkarkrisen (se kapitel 5). När allmänmedicin fastställdes som en egen specialitet innehöll den sex (upp till åtta) olika utbildningsavsnitt medan andra specialistutbildningar hade två (resp fyra).³³

Under åren 1980 och 1981 debatterades läkarrollen i Läkartidningen under vinjetten "Social biktfader eller medicinsk expert". Redan rubriken visar vilka frågor som berördes. Debatten var delvis en fortsättning på de teman som låg under ytan i debatten om läkarrekryteringen 1977 (se kapitel 5), exempelvis vilken roll läkaren bör ha i samhället och hur han/hon skall arbeta inom sjukvården. Inte minst blev läkarrollen aktuell i anslutning till den planerade omorganiseringen av läkarnas utbildning som fastställdes 1982 då allmänmedicin fastslogs som en egen specialitet, men även i relation till läkarprognoserna och andra diskuterade förändringar av hälso- och sjukvårdslagen.³⁴

³³ Specialistutbildning i allmänmedicin innehöll: allmänmedicin, internmedicin, psykiatri, barnmedicin, obstetrik/gynekologi och långvårdsmedicin. Se "Specialistutbildningen i allmänmedicin - resultat från en enkät" i Läkartidningen 36/1983.

³⁴ "Viktig rolldebatt" Läkartidningens ledare i 44/1980.

Lika omöjligt som det är att sy upp en kostym som passar alla 50-åringar i Sverige, lika omöjligt är det att skapa en generell läkarroll.³⁵

Denna formulering av en läkare i debatten om läkarrollen år 1980 är ett tecken på att man offentligt börjat dryfta tanken om en mer *heterogen läkarroll*, som ju annars väcker ett stort motstånd bland läkarna (som exempelvis är synlig i debatter kring långvården och psykiatrin). I synnerhet allmänläkarens yrkesroll kom i fokus. Att den skiljer sig från specialisternas var en aspekt som figurerade starkt i debatten men man tvistade om hur *specialiserad* den kunde anses vara i medicinsk bemärkelse.

Att allmänläkarrollen skiljer sig från specialistrollen både framhölls och nedtonades av allmänläkarna själva och den nyansskillnaden verkar bestå. En klinisk lärare i allmänmedicin framhöll i en senare debatt i Läkartidningen (under året 1983 vilket jag återkommer till) att allmänläkarnas kliniska arbete skiljer sig *så väsentligt* från sjukhusläkarnas att de till synes självklara begreppen 'diagnostik' och 'behandling' måste vidgas för att bli relevanta för allmänläkaren.³⁶ En allmänläkare i vårt intervjumaterial - som ju återspeglar tidsandan i mitten av 90-talet - framhåller motsatsen, vilket kan tyda på att det alltså finns konkurrerande synsätt: Han tonar ner skillnader i läkarjobbet och menar att 'hela läkarjobbet är ju samma sak egentligen, man ska undersöka och ställa diagnos och behandla.'

En central fråga i diskursen om allmänmedicinen är hur definierbar och avgränsningsbar den är som en medicinsk specialitet och på vilka vetenskapliga premisser den vilar. I en debatt år 1983 om allmänmedicinen i Läkartidningen, ett år efter att den blev en egen specialitet, frågade kritikerna intensivt om allmänläkarnas professionella expertis bestod. En allmänmedicinsk professor, Gösta Tiblin, som på tidigt 80-tal var känd som primärvårds- och egenvårdprofet framhöll kort och gott följande definition av allmänmedicinen i debatten:

Allmänmedicinen är vad allmänläkarna gör ute på vårdcentraler, läkarstationer och framför allt inom den viktiga delen av verksamheten som sker extramuralt, d v s utanför vårdcentralerna i uppsökande och förebyggande verksamhet.³⁷

³⁵ "Framtidens läkarroll. Läkaren och samhället" i Läkartidningen 45/1980.

³⁶ "Innehållet i allmänläkarnas arbete" av Bengt Mattson i Läkartidningen 25/1983.

³⁷ Gösta Tiblin var ansvarig för den första *rent* allmänmedicinska institutionen i Sverige. Se en intervju

Även om Tiblin ansåg beskrivningen av allmänmedicinen fortfarande bristfällig år 1983, menade han att den vetenskapliga *metodiken* kunde fastslås. Den skulle innebära epidemiologisk kartläggning av befolkningens hälsotillstånd; att utveckla kunskap och klinisk metodik kring de vardagssjukdomar som dominerar primärvårdens verksamhet. Tiblin talade om 'allmänmedicinens 35 sjukdomar och tjugotal symptom', med det menade han typiska vardagskrämpor i stil med övre luftvägs- och urinvägsinfektioner, onda ryggar, huvudvärk, ångest, oro etc. Allmänmedicinens innehåll var enligt Tiblin att behandla *symptomens* naturalhistoria, medan specialisterna arbetar med *sjukdomars* naturalhistoria. Här föreslogs alltså att allmänläkarprojektet mer syftade *på bredden än på djupet* i det medicinska kunskapsparadigmet. Vi ser uppenbara likheter med långvården.

Gränsdragningen mellan det sociala och det psykologiska å ena sidan och det strikt medicinska å den andra, är en annan debatterad aspekt som visar allmänmedicinens utsatta position i det biomedicinska paradigmet. En äldre generationens allmänläkare menade i debatten år 1983 att allmänläkaren '*står i korsningen mellan patientens subjektiva upplevelser och tolkning av deras innebörd å ena sidan och sina naturvetenskapliga kunskaper å den andra*'. Men eftersom det hör till läkarnas skolning att hävda företrädet för de biologiskt/medicinskt angripbara problemlösningarna, är det en allt större del av allmänläkarnas arbete som inte faller inom dessa referensramar, hävdade han.³⁸

Skärningspunkten mellan det medicinska och det sociala medförde uppenbara problem för allmänläkarna. Det hela blev inte bättre av att allmänläkarna inte var helt eniga i vilken strategi som skulle drivas. Nyansskillnaderna syns av att i en replikerande artikel varnar en verksam distriktsläkare för faran att överbetona det psykosociala:

Jag tror man får passa sig så att inte den nye svenske distriktsläkaren framstår som något slags "snackedoktor" som klappar patienterna och hjälper dem att lösa existentiella problem.³⁹

med honom i Läkartidningen "Ge statsbidrag för att locka landsting att påskynda primärvårdens utbyggnad!" 36/1983.

³⁸ "Att mäta och värdera - reflexioner om primärvårdens kvalitetsproblem" av Gustav Haglund i Läkartidningen 35/1983.

³⁹ Aspekter på allmänmedicin" av Ingemar Fagelund i Läkartidningen 37/1983.

Primärvården

Som framgått är diskursen om allmänmedicinen som specialitet och allmänläkarnas yrkesroll tidvis svår att hålla isär från diskursen om primärvården. Olika statushierarkier blir invävda i varandra och svåra att särskilja.

Hösten 1983 initierades en debatt om primärvården med anledning av en tidningsartikel där vårdcentraler kritiserades hårt.⁴⁰ Där kritiseras primärvården som en mycket dyrbar felsatsning på bekostnad av den slutna vården. Allmänläkarna anklagades för bristande kunskap och arbetssätt, att bara ta de 'enkla fallen' och för att remittera för mycket till specialisterna. Arbetstakten inom primärvården påstods vara för lugn, arbetssättet 'komtemplativt' och miljön passiviserande. Patienterna tar inte allmänläkarna 'på allvar' sades det, eftersom patienterna vill bli 'botade', inte ha 'social omvårdnad'. Primärvårdens 'honnörsord' (närhet, kontinuitet, kvalitet, helhetssyn, förebyggande arbete, befolkningsansvar) avfärdades som 'delvis tomt prat'.

Kritiken av allmänmedicinen fortsatte i samma takt, även efter att de försökt försvara sitt revir:

Ett av felen med primärvården är att distriktsläkarna skall bestyra allt. De förutsätts ha en kompetens som de inte besitter. Hur skall de t ex kunna handlägga kirurgiska problem utan att det ingår en enda dags tjänstgöring i kirurgi, ortopedi eller urologi i deras specialistutbildning.⁴¹

Den breda eller ytliga *kunskapsförankringen*, det långsamma *tempot* och allmänläkarens oförmåga att utöva sin *läkaruppgift* - att bota eller vårda är argument som också är mycket tydliga i *intervjumaterialet*. Vi såg tidigare hur allmänmedicinen är en vanlig mot- och hotbild när det egna specialistvalet försvaras. Följande citat ur intervjumaterialet där en sjukhusspecialist resonerar om distriktsläkarnas löner, reflekterar ett liknande förhållningssätt till deras ansvar och kompetens:

⁴⁰ "Läkarkritik mot vårdcentraler - en dyrbar felsatsning" i Dagens Nyheter 16. september 1983 där chefläkare i Stockholm, Sven Rune Johanson, intervjuades och Anders Hulth ortopedprofessor i Lund refererades. Det var många som gick i svaromål efter DN artikeln, se bl a "Samarbete bättre än konfrontation" av Gösta Brydolf och "Tyckande utan fakta - farligt för sjukvården" av Sten Larsson, Jonas Jonsson och Karin Fahlgren i Läkartidningen 45/1983. Något tidigare, eller i slutet av året 1982 hade man ett reportage i Läkartidningen med rubriken "Privat jour med hembesök - är det geschäft?" av Åge Ramsby, se Läkartidningen 49/1982.

⁴¹ Både Sven Rune Johanson och Anders Hulth gick i svaromål i Läkartidningen 45/1983. Citatet är från Anders Hulths replik, se Läkartidningen 45/1983 "Kommentar II" av Anders Hulth och "Kommentar III" av Sven Rune Johanson.

Av någon anledning får alla läkare i öppen vård överläkarlöner så fort de får en öppenvårdstjänst. Då är de 'självständiga', det är någon kupp de gjorde för länge sen. Och detta är en av orättvisorna inom läkarkåren som måste ändras. De som har för lite att göra eller för lite problem att ta itu med och är uttråkade i jobbet av den anledningen, de får avsevärt högre lön som kompensation för tråkigheterna. Så ser dom det. Och så fort det blir problem som behöver lösas, så istället för att lösa dem så skickar de iväg patienterna till folk som har upp till 25 års erfarenhet av att lösa specifika problem, de svåraste problemen som finns inom medicinen och får kanske tio tusen mindre i månaden för det. (Ur intervjumaterialet).

I detta uttalande mejslas fram de nyckelbegrepp som ligger till grund för allmänläkarnas låga status; allmänläkararbetets innebörd, betydelsen av den sociala organiseringen och lokaliseringen av läkararbetet. Inte minst associeras till den statusinkonsistens som uppstår där olika statushierarkier kolliderar.

Privatpraktiserande läkare

Diskussionen om allmänmedicinens premisser aktualiserades återigen i en het debatt om privatpraktiserande läkare år 1983. Även om den svenska läkarkåren mer eller mindre vuxit fram inom ett offentligt hälsovårdssystem har privatpraktiker alltid varit ett element i den svenska läkarkåren, vilket framgick i kapitel 5. Läkarförbundets politik var att bibehålla de privatpraktiserande som alternativ till den offentliga vården men syftade inte på en utökning. Man angav bl a som skäl att privatpraktikerna var billigare.⁴²

Inom professionsteorin har den privatpraktiserande läkaren traditionellt varit något av en idealtyp för läkarkåren som en 'fri oberoende profession'. Detta har inte tillförsäkrat de privatpraktiserande en hög status inom läkarkåren. Tvärtom så figurerar de bland de som tillskrivs låg status, exempelvis nämns privatpraktiserande läkare överhuvudtaget inte som högstatusspecialiteter i enkätmaterialet, medan en handfull personer nämner dem bland lågstatusspecialiteterna. Men vad är det som gör att den privatpraktiserande läkaren figurerar bland dem som tillskrivs lägst status bland läkarna själva?

⁴² Se "Ska privatläkarna utrotas?" Läkartidningens ledare i 9/1977.

Freddy Castro har arbetat fram en ny typologisering av de professionella, som bygger på deras sammanslutningar eller nätverk där axeln privat - offentligt utgör den viktigaste skiljelinjen. Det är intressant i detta sammanhang att se min diskussionen i det följande mot bakgrund av Castros argumentation. Castro hävdar med Thomas Brante att en privatpraktiserande läkare kan ha mera gemensamt med en privatpraktiserande jurist än sina kolleger i stora sjukhusorganisationer vad gäller bl a inkomst, prestige, politiska åsikter och generell världsbild.⁴³

Privatpraktiserande läkare tillhör de 'marknadsprofessionella', som karaktäriseras av *individualism, profitsökande, konkurrensanda* och *motstånd mot statens intrång* i de professionella reviren enligt Castro. Offentligt anställda läkare tillhör däremot de 'välfärdsprofessionella' som delar med de marknadsprofessionella en kult av individuella meriter, vetenskaplig auktoritet och arbetsdiskretion, men kompletteras av uppfattningen att dessa professioner är 'samhälls- och människocentrerade' och att välfärdsstaten är den enda instans som kan organisera dessa tjänster eftersom den antas stå över marknadskrafterna.⁴⁴

I kapitel 5 beskrevs den historiska utveckling som innebar att läkarnas fria yrkesutövning inordnades alltmer under en statlig reglering. Jag återopade Carder och Klingeberg som såg detta som ett sätt att administrera de underliggande konflikter som tidvis hotade att splittra Läkarförbundet, konflikter mellan äldre och yngre läkare, öppenvårds- och slutenvårdsläkare, samt mellan olika specialistgrupper. Läkarförbundets professionella strategi kom därigenom att förändras. Man valde att med myndigheterna delta i planeringen av en 'solidarisk läkarförsörjning' mot en viss garanti av läkarutbildningen, inte minst specialistutbildningen, men även arbets- och lönevillkoren för de yngre läkarna. *Detta blev den professionalism som Läkarförbundet drev i årtionden och som stora delar av läkarkåren verkar ha identifierat sig med.*

Detta blir viktigt att ha som bakgrund till den debatt som ägde rum på 80-talet kring nyetableringen av privatpraktiker. De olika konkurrerande perspektiven mellan de 'marknadsprofessionella' och 'välfärdsprofessionella' (i Castros termer) utkristalliserades särskilt tydligt år 1983 i debatten om privatläkare och privatjourer. En etablering av hembesöksenheter och privatjourer tog fart åren 1982-83, som hade möjliggjorts av en lagändring år 1977. Detta blev huvudsakligen 'fritidspraktik' för hel-

⁴³ Brante, Thomas, 1990, "Professional Types as a Strategy of Analysis" i Burrage M & Torstendahl R (ed) *Professions in Theory and History*. Sage, s. 81.

⁴⁴ Castro 1992, s. 214.

tidsarbetande offentliganställda läkare. Inte minst var det City-akuten i Stockholm, som startades år 1983 efter amerikansk förebild, som gav näring åt debatten. Läkarförbundet försvarade privatiseringstendenserna - som ett komplement - men nu även med tanke på den kärva arbetsmarknadssituationen för läkarna. Bland politiker och administratörer förekom främst samhällsekonomiska- och solidaritetsargument.⁴⁵

Själva läkarkåren verkade splittrad i två läger, kritiker respektive försvarare av privatetablering. Kritikernas huvudsakliga argument låg på den medicinska eller kunskapsmässiga nivån, även om samhällsekonomiska argument förekom. Man använde uttryck som 'bilburna sjukvårdspirater' och 'sjukvård enligt Hemglassystemet'. Det var emellertid argumenten som rör *kompetensen* och den *kunskapsmässiga aspekten* som mest och ivrigast diskuterades. Där blir det särskilt tydligt att debatten kan säga handla *om* revirtänkande men *över* konkurrerande statushierarkier.

De kritiska argument som framfördes mot privatisering byggde på den professionalism som Läkarförbundet - å läkarkårens vägnar - implicit förhandlat fram genom sitt praktiska agerande. Av central betydelse var å ena sidan accepterandet av de *horisontella kunskaps- och ansvarsreviren*, vilket innebär att när man väl godtagit allmänmedicinen som specialitet var det enda rimliga att i möjligaste mån respektera dess verksamhetsområde. Å andra sidan bygger argumenten på accepterandet av *läkarkårens samhälleliga ansvar* för den solidariska läkarförsörjningen. En viktig ingrediens i detta är den traditionella läkaridentiteten som en 'hårt arbetande och ansvarsmedveten yrkeskår' som inte styrs av egenintresse i sitt handlande.

Det man huvudsakligen hävdade från allmänläkarnas och distriktsläkarnas sida mot privatjourerna och privatläkarna var deras bristande kompetens att sköta primärvård. De kritiserade privatjourerna för att arbetets organisering antogs ske under medicinskt oacceptabla villkor, varför patienten fick sämre vård och de anklagade de privatpraktiserande

⁴⁵ Som tidigare kämpade landstingen hårt emot och även sjukvårdens administratörer var negativa, medan politiker inte verkade riktigt veta vilket ben de skulle stå på (se exempelvis Läkartidningens ledare "Kan doktorn komma?" i 49/1982). Landstingsförbundets argument var att den solidariska läkarförsörjningen motarbetades, att försäkringsmedel slösades bort av fritidspraktiker i storstad, där läkarförsörjningen redan var bra (se en intervju med Kurt Ward Landstingsförbundets ordförande i Läkartidningen 10/1983 "Försäkringsmedel slösas bort av fritidspraktiker i storstad"). Biträdande socialminister, Gertrud Sigurdson talade om resurshushållning och såg privatetableringen som ett vårdmässigt och ekonomiskt problem (Se "Fritidspraktikerna och samhällssynen" i Läkartidningen 19/1983) och framhöll att medan fritidspraktikernas verksamhet ingick i samhällets ersättningsystem var det rimligt att samhället hade ett inflytande över deras verksamhet (se Läkartidningens referat av riksdagsdebatten om privatetableringen "Riksdagsdebatt om fritidspraktiker: "Inget samhällsstöd för golf" sa statsrådet" i 11/1983).

fritidsläkarna för fel diagnostisering och medicinering. En allmänläkare påminde i debatten om att Sveriges privatpraktiserande läkares förening (SPLF) *själv* hade krävt att privatpraktik ej fick bedrivas utan specialistutbildning inom verksamhetsområdet. Denne läkare sa om specialistkollegerna i privatjourverksamheten

"vi har bildligt talat fått sopa upp spillrorna efter dem".⁴⁶

En annan debattör uttalade sig i förkylande termer om det slöseri med resurser att högt utbildade specialister befattade sig med okvalificerat jobb, att 'välutbildade kirurger åkte omkring i bilar och botade snuvor i hemmet' och skötte uppgifter på 'distriktssköterskenivå' och att det var profit-tänkande och 'geschäft' som låg bakom.⁴⁷

Av privatjourernas förespråkare framgick att de betraktade läkarbanan först och främst som ett *hierarkiskt uppbyggt kunskaps- och kompetenssystem* där en specialist som exempelvis valt thoraxkirurgibana, *likafullt* omfattade kompetens som allmänläkare. De verkade inte acceptera den horisontella ansvarsfördelningen med allmänmedicin som en självständig gren med eget kunskapsområde, utan betraktade den som en lägre nivå i en generell kunskapsutveckling. I detta sammanhang är det intressant att erinra om att ett decennium tidigare - d v s i slutet av 60-talet fördes liknande debatt i Läkartidningen fast med omvända förtecken. Saken gällde huruvida de privatpraktiserande läkarna skulle åläggas jourskyldighet för att avhjälpa provinsialläkarnas övermäktiga arbetsbörda. Läkarförbundet sade bestämt nej bl a med hänsyn till privatpraktikernas ålder men framför allt därför att ungefär 40 procent av de cirka ett tusen privatpraktikerna var specialister, varav

en stor del så 'extrema' att de under flera år inte sysslat med den form av allmänmedicin som krävs för jourverksamhet.⁴⁸

⁴⁶ Wiveka Elmér, se reportage om privatjourerna ("Replik: Primärvårdens totalansvar positiv form av revirtänkande" i Läkartidningen 3/1983). En specialist (medlem i en hemläkarjour) gav omedelbart igen med samma anklagelse mot allmänläkare i öppen vård ("Sjuka argument för en sjuk sak?" av Jan Malmaeus i Läkartidningen 3/1983).

⁴⁷ Åke Nordén överläkare och professor i allmänmedicin i Läkartidningens reportage "Privatjour med hembesök - är det geschäft?" i 4/1982.

⁴⁸ Se Läkartidningens ledare i 14/1969: "Generell jourskyldighet kan inte accepteras" och "Sveriges Läkarförbunds verksamhetsberättelse 1968-1969" i Läkartidningen 19/1969.

Socialstyrelsens svar var att fastslå att inga formella behörighetsvillkor gällde för denna verksamhet och meddelade att alla läkare genom sin legitimation var behöriga härtill med formuleringen att förvärvad specialist-behörighet 'medför ingen inskränkning i detta avseende'.⁴⁹

Läkarförbundet påpekade med eftertryck att man gick med på detta som en nödlösning i ett bristläge men att man i princip inte kunde acceptera Socialstyrelsens inställning, d v s att den sjukvård som skall skötas av speciellt utbildade allmänläkare, under natten omhändertas av andra läkare, exempelvis läkare med kompetens i viss specialitet:

En sådan åtgärd skulle bryta sönder den inriktning av vidareutbildningen på bestämda arbetsuppgifter som spelar en väsentlig roll.

Läkarförbundet gick med på detta som en *nödlösning*.⁵⁰

Kolliderande perspektiv

I debatten om privatläkarna och privatjourerna möts enligt min mening två kolliderande perspektiv. Å ena sidan den typ av *professionalism* Läkarförbundet drev och försvarade år 1969 i debatten om privatläkarnas eventuella jourskyldighet som refererades ovan och å andra sidan principen om den *marknadsstyrda* sjukvården, där efterfrågan på läkare blir en central aspekt. Den individualism och konkurrensanda som kännetecknade de 'marknadsprofessionella' utkristalliserades i debatten år 1983.

Privatläkarnas försvarare (bl a Läkarförbundet) betonade frihetsbegreppet i en närmast abstrakt bemärkelse. Man framhävde att den 'fria' yrkesutövningen och patienternas fria val stod på spel. Man talade i termer av 'friheten i samhället'; om läkarnas 'frihet' att utöva sjukvård på sin fritid istället för att spela golf (en aspekt som framfördes i riksdagsdebatten om saken); och man menade att den stora efterfrågan som rådde visade att behovet fanns.⁵¹ Detta perspektiv kolliderar med den professionalism som läkarkåren, genom Läkarförbundet utvecklat genom åren som en 'ansvarsmedveten och hårt arbetande yrkeskår'.⁵²

Kontroversen visar tydligt hur man talade förbi varandra. Privatiseringens kritiker såg den som ett hot mot 'rättvisa i vården' och ansåg att

⁴⁹ Se "Socialstyrelsen: Specialister med i öppna vårdens jour på försök" i Läkartidningen 17/1969.

⁵⁰ Ur "Sveriges läkarförbunds verksamhetsberättelse 1968-1969" i Läkartidningen 19/1969, s. 2007.

⁵¹ Läkartidningen framhöll i en ledare, "Ideologisk panik" i 14/1983, att efterfrågan visade att behovet fanns. I en ledare "Tvångsplanering?" i 19/1983 försvarar Läkarförbundet privatetableringen. Om riksdagsdebatten se referat i Läkartidningen 11/1983.

⁵² Se diskussionen om sjukvårdsreformen i kapitel 5.

människors osäkerhet i medicinska frågor utnyttjades. De hävdade att möjligheten till rätt diagnos ökade om patienten handläggs på rätt nivå, *men vilken nivå kan inte patienten avgöra eller själv känna till*.⁵³ Dessa argument är av fundamental betydelse: Om marknadsargumenten dras till sin spets innebär det att läkarnas kunskap att bedöma, sortera, diagnostisera, behandla o s v *undergrävs*. Det innebär att patienten själv antas kunna bedöma vilken vård han behöver, på vilken nivå e t c, en kunskap som man hittills endast tillerkänt läkaren i kraft av sin utbildning och professionella expertis.

Läkarförbundet - som hade ställt sig bakom huvuddragen i den offentliga hälso- och sjukvårdspolitiken, accepterat och deltagit i den statliga styrningen och regleringen av vidareutbildningen och försvarat specialisternas 'revir' - vacklade nu i sin inställning.⁵⁴ Man anklagade politikerna för monopolsträvanden, 'ideologisk panik', man framhöll marknadsargument, fri konkurrens och man resonerade t o m i termer av folkets efterfrågan.⁵⁵ Detta är ett bra exempel på den tvetydighet Läkarförbundet intagit i förhållandet till statsmakten som diskuterades i kapitel 5 där Läkarförbundet ibland accepterar staten som en effektiv beskyddare av läkarnas professionella intressen men ibland anklagar den för att vara boven i dramat.

I en kort men koncis sammanfattning klargjorde Gösta Brydolf i en artikel i Läkartidningen paradoxen i Läkarförbundets politik, där kärnfrågorna kan sägas komma till uttryck. Enligt Brydolf försökte man sitta på flera stolar samtidigt:

1. Man kan inte försvara och uppmuntra en kraftig privatetablering... och på samma gång hävda att läkarna aldrig styrs av ekonomiska morötter utan en övergripande ambition att hjälpa patienten oberoende av vem denne patient är.
2. Man kan inte plädera för en snabb neddragning av läkarutbildningen och på samma gång hävda att etableringen av fritidspraktiker i Stockholms innerstad är nödvändig och tillgodoser väsentliga hittills otillfreds-

⁵³ Wiveka Elmérs replik "Primärvårdens totalansvar positiv form av revirtänkande" i Läkartidningen 3/1983.

⁵⁴ Se "Prioritera rätt" Läkartidningens ledare i 30-31/1983. Även om Läkarförbundets intällning inte är föremål för explicit granskning är den av visst intresse i många sammanhang. Läkarförbundet försöker i sin politik att värna *allas intressen* och därför utmejslas tvistefrågorna ofta särskilt tydligt i förbundets agerande och de självmotsägelser som där kommer till uttryck.

⁵⁵ Se Läkartidningens ledare i 14/1983: "Ideologisk panik". Vid samma tidpunkt uttalade sig den danska läkartidningen mycket hårt emot privatiseringsvägen i Danmark vilket man fruktade skulle motarbeta den hälsovårdspolitiska målsättningen att all sjukhusbehandling på högsta läkarvetenskapliga och vårdmässiga nivå skall erbjudas gratis. Se Läkartidningen 34/1983 "Privatiseringsdebatten i Danmark. Lægeforeningen ser helsevårdspolitisk risk med parallellt sjukhusvæsen i privat regi".

ställda medicinska behov bland befolkningen i dessa områden. Om nu dessa behov existerar bör de väl i så fall också tillgodoses i övriga delar av landet där läkartätheten är hälften så stor. Med denna argumentering blir välgrundade motiv att dra ner läkarutbildningen mycket svåra att försvara.

3. Man kan inte hävda att det är närmast oansvarig misshushållning att tvinga högt utbildade och kvalificerade specialister vid sjukhusens akut-mottagningar att ta hand om banala, ibland helt onödiga vardagskrämpor och problem och samtidigt med eftertryck försvara att samma specialister i privat regi är mycket väl skickade att ta hand om just dessa patient-grupper.⁵⁶

Psykiatri - 'är själen social?'

Ända sedan Mentalsjukvårdsdelegationen uttryckte sig mycket kritiskt om förhållandena inom mentalvården åren 1957-1958 har psykiatrin varit i ett kritiskt fokus. Särskilt intensivt diskuterades psykiatrin i slutet av 60-talet och början på 70-talet. Såväl form som innehåll, vårdorganisation och behandlingsmetoder kritiserades. Psykiatridebatten och de spörsmål den berörde påverkades mycket av det politiserade samhällsklimat som rådde, men debatten kom även rakt in i andra vetenskapliga, kunskapssteoretiska problemfält, exempelvis om gränsdragning mellan *humaniora* och *naturvetenskap*, om definitioner av sjukt och friskt och om läkarens - i synnerhet psykiaterns - roll i sammanhanget.⁵⁷ En av de incidenter som direkt engagerade debattörerna var ett samhällskritiskt TV-spel, "Vårdaren" - som visades året 1969. I spelet kritiseras psykiatrin för att stå på systemets sida och sträva efter en ökad maktställning inom vården.

Kunskapsmässigt präglades klimatet av en djup klyfta mellan psykoanalytiskt eller *psykodynamiskt präglad psykiatri* och den konventionella psykiatrin, *den biologiskt - naturvetenskapliga*. Den intensiva psykiatridebatten kring 1970 kretsade inte kring en eller ett par kärnfrågor utan en rad aspekter där renodlade ståndpunkter inte är lätta att ringa in. Den

⁵⁶ "Läkarförbundet och privatiseringen" av Gösta Brydolf i Läkartidningen 30-31/1983. Dessa frågor aktualiserades återigen 1991 när nuvarande privatiseringstendenser och marknadsrelatering fått luft under vingarna, se bl a "Regeringsförklaringen: Fri etableringsrätt för läkare. Översyn av sjukvårdens finansiering" i Läkartidningen 43/1991 och "Sjukvårdsministern: Läkarförbundets skiss för sjukvården andas övertro på professionell kontroll" i Läkartidningen 50/1991.

⁵⁷ Debatter om psykiatrin fördes ofta i politiska, 'revolutionära' termer, psykiatern fick beteckningar i stil med 'reaktionära stofiler' eller 'knektar i den härskande klassens tjänst'. För att komma åt debattens kärnfrågor försöker jag så långt det går att bortse från denna jargong. Belysande exempel finns exempelvis i "Engelskt beröm åt svensk psykiatri" av Per Dalén i Läkartidningen 1/1970, förordet till "Den missbrukade psykiatrin" i Läkartidningen 38/1970, Per Dalén samt Bengt Eriksson och Jan Wälinder "Psykiskt sjuka till medicinklinikerna?" i Läkartidningen 52/1969.

'nya' psykiatrin attackerades av den konventionella psykiatrin, som i sin tur kritiseras av andra närliggande medicinska specialiteter, såsom neurologin. Från det motsatta hållet kritiseras både den konventionella och den 'nya' psykiatrin av den politiska vänstern.

En viktig del av debatten rörde själva *sjukdomsbegreppet*. Psykiatrins traditionella sjukdomsbegrepp kritiserades från sociologiskt respektive vänsterradikalt håll för att vara för *snävt*, samtidigt som det kritiserades från det medicinska etablissemanget för att vara för *brett*. Uppe till diskussion var inte minst den utvidgning av psykiaternas verksamhetsområde som en bred sjukdomsdefinition förde med sig, men även nya arbetssätt, nya aspekter på sjukdomars *uppkomst* såväl som deras *behandling*. Kaj Håkansons doktorsavhandling om sjukdomsbegreppet år 1969 "Psykisk sjukdom: illusioner och realiteter" visar det breda intresse som sjukdomsbegreppet rönt. Hans avhandling fick ett ljummet mottagande av psykiaterkåren.⁵⁸

Under hela 70-talet bekymrade sig svenska läkare - liksom flera andra grupper i samhället - över Sovjetunionens missbruk av psykiatrin genom att förpassa politiskt obehagliga personer till sluten psykiatrisk vård.⁵⁹ Men intressant nog förekommer kritiken om 'missbrukad psykiatri' även i Sverige (och en del andra länder) fast med något andra förtecken.

I en artikel införd i Läkartidningen året 1970 av den brittiske neurologen Henri Miller, riktades udden mot den 'nya' psykiatrin som p g a dess *spekulativa karaktär* och *ovetenskapliga metodologi* lett till ett allvarligt missbruk. Utifrån en strikt medicinsk definition av sjukdomar och behandlingsmetoder kritiserade författaren psykiaterkåren för att inte hålla sig inom sitt kvalifikationsområde. Psykisk sjukdom är en sjukdom med psykiska symptom men orsakad av störningar i andra somatiska system, enligt honom, medan psykiaternerna alltmer befattar sig med sociala eller samhällseliga problem. 'Missbruket' bestod i att tilldela friska människor status som sjuka med de privilegier som följer med detta.

Det är självklart att man inte skall säga åt en deprimerad patient att ta sig samman och fortsätta arbeta. Det finns emellertid många situationer då en

⁵⁸ I en anmälan i Läkartidningen antas Håkanson vara en av ideologerna bakom 'avpsykiatiseringssträvandena' som en del ansåg förknippade med den 'vänsterextremismen'. Se "Sjukdomsbegreppet i psykiatrin" av professor Jan-Otto Ottoson i Läkartidningen 13/1970.

⁵⁹ Detta diskuterades av och till i insändare och artiklar i Läkartidningen under 70-talet. Se exempelvis "Protestera mot missbruket av psykiatrin!" av Harald Blomberg i Läkartidningen 21/1978.

patient med mindre allvarliga symptom behöver få ett klart besked att hans besvär ej är märkvärdigare än de ryggbesvär som plågar så många av hans medmänniskor, eller de liktornar som resten lider av.⁶⁰

Artikeln var odiplomatiskt formulerad och ledde till ilska reaktioner. Samtidigt fångade författaren det centrala i den kritik som hela psykiaterkåren - efter den dynamiska psykiatrins framväxt - utsattes för av sina kolleger från andra medicinska fält. Något senare under året 1970 irriterade sig en kvinnlig läkare i en insändare i Läkartidningen över psykiatribegreppets vidlyftiga innehåll. Följande citat där psykiatrins förmenta missbruk sattes i en svensk kontext visar att Miller haft meningsfränder i Sverige:

Redan nu hänvisas ett stort antal icke psykiskt sjuka men olyckliga och svårangepassade människor till psykiater. En del söker själva för att åtnjuta sjukförmåner eller för att gripa efter det halmstrå som erbjudes. Många psykiatrer lägger sålunda huvuddelen av sin tid på människor som inte är psykiskt sjuka.[...] Ofta inskränker sig psykiaterns uppgift till att utifrån patientens egna uppgifter sammanställa s k intyg som främst gäller arbets-situationen eller andra sociala förhållanden som psykiatern inte är speciellt insatt i. I vårt samhälle lönar sig hederligt arbete allt sämre och sjukdom allt bättre och kravet på sjukförmåner utgör en ständig press på läkarna, men inte tror man väl att man kan bota detta samhällsproblem med psykiatri? Det finns gott om missförhållanden och det är fullständigt naturligt och inte alls sjukligt att många människor blir nedstämda och oroliga... Tror man att piller och elchock kan avhjälpa även detta? ⁶¹

Kritiken på den nya psykiatrin var förankrad i det biomedicinska paradigmet. Psykiatrerna skulle inte befatta sig med butiksnatterier eller andra problem med psykiska eller sociala orsaker, det låg utanför deras verksamhetsområde. De behandlingsmetoder psykiatrin tillhandahåller var heller ej lämpade att bemöta dessa problem, vilket framgår av citatet ovan.

⁶⁰ "Den missbrukade psykiatrin" av Henri Miller i Läkartidningen 38/1970.

⁶¹ En insändare av Lena Ljungner om "Skånepsykiatrin" i Läkartidningen 52/1970.

Det biomedicinska paradigmet utmanas

Troligen kan den så kallade dynamiska psykiatrin ses som ett uttryck för en förändrad samhällsmedvetenhet och samtidigt en allt växande reflexivitet. Men den var säkert också ett psykiaternas svar på den långvariga kritik psykiatrin hade utsatts för. Den 'nya' psykiatrin deltog (tacksamt) i kritiken av användningen av psykofarmaka i en tid då allt ökande krav ställdes på en humanisering av vården.

Medan en del i psykiaterkåren verkar ha varit öppna för de nya impulserna och tagit kritiken på allvar så skärptes motståndet från det konventionella lägret. I Läkartidningen berättas om möten, konferenser o d i den 'nya' psykiatrins anda.⁶² "Måste psykiatrin förändras?" frågade psykiatriprofessorn och överläkaren Torsten S:son Frey i en het polemik som utbröt i kölvattnet på det uppmärksammade TV-spelet.⁶³ Där polemiserade han med Clarence A. Craaford som var en talesman för den nya psykiatrin.

Craaford hade satt fingret på många nyckelfrågor; inte endast hade han kritiserat förskrivningen av psykofarmaka, utan framhöll också den biologiska undervisning som en belastning; han tvivlade på att psykiatrin tillhörde medicinen. Vidare förespråkade Craaford en mindre hierarki mellan yrkesgrupper och kritiserade den 'maktsträvan' som enligt honom återspeglades när begrepp som 'paramedicinsk personal' användes om medarbetarna.⁶⁴ Denna kritik upprörde det konventionella systemets försvarare. I professors replik smälte den kunskapsmässiga nivån ihop med den politiska och sakliga argument gled över i skällsord. Han kritiserade beskt den vänsterflygel som talar högljutt och naivt om kapitalistsamhället som roten till alla mentala avvikelser, står på en bräcklig vetenskaplig grund och han slog fast att

mycket av den propaganda som utgår från lägret har karaktären av 'pratbubblor'.⁶⁵

⁶² Se exempelvis "Symposium om psykiatrisk rehabilitering. Passivisering av de sjuka skadlig. Övermått av psykofarmaka" av Siv Österberg i Läkartidningen 21/1970.

⁶³ "Måste psykiatrin förändras?" av Torsten S:son Frey i Läkartidningen 6/1970.

⁶⁴ Clarence A. Craaford i en TV-debatt efter att det uppmärksammade spelet visades i TV den 11/11 1969, en intervju med honom i Svenska Dagbladet 14/11 1969, Clarence A. Craaford, "Psykiatrin måste förbättras" i Läkartidningen 52/1969 samt 1/1970.

⁶⁵ "Måste psykiatrin förändras?", Torsten S:son Frey i Läkartidningen 6/1969. I numret innan kritiserade Bengt Eriksson och Jan Wålinder de nya tankegångarna inom psykiatrin och protesterade mot den "illvilliga, politiskt färgade vrångbild som vissa grupper med massmediers hjälp tillåtits distribuera". Se "Psykiskt sjuka till medicinklinikerna?" i Läkartidningen 52/1969.

Striden gällde inte lika mycket läkarrollens viktiga distinktion mellan att bota och vårda - som i geriatrikernas och allmänläkarnas fall. Den gällde snarare *sjukdomsbegreppets kunskapsteoretiska förankring* och därmed *metoderna* för att bota, själva *behandlingsmetoderna*. De konventionella psykiatrerna krävde - trogna det biomedicinska kunskapsparadigmet - att den nya psykiatrin skulle redovisa sina resultat.⁶⁶ Där associerade man direkt till det biomedicinska paradigmatets mest framträdande kännetecken, nämligen det *somatiskas obönhörliga överlägsenhet över det 'sociala'*; det diffusa, det ohanterliga och oförutsägbara som ju symboliserade det biomedicinska paradigmatets mest perifera fält.

Debatten reflekterar på ett tydligt sätt det förhärskande förhållningssättet att ju mer läkarna befattar sig med detta sociala, desto mer utmanas paradigmatets sammanhållande krafter. Här associeras även till den professionella läkarrollens *handlings-* och *resultatinriktning* och dess självklara expertroll inom sjukvårdssystemet. Detta illustrerades tydligt av professors svar på anklagelserna om att begreppet 'paramedicinsk' uttryckte läkarnas och läkarvetenskapens maktsträvan:

Jag kan inte finna det snorkigt att använda detta prefix när man talar om sjukhusanslutna medarbetare som *saknar läkarutbildning*.⁶⁷

'Kunskapsprovet'

Även om jag analytiskt försökt att hålla isär den kognitiva nivån och den politiska och den sociala så går det inte fullt ut empiriskt. Ett exempel på det är ett tillsynes oskyldigt kunskapsprov som debatterades i Läkartidningen, där försök gjordes med flervalsfrågor. Provet var det första i psykiatri och allmänmedicin och i en redogörelse i Läkartidningen frisläppte man en fråga för illustration. Mot all förmodan ledde det till intensiva meningsutbyten om psykiatrins kunskapsbas, dess samhällspolitiska ställning o s v.⁶⁸

⁶⁶ "Den nya psykiatrin' måste redovisa sina resultat" av Dr. Bengt Eriksson och docent Jan Wälinder i Läkartidningen 2/1970.

⁶⁷ "Måste psykiatrin förändras?", Torsten S:son Frey i Läkartidningen 6/1969 (min emfas).

⁶⁸ Frågan är mycket typisk för de spörsmål man brottades med varför den återges här: "En 27-årig kvinna som för två månader sedan födde sitt andra barn söker dig som provinsialläkare. Barnet är friskt. Kvinnan har sedan en månad tilltagande nedstämdhet. Hon håller alltfjämt på att amma. Vid undersökning ter hon sig hämmad, färdig, trög och långsam. Hon verkar deprimerad och klagar över svår ångest. Hon tycker att hon är den sämsta modern i världen och att hon inte är värd att ha fått ett så fint barn. Anser sig inte kunna klara skötseln av barnet. Vilken av följande åtgärder bör du tillgripa?

A. ordna med akut intagning på psykiatrisk klinik.

B. Uppmana henne att sluta amma.

C. Ordinera imipramin i dosen 10 mg x 3.

Frågans 'rätta svar' ifrågasattes intensivt från olika håll. En verksam psykiater menade att om svaret baserades på s k 'vetenskap och beprövad erfarenhet' så var det likafullt uttryck för en psykiatri som inte bara saknade värde utan dessutom var 'skadlig för både dess utövare och objekt'. Hans kommentar är ett utmärkt exempel på att även psykiatrerna börjat se den medicinska 'kunskapen' som socialt och historiskt betingad. Han ville relatera svaret till sociala faktorer som uppluckringen av roll- och handlingsmönstren i samhället, valfrihet och förväntningar.⁶⁹ En annan insändare invände utifrån det 'professionella' revirperspektivet att rätt svar fanns inte, nämligen att remittera patienten till en psykiater. Meningsutbytena är typiska såtillvida att de visar den gungning den bio-medicinska psykiatriska kunskapen befann sig i.

En förlorad jurisdiktion?

Det paradoxala i psykiatrins ställning runt 1970 var att positionerna låg inte alls efter renodlade demarkationslinjer, vilket de olika lägrens företrädare gjorde gällande (med enstaka undantag). Alla anhängare av den nya psykiatrin tillhörde *inte* den yttersta vänstern, som de konventionella företrädarna gjorde gällande. Samtidigt fanns en motsättning mellan de 'revolutionära' och en del samhällskritiska 'psykodynamiskt' orienterade psykiater som dock ogillade det 'propagandistiska i den politiserade psykiatridebatten'.⁷⁰

Det som är intressant i debatten är att den fångar i ett nötskal den kamp om jurisdiktioner som Abbott diskuterar, just med psykiatrin som exempel.⁷¹ Det perspektivet framhävdes just av en psykiater som i ett dämpat tonläge analyserade psykiatrerollen i debatten. Psykiatrerna är snärjda i en dubbellojalitet mellan samhälle och patient, hävdade han, det är oklart vems intressen de tillvaratar och på vilka grunder de agerar. Detta har förvärrat rekryteringen, samtidigt som socialpsykologiska och

D Ordinera meprobamat 0,4 x 3.

E. Ambulant psykoterapi med syfte att bearbeta mödrarollen."

Rätta svaret : Alternativ A." Se "Lyckad premiär för kunskapsprov i psykiatri" av Barbro Soller i Läkartidningen 5/1970.

⁶⁹ "Var rätt svar rätt?" av Göran Ahlin i Läkartidningen 17/1970. Se Kjell Crafoord "Psykiatriskt flerval: Rätt alternativ finns inte" i Läkartidningen 22/1970. Den provansvarige replikerade i samma nummer att svaret var rätt p g a kvinnans suicidrisk.

⁷⁰ Se exempelvis Clarence Blomquist debattinlägg på Psykiatriska föreningens möte i Falun i mars 1970 var tema var 'Psykiatri och samhället'. Blomquists inlägg "Debatt eller förkunnelse" publicerades i Läkartidningen 19/1970, och de repliker han fick: "Tendentiösa citat" av Gösta Harding i Läkartidningen 23/1970, samt insändaren "En kritik på Clarence Blomquist i Falun" av Tomas Böhm, Claes Ringquist, Johan Schubert, Tony Sporrang, med.kand:er i Läkartidningen 25/1970.

⁷¹ Abbott 1988, s. 294-308.

sociologiska tankegångar influerat psykiatrin. Myndigheterna har satsat på det 'terapeutiska samhället' - bl a i en resignation över psykiaterbristen - och detta har banat vägen för andra expertgrupper än de medicinska. Läkaren har ej längre en självklar position som ledare och auktoritet och den absoluta validiteten av det psykiatriska referenssystemet är ifrågasatt.

Psyisk sjukdom uppfattas också som en social och psykologisk process och inte endast som ett apparatfel

framhöll han, behandlings- och vårdmetoder har utvecklats i en riktning som inneburit ett avsteg från den psykiatriskt-medicinska traditionen.⁷² Därtill kommer den minskande "pondus och suveränitet" som läkare har inom det terapeutiska samhället som diskuterades tidigare.⁷³

Rättspsykiatrin - en 'diagnostisk' kultur

Rättspsykiatrin - som tillhör de lägst värderade specialiteterna i mitt enkätmaterial - debatterades även häftigt vid det här laget. Den diskussionen anknyter dels till samma teman som psykiatridebatten, såsom sjukdomsbegreppet m m, men intressant nog innehåller den även helt nya aspekter. Dels gäller kritiken landets rätts- och samhällsordning, dels *rättspsykiatrins arbetssätt och målsättningar*.

Röster hördes om rättspsykiatrins avskaffande.⁷⁴ En känd företrädare för de utvecklingsstörda, Carl Grunewald, kritiserade rättspsykiatrin för felaktiga och 'behandlingsmotverkande' bedömningar av utvecklingsstörda som begått brott. Han menade att rättspsykiatriska utlåtanden präglades av värdeladdade och moraliska uttryck, t.ex. användes termen 'sinnesslö' fortfarande på 70-talet även om den redan på 50-talet ersattes av 'psykiskt efterbliven' och senare termen 'psykiskt utvecklingsstörd'. Grunewald krävde en omvärdering av rättspsykiatrins föråldrade arbetsmetodik och att dess funktion skulle överföras till kriminalvård och psykiatri.⁷⁵

⁷² "Psykiaterbrist och omstrukturering inom svensk psykiatri: Psykiatern - isolerad i expertrollen?" av Olov Dahlin i Läkartidningen 10/1970.

⁷³ Jfr not 9.

⁷⁴ Se exempelvis "Att vrida klockan tillbaka" av Bo Gerle i Läkartidningen 14/1970 som var en anmälan av Svante Nycanders *Avskaffa rättspsykiatrin*, Aldus/Bonniers, Stockholm, 1970.

⁷⁵ "Rättspsykiatrin och de utvecklingsstörda" i Läkartidningen 15/1970, samt "Rättspsykiatrin är inte i takt med tiden - Överför dess funktioner till kriminalvård och psykiatri" i Läkartidningen 36/1970 av Carl Grunewald. Grunewald fick svar från fyra rättspsykiater i 36/1970 "En vrångbild av psykiatrin" av Yngve Holmstedt, Lars Lidberg, Walter Parviainen och Gösta Rylander.

En hel del saker sattes i kritiskt fokus, bl a de långa väntetiderna (upp till flera månader), men det som framför allt debatterades var det 'sorteringstänkande' som rättspsykiatrin symboliserade. Rättspsykiatrin antogs representera en 'diagnostisk kultur', en högt driven diagnostisk apparat utan motsvarande behandlingsmässiga möjligheter. Rättspsykiatrerna kritiserades som 'experter i cellofan' vilket var ett uttryck från Gustav Jonssons då nyutgivna bok *Det sociala arvet*.⁷⁶ Detta gällde i synnerhet de rättspsykiatriska intygen, som inklusive journal kunde vara på uppåt 50-100 sidor.⁷⁷ Att kritiken var utbredd och allvarlig märks av att både Läkarförbundet och Styrelsen för Svensk psykiatrisk förening substantiellt delade kritiken och betonade vikten av att rättspsykiatrin blev samordnad med den behandlande psykiatrin.⁷⁸

Det är intressant att relatera detta till Abbots resonemang om den renaste professionella omgivningen som den mest prestigefyllda. Rättspsykiatrerna har, enligt en av kritikerna, möjlighet att påverka och bearbeta attityder på olika nivåer - eftersom de sitter mitt i kriminalvårdens centrum. De kan även åstadkomma förändringar såväl inom den praktiska kriminalvården som den mera teoretiska sidan av juridiken.⁷⁹ Att befinna sig i denna närhet av en annan - möjligtvis mer prestigefylld profession - med möjligheter att influera den, gav emellertid rättspsykiatrerna ingen hög status. Skälet till det är möjligen att juristernas jurisdiktion är en helt annan än läkarnas. För läkarna gäller specifika statushierarkier, framför allt den biomedicinska kunskapshierarkin och den professionella läkarrollens hierarki, med ett resultat- och handlingsinriktat botperspektiv i centrum. Att endast behärska det första ledet i denna process, diagnostiseringen, är närmast *en stympning* i läkarnas professionella statushierarki.

Det sociala tar överhanden

Psykiatrins form och innehåll var ett återkommande tema under hela 70-talet. Även om psykiatrin var bland de prioriterade områdena så hade psykiatrin alltjämt stora rekryteringssvårigheter och på många landsorts-sjukhus var bristen på psykiater mycket stor. Man försökte med alla me-

⁷⁶ Jonsson, Gustav, 1970, *Det sociala arvet*. Tidens förlag, Stockholm.

⁷⁷ "Rättspsykiatrin måste radikalt omorganiseras" av Lisbet Palmgren i *Läkartidningen* 20/1970.

⁷⁸ Se *Läkartidningens* ledare i nr 18/1970 "Rättspsykiatrins reformation" och "Principdeklaration om Rättspsykiatrin" i *Läkartidningen* 21/1970.

⁷⁹ Detta framhölls t ex av Lisbet Palmgren i "Rättspsykiatrin måste radikalt omorganiseras" i *Läkartidningen* 20/1970.

del öka intresset för psykiatrin.⁸⁰ Olika försök gjordes med en 'humanisering' av medicinstudierna och medicinsk psykologi utökades i grundutbildningen.⁸¹

Samtidigt monterades den slutna mentalvården successivt ned. Antalet patienter vid mentalsjukhusen sjönk drastiskt på några årtionden. Nytilskottet av långtidsvårdade patienter, främst med schizofrena sjukdomstillstånd minskade också kraftigt. På 80-talet var det en politisk enighet om öppnare psykiatrisk vård. De gamla mentalsjukhusen skulle avvecklas och den psykiatriska vården avinstitutionaliseras.⁸²

Det var inte många som i och för sig motsatte sig denna process, men den hade en del paradoxala implikationer för läkarna. *När psykiatrin förflyttas bort från sjukhusliknande organisationer så avtar läkarnas professionella självklara auktoritet* i enlighet med den rumsliga statushierarkins betydelse. Det innebar ett ökat samarbete med andra grupper (psykologer, socionomer, kuratorer) som ju tagit över en del av den jurisdiktion som psykiatrin inte ville (jfr diskussionen ovan) eller inte kunde (p g a psykiaterbrist) befatta sig med. Det innebar att det sociala hade ökat sitt inflytande på bekostnad på det rent biomedicinska. När en äldre psykiater (en avgående ordförande i svenska psykiatriska föreningen) försökte på 80-talet slå vakt om det 'konventionella' psykiatriska paradigmet och problematisera mentalsjukhusens avveckling utifrån 'medicinska' premisser, så blev det knappt ens en reaktion från läkarkåren.⁸³

När det gäller kunskapsförankring så finns motsättningen mellan biologisk kontra psykodynamisk psykiatri alltså kvar inom psykiatrin, eller 'piller' kontra 'pratning' som någon uttryckte det.⁸⁴ Inte desto mindre

⁸⁰ Lite hoppfullt uppmärksammar man en studie som visar att det *latenta* intresset för psykiatri är stort bland de medicinstuderande, se Läkartidningen 38/1976 som var ett temanummer om psykiatri, samt 3/1977 "Läkarbristen i landsorten kan hävas men vi måste handla snarast!" av Björn Laurell.

⁸¹ Se "Medicinsk psykologi och samhällsmedicin i Umeå" i Läkartidningen 8/1977, samt "Dynamiskt inriktade målgrupper som ett frivilligt komplement till läkarutbildningen" i Läkartidningen 44/1977. Undervisning i medicinsk psykologi och samhällsmedicin började etablera sig som en del av grundutbildningen, se Läkartidningen 1-2/1978 "Gör MPS kursen doktorn medmänskligare?"; Läkartidningen 8/1978: "Medicinsk psykologi och samhällsmedicin vid KI - fortsatta erfarenheter" samt Läkartidningen 12/1978: "Psykiatrikursen som kollektiv arbetsform Erfarenheterna från en ny pedagogisk utformning av grundkursen i psykiatri redovisas och kommenteras."

⁸² Antalet patienter vid mentalsjukhusen sjönk från 28 000 på 60-talet och ner till 14 000 år 1983. Ur "Socialstyrelsen redovisar 1982:8 "Psykiatrisk vård utan mentalsjukhus". Se även "Socialstyrelsen och psykiatrin" av Olle Östman, byråchef på Socialstyrelsen i Läkartidningen 4/1983 och "Enighet i riksdagen om öppnare psykvård" i Läkartidningen 12/1983.

⁸³ "Psykiatri i omvandling: Om- och eftertankar kring svensk psykiatri" av Göran Eberhard, avgående ordförande i psykiatriska föreningen i Läkartidningen 3/1983. Se även Läkartidningen 4/1983 där Eberhard i en replik mot Olle Östman varnade för psykiatriska 'väckelsemöten'.

⁸⁴ Detta uttryck är hämtat från socialmedicinprofessorn Claes-Göran Westrin i "Sektoriserad psykiatri - en förbrukad term" i Läkartidningen 47/1983.

kvarstod de praktiska problemen kring den psykiatriska jurisdiktionen, där läkarkåren inte längre hade monopolställning. När Socialstyrelsen mot slutet av 70-talet kom med programförslag för den psykiatriska hälso- och sjukvården så opponerade sig Läkarförbundet kraftigt. "Är själen social" frågade man i en ledare, med anledning av att programmet författats av en socionomdominerad grupp

...som står utanför dagens psykiatriska utveckling... och inte förmått urskilja den dynamiska process som pågår inom psykiatrin.⁸⁵

Klarare tecken på en förlorad jurisdiktion går knappt att hitta. I samma nummer av Läkartidningen återgav en psykiater sina anteckningar från studieresor utomlands där han hade studerat alternativ till institutionsvård inom psykiatrin. Paradoxalt nog - men även ett tidernas tecken - var hans konklusioner följande:

Lagstiftning och andra administrativa realiteter, psykiatrisk vårdtradition och socio-kulturella olikheter förefaller avgörande [för den psykiska vården, min anmärkning] i mycket högre grad än definitiva vetenskapliga eller professionella sanningar.⁸⁶

Den kirurgiska kulturen

Vi såg i avsnittet om långvården att internmedicinen markerade sin status genom demarkationsförsök gentemot andra medicinska specialiteter, i synnerhet långvården. När det gäller kirurgin så har jag inte kunnat se att den har debatterats på samma sätt som andra specialiteter eller satts i liknande kritiskt strålkastarljus. Regelrätta revirstrider är sällsynta och det verkar som kirurgin inte utmanas på samma sätt bland professionens medlemmar.

Kirurgerna har alltid hävdats kirurgins särställning. Det gjorde man när arbetstidsförkortningen diskuterades år 1979. Då hävdades att kirurgernas operationserfarenhet skulle bli lidande.⁸⁷ Även om Läkarförbundet

⁸⁵ Läkartidningens ledare i 46/1978 "Är själen social? Socialstyrelsen och psykiatrin."

⁸⁶ "Psykiatrisk rehabilitering i USA, Storbritannien och Frankrike: Psykiatrin bör ansvara för långtidspatienterna - även utanför institutionerna" av Greger Ahnlund Läkartidningen 3/1983.

⁸⁷ Se t ex ordväxlingar mellan Thomas Esscher, avdelningsläkare på barnkirurgiska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och Lars Göran Friberg i Läkartidningen. Lars Göran menade bl a att arbetstidsförkortningen och arbetstidens normalisering skulle få negativa effekter för kirurgins kvalitet genom färre operationer: "Svensk kirurgutbildning döende? Medicinardrömmen?" av Lars-Göran Friberg i 49/1979, "Medicinardrömmen? Reflektioner kring kirurgiska dödstankar.." av Thomas Esscher i 51/1979 samt replik av Lars Göran Friberg i samma nummer "Replik: Esscher = Tornrosa?" Se även "Reträtternas

har varit positivt till deltidstjänster sedan året 1977 så har företrädare för opererande specialiteter alltså sett stora svårigheter i frågan.⁸⁸ Kirurgerna har i omgångar föreslagit en förlängning av utbildningen, exempelvis år 1977 men även år 1986 då Kirurgrådet föreslog en förlängning av kirurgernas utbildning till upp till tio år för bakjournskompetens.⁸⁹

I hög utsträckning verkar kirurgen ha uppnått den särställning bland medicinska specialiteter som många av dess företrädare eftersträvat. Vi såg i avsnittet om specialistvalet att kirurgen är den specialitet som verkar vara i centrum för läkarnas uppmärksamhet; den attraherar många män, och en hel del kvinnor. Av kapitlet framgick att kirurgerna är framträdande bland dem som mest definitivt anser sig ha hittat rätt i sitt specialitetsval, vilket även stöds av annan forskning. Det framgick även att bland de som *inte* hittade rätt i början var kirurgen i stor utsträckning den specialitet man ursprungligen hade tänkt sig. Det är inte bara män som tilltalas av kirurgen, det gör kvinnor också. I Lindahls och Killis studie av kvinnliga läkare i Norge framgår att det inte är långtifrån en främmande *tanke* för dem att välja kirurgi - även om de sedan inte gör det. Det intresset visade sig inte hänga ihop med familjesituation, sammanboende kvinnor kunde oftare än ensamstående tänka sig att bli kirurger och det var bland flerbarnsmödrarna som intresset för kirurgi var störst.⁹⁰

I intervjumaterialet framgår att det vanligaste sättet att resonera om det egna specialitetsvalet är i termer av personlighet och temperament. Det är vad som sägs explicit. Men på en annan nivå förmedlas en ytterligare dimension genom att majoriteten av läkarna *förhåller* sig i stor utsträckning till kirurgen när de resonerar om sitt val av specialitet, i synnerhet gäller det männen. Det är mot bakgrund av kirurgen som de i sina tillbakablickar resonerar om sina medicinska vägval, om sin framtida läkarroll. En neurolog, son till en kirurg, ansågs av sin familj för 'klumpig' för att bli kirurg; en invärtesmedicinare förhindrades bli kirurg p g a synfel; en infektionsläkare insåg att hon 'inte var särskilt praktiskt lagd' vilket fick henne att välja bort kirurgi, en kirurg visste redan från början

decennium för svensk kirurgutbildning" i samma nummer av Sven-Erik Bergentz som framför liknande argument och Friberg.

⁸⁸ Se Läkartidningens ledare "Läkare på deltid" i 12/1986.

⁸⁹ Svensk kirurgisk förening uttryckte 1977 att för 'självständig tjänst i slutenvård' bör utbildningen omfatta minst 6 års tjänstgöring förutom den tid som ingår i utbildningen till specialistkompetens. Se "Fler fasta tjänster vid universitetssjukhus krav i kirurgernas utbildningsprogram" i Läkartidningen 21/1977. Kirurgrådets förslag från 1986 presenteras i "Kirurgutbildning på gemensam grund" i Läkartidningen 1-2/1986.

⁹⁰ Lindahl og Killi 1984, s. 82f.

att det skulle 'bli något kirurgiskt'. Det är någon slags subtil idévärld som ligger implicit i läkarnas berättelser men den är svår att fånga och glider iväg när man försöker gripa tag i den. Ett lysande exempel är följande citat från en manlig barnläkare där han berättar om sin karriär-gång:

...Jag blev legitimerad 1966, men 63 så trodde jag fortfarande att jag skulle bli kirurg.

Varför säger du 'fortfarande'?

Nej, jag menar att under studietiden så delar man upp yrket i kirurger och icke-kirurger. Det blir ju rätt lätt så... (Ur intervjumaterialet).

Kirurgvärlden omges av en specifik exklusiv och elitistisk kultur. Den är svåråtkomlig utifrån men även inifrån. Den professionella kirurgkulturen är inte ett explicit föremål för denna avhandling, men vi bör kunna få viktiga inblickar i den ändå. Man kan närma sig den från många håll. Bilden utifrån bärs inte minst upp av talrika schablonmässiga beskrivningar i litteratur och media. Låt oss få insyn i två sådana. P C Jersild har skildrat sjukhuslivet inifrån i sin 70-talsroman *Babels hus*. En av bokens huvudpersoner, Martina Bosson, ger följande bild av kirurgen:

Kirurgi hade rykte om sig att vara en hjältespecialitet där hårda män i vitt och grönt ständigt kämpade med skalpellen i hand. Naturligtvis var det en schablon som så mycket annat inom medicinen. Men det var en giltig schablon i den meningen att det var den enda förhandsbild många kandidater hade. Hon visste också att många kandidater drömde om att bli en ny Herbert Olivecrona eller Clarence Craaford, det vill säga världsberömda hjärn- eller hjärtkirurger...⁹¹

Och i följande stycke från inledningsorden i en riktig läkarroman får bilden av den upphöjda hjältekirurgen blomma fullt ut:

Åskådarbänkarna i operationssalen var fullpackade ända upp till taket, som alltid när 'Den store' demonstrerade en ny kirurgisk metod. Det var så de kallade honom på sjukhuset, 'Den store', och det rådde inga tvivel om att det här var 'hans' sjukhus. Han var överläkare på kirurgen, och underläkarna skulle ha samlats i stora skaror för att se honom operera till och

⁹¹ Jersild PC, 1979, *Babels hus*. Bonniers, Stockholm, s. 178f.

med ett nageltrång. Han handskades med skalpellen som en virtuos musiker trakterar sitt instrument. I alla fall såg de andra läkarna på sjukhuset honom på det viset. Och 'Den store' själv hade många gånger undrat om det kanske var så att han hade utvecklat någon sorts teknik genom åren, någon sorts instinkt eller maner som han använde omedvetet så att varje operation såg ut som ett drama på liv och död - som om han ryckte varje patient ur dödens käftar.⁹²

Visst ger denna utifrån bild intryck av överdrifter och förenklingar, men skildringarna inifrån kan få en väl så dramatisk prägel. Erinra er kirurgernas egna beskrivningar av sitt jobb i föregående kapitlet där operationen framställdes som något ytterst exklusivt, elitistiskt som beskrevs i hjältemodiga termer. I följande citat resonerar en kirurg i materialet om arbetsförhållandena och jourerna:

Ju äldre du blir desto mindre jourer. När man är ung kirurg, så går man mycket jourer. Det är ju en utbildningsplats, den bästa utbildningsplats man kan få. Så om man ska lära sig något så måste man gå jourer. [...] Du kan inte heller jobba deltid som kirurg. Vill du bli en bra kirurg så kan du inte jobba deltid, det är två oförenliga storheter. För att bli bra måste man jobba mycket. För att jobba mycket måste man jobba hundra procent.

Blir det mer än heltid?

Ja, det är klart.

Betalt eller obetalt?

Obetalt. Man tar aldrig betalt för övertid. Det är tradition. Man tar inte ut övertid, i alla fall här hos oss. Inte heller på de kirurgkliniker jag har varit på, det är flera stycken... Är du inte beroende av någon så kan du lägga upp din tid på ditt sätt och är du effektiv nog så kanske du klarar av det inom åtta timmar, men inom kirurgin är det oförutsedda händelser, en operation kan dra över, en patient kan bli dålig, så du kan inte gå hem bara för att kl. är fyra eller halv fem - det är inte som löpande bandet. (Ur intervju-materialet)

Att kirurgkulturen även är svåråtkomlig inifrån framgår klart i en intervjustudie som Anne Kathrine Nore har gjort med Norges samtliga kvinnliga allmänkirurger. Nores intervjupersoner skildrar hur de under studietiden får budskapet att kirurgin inte är något för kvinnor. Många

⁹² Unger, Abraham, 1984, *Den store kirurgen*. (Glorious Obsession). Wahlströms, Stockholm, s. 5.

av kvinnorna beskriver de oskrivna regler som gäller inom den kollegiala kulturen och viktigheten av att 'förstå spelet'. Mycket går ut på att skaffa sig operationserfarenhet och färdighet och de berättar hur de kvinnliga läkarna får kämpa för att få de 'ingrepp' de anser sig berättigade till. Några hade haft fördelen att börja på små sjukhus där de fick sin operationserfarenhet utan att behöva konkurrera om den.⁹³ De kvinnliga informanterna i mitt intervjumaterial ger värdefull information om den kirurgiska kulturen när de resonerar om sitt studieval. Så här säger en invärtesmedicinare:

På ortopeden hade jag en av mina kompisar och hon hade bekymret att hon fysiskt inte klarade av det, hon fick begära hjälp av vaktmästaren när hon skulle dra frakturer, för hon orkade inte rent fysiskt. Där visste man att såna begränsningar var det, och så visste man ju att kirurg, det var ju bara killar. Då fick du ha jäkligt mycket skinn på näsan. (Ur intervjumaterialet)

Och inifrån bilden förmedlas av följande citat av en kvinnlig ortoped som berättar varför hon valt ortopedi:

Jag tror att det där att jag valt ortopedi, det är nog inte för att jag tycker att det är så himla viktigt att bli en stor kirurg, det tror jag inte och att det är så jätteroligt att operera, det tycker jag inte. Jag är inte alls sån där 'knivkåt' som en del folk är. Jag tror att jag försöker föra in lite mänsklighet inom ortopedin också och jag tycker att det är roligt för att det är en positiv specialitet. Man kan göra mycket för patienterna, oftast är inte så väldigt sjuka, utan ganska nöjda. (Ur intervjumaterialet)

Det som gör kirurgin så svåråtkomlig för kvinnor är - förutom hårda arbetsvillkor, lång arbetstid e t c - *den diskurs som präglar specialiteten*. Nicholas Fox har gjort en etnometodologisk studie av kirurgins sociala mening. Han beskriver hur kirurgerna tillskrivs definitionsmakten, de dikterar enligt honom villkoren för samarbetet med anestesilogerna och med operationsteamet i övrigt. Kirurgerna sätter själva upp kriterierna för huruvida deras arbete är framgångsrikt.

⁹³ Nore 1993, s. 28ff.

Anaesthetists have to accept that they are locked into a relationship with surgeons, in which they are usually the underdog.⁹⁴

Men kirurgernas makt kommer någonstans ifrån och den upprätthålls inte automatiskt menar Fox. Den upprätthålls i det dagliga arbetet (i rutinerna kring aseptiken, det radikala ingripandet och användandet av anestesi); i kommunikation och relation med såväl patienter och annan personal, vilket sker med *diskursiva* strategier. Det som är specifikt med kirurgin är att den har frambringat teknologiska metoder som inte bara är effektiva när det gäller uppgiften att bota patienter utan även i projektet att retoriskt markera vad som görs. Kirurgins sociala innebörd är enligt Fox makten som konstitueras kring retoriken om botandet. Detta förmedlas genom kulturen, språket, genom att framhäva vissa aspekter och nedtona andra; retorik, metaforer, metonymer ger vissa associationer som befäster kirurgernas makt.⁹⁵

Det finns anledning att gå ett steg längre än Fox och se denna diskurs som *bekönad*. I en artikel som refererades i kapitel 10 om att uppleva "flow" liknades den kirurgiska verksamheten vid en rad sociala praktiker: skidåkning, att åka vattenskidor, alpinism, att köra snabba bilar, basebolltävlingar, att tävlingssegla, att spela tennis. Denna upplevelse att 'ha roligt' som uttrycket "flow" syftar på är inte enastående för kirurger enligt artikeln utan kännetecknar en rad andra aktiviteter. Den kännetecknar även stridsflygarens 'ilning av glädje', konstnärens upplevelse när han arbetar på sin tavla, alpinisten när han klättrar och

...kirurger som talar om de där utmanande svåra operationerna som känns 'som att ta narkotika'.⁹⁶

Denna oerhörda stimulans, eggelse och entusiasm återspeglas hos en del av Nores kvinnliga kirurger som återger genom sina beskrivningar de manliga dragen i kirurkulturen. Det gäller bl a att visa beslutsamhet, njuta av utmaningar och motstånd och inte signalera för mycket kvinnliga värden, för då är du inte en av killarna. Sina barn talar man exempelvis inte om i kirurkollagerernas sällskap, berättar en av kvinnorna. Lägg märke till att i citatet nedan figurerar samma aktiviteter som jag nämnde tidigare:

⁹⁴ Fox 1991, s.91, citat s. 61.

⁹⁵ Fox 1991, s. 130ff.

⁹⁶ Scikszentmihalyi 1990, s. 39ff.

Man kan snakke om bøker man har lest eller ting man har gjort... det kan være breklatring, stuntflygning eller fallskjermshopping eller et eller annet sånt for å si at denne jenta her er ikke noe bløtdyr. For ellers ville en bli ut-satt for hakking øyeblikkelig.⁹⁷

Ulla Holm som studerat läkares psykiska arbetsmiljö genom att följa ett 40-tal läkare i deras vardag, återger liknande bild av kirurgkulturen. Hon beskriver stämningen på kirurgklinikerna som 'bullrande skämtsam' och traditionellt maskulin i bemärkelsen 'öppet självhävdande'. Kirurgerna uttryckte en stolthet över sin specialitet och menade att den kräver en speciell läggning. Det kom fram i uttryck i stil med "tål man inte det här får man bli ögonläkare".⁹⁸ Många av kirurgerna i hennes studie har inte främst valt läkaryrket för patientens skull utan för hantverkets skull och för att kunna göra en avgörande insats - 'att laga och bota'. En del av den kirurgiska atmosfären var den skämtsamma och gärna lite råa tonen mellan läkarna själva. En del av detta är den knappa handledningen som verkade vanlig "man kastades ut i kallt vatten genast". Vidare var den 'utlärningsmetod' att 'se en gång, göra en gång, lära ut nästa gång' vanlig. Många av kirurgerna i Holms studie tilltalades av denna stämning.⁹⁹

Det finns anledning att ansluta här till Billings och Alvessons studie av kvinnor i tre organisationer som diskuterades i kapitel 3. De menade som bekant att *aktivitetsområdet* i sig kan vara viktigare en social kategori än organisationen som sådan. De lånade begrepp som 'occupational communities' och 'sociala fält' och framhöll att vissa aktiviteter, spelregler, föreställningar, idéer, kompetenser, belöningar etc utgör den klangbotten mot vilken allt handlande, utsagor och strukturer får sin symboliska betydelse.¹⁰⁰ Inom kirurgin som en social aktivitet och det verksamhetsområde det förknippas med är det således vissa saker 'som gäller', kirurgin signalerar maskulinitet på något subtilt sätt som är svårt att sätta fingret på.

Sammanfattande diskussion

I genomgången av diskursen om de tre specialiteterna geriatrik, allmänmedicin och psykiatri har vissa konturer klarlagts. Officiellt handlade

⁹⁷ Nore 1993, s. 42.

⁹⁸ Holm 1993, s. 36.

⁹⁹ Holm 1993, s. 64.

¹⁰⁰ Billing och Alvesson 1989, s. 111.

debatterna om revirstrider och kamp om resurser, men här har underliggande statushierarkier fokuserats. Jag har försökt frilägga hur kampen om tolkningsföreträde och definitionsmakt förmedlas i det "seriösa talet". Jag har sett termer, uttrycksätt och formuleringar som särskilt viktiga i sammanhanget då dessa förmedlar sitt metaspråkliga budskap. I inledningen till detta kapitel redogjorde jag för några möjliga statushierarkier inom kåren. Vi har sett i detta kapitel hur tre av statushierarkierna framstår som särskilt viktiga: den biomedicinska kunskaphierarkin, den professionella läkarrollen och den sociala organiseringen och lokaliseringen av sjukvårdsarbetet.

Det kan givetvis hävdas att livschanser i bemärkelsen hög befattning och ekonomiska förmåner är socialt och ekonomiskt betydelsefulla inom läkarkåren liksom inom andra fält. Överordnade har större makt och respekt än underordnade, deras befogenheter är mera omfattande än underordnades o s v. Men jag vill hävda att denna hierarki är relativt underordnad andra hierarkier inom medicinen.

Forskningsanknytningen som en hierarki inom medicinen förefaller även vara av underordnad betydelse. 'Proffsforskarna' som en intervjuad läkare uttryckte det, verkar tillhöra ett annat socialt fält. Den 'rena' prekliniska forskningen tycks inte statusmässigt tangera de kliniskt verksamma läkarnas verklighet mer än marginellt. Att forskningshierarkin är närvarande är klart. Min slutsats att den inte är särskilt framträdande baseras på det faktum att den inte förmår tillförsäkra forskningsintensiva laboratoriespecialiteter hög status bland läkarna. Inte heller har jag sett tecken på att sjukdomars eller patienters status skulle vara avgörande för statusproblematiken som Album framhåller.

De aspekter som är viktiga när det gäller att förankra specialiteternas status är framför allt de tre hierarkierna, det biomedicinska kunskapsparadigmet, den professionella läkarrollen och läkararbetets lokaliseringen. Den *kognitiva aspekten* är central när de olika specialiteternas status ska beskrivas och förklaras. Låt oss börja med geriatriken. I kognitiva termer går geriatriken i sin utveckling i en motsatt riktning mot vad det biomedicinska paradigmet förutsätter. Medan utvecklingen går mot allt större *specialisering* strävar geriatriken efter att bredda igen och att omfatta ett större sammansatt register, jfr betoningen på samtida multipla sjukdomsbilder.

Allmänmedicinen kan sägas ha bredden gemensam med geriatriken, men där blir även den *perifera lokaliseringen* utanför det medicinska centrumet viktig. Vi såg att allmänläkarrollen och primärvårdens funk-

tion och arbetssätt ofta verkade flyta samman i debatten. Distansen från det 'akuta', det strikt medicinska och det handlingskraftiga spelar en stor roll här.

Psykiatrins låga status förankras likaså kognitivt. Det biomedicinska implicerar ett snävt somatiskt sjukdomsbegrepp vilket närmast utdefinierar det sociala och gör det psykologiska perifert. Detta återspeglas i diskursen om psykiaterns medicinska arbete, där behandlingsmetoderna klassificerades längs specifika demarkationslinjer; "piller kontra prattning". Det snabba, handlingskraftiga ingripandet kontrasterades med det långa, ineffektiva oklara resultatet. Den konventionella psykiatrins företrädare sökte konstruera en strikt avgränsning mot det dynamiska, terapeutiska nytänkandet som klassificerades som spekulativt och ovetenskapligt, men med resultat att psykiatrins jurisdiktion lämnades öppen för intrång från andra grupper.

Det har även försvagat psykiatrins ställning generellt (bland de medicinska specialiteterna) ju mer avståndet från sjukhusorganisationen har ökat. Mentalsjukhusens avveckling medförde en social omorganisering och ändrad lokalisering av psykvården med resultat att psykiatrerna blev alltmer villiga (eller tvingade?) att samarbeta och kompromissa med andra professionella yrkesgrupper.

Den professionella läkarrollens distinktion mellan att diagnostisera, bota och vårda är även central. Uppfattningen om den professionella läkarrollen är betydelsefull i alla diskurserna. I debatten om allmänmedicinen verkade argumenten om läkarrollen nära nog flyta samman med de kognitiva aspekterna. Allmänläkaren framställdes som handlingsförlamad på sin okunnighet och 'snackedoktorn' ställdes mot specialisten. I sin läkarroll framställs allmänläkaren som stympad i sin 'sorteringsfunktion', en funktion som inte helt accepteras av den övriga läkarkåren.

När det gäller debatten om geriatriken var *diskursen om läkarrollen bekönad*. Geriatriken är företrädesvis en vårdande specialitet. De vårdande uppgifterna förknippades med kvinnlighet, det långsamma tempot, de multipla sjukdomsbilderna och det psykologiska förknippades med femininitet. I motsats till det akuta, det snabba och radikala ingripandet, det dramatiska botandet som förknippas med manliga aktiviteter och manlighet. Motsatsen till geriatrikens kvinnligt definierade läkarroll såg vi i diskursen om kirurgen, där *läkarrollens maskulina sida* framträder starkt. Läkaruppgiften att bota, det effektiva ingripandet med synliga re-

sultat - förknippades med manlighet. Kirurgens läkarroll förknippades med en rad aktiviteter som starkt signalerade manlighet.

Argument baserade på läkarrollens olika aspekter figurerar även i psykiatridiskursen. Vi såg hur de vaga och oaccepterade behandlingsmetoderna, - 'pratet' - ställdes mot riktigt botande. Där attackerades även hårt den kognitiva förankringen av sjukdomsbegreppet som i psykiatrin angränsade till det sociala. Men till skillnad från geriatrikdebatten framstår denna diskurs inte som bekönad. Det 'sociala' kan givetvis ha bekönade konnotationer men gör det inte i den medicinska diskursen där det snarare förknippas med *andra* manliga yrkesrelaterade aktiviteter som prästerskap, jfr beteckningarna 'social biktfader' och snackedoktor.

I en viss bemärkelse kan rättspsykiatrin sägas utgöra geriatrikens motsats med avseende på läkarrollen. När geriatrikern ansågs som en vingklippt läkare på att arbetsuppgifterna begränsade sig till *en* aspekt i den professionella läkarrollen, den vårdande, så symboliserar rättspsykiaterrollen en stympling från den motsatta ändan, den representerar enbart 'diagnostik' utan kliniska möjligheter och ansvar.

Det är viktigt att påpeka att fler grupper anses ha låg status än de som jag har granskat. Social- och företagsläkare värderas lågt enligt enkätsvaren. Här liksom hos allmänläkarna ligger den förmenta bristen på 'medicinskt' innehåll dem i fatet. Men ännu viktigare är förmodligen den sociala och rumsliga organiseringen, nämligen placeringen utanför alla medicinska miljöer. Samma torde gälla för militärläkare.

När det gäller skolläkare som av några nämndes som lågstatusspecialitet i enkäten är det intressant att barnmedicin i allmänhet *inte* har låg status. Det innebär att något annat än klientens status är bestämmande för specialitetens status. Med all sannolikhet förknippas den till lokaliseringen samt den 'omedicinska' läkarroll, bl a betoningen på förebyggande verksamhet, som sammanhänger med den.

Ett litet fåtal nämnde lab.specialiteter som lågstatusspecialiteter. Sett utifrån diskursen om läkarrollen så kännetecknas laboratoriespecialiteterna av att de har endast lite kliniskt ansvar.¹⁰¹ Att de trots detta inte är lågstatusspecialiteter kan möjligtvis förklaras av forskningsanknytningen. Vi såg (i kapitel 10) att forskningen beskrivs som det mest positiva med specialiteten. En förklaring kan därför vara att forskningsprägel *motverkar* låg status för dessa specialiteter även om läkarrollen - utifrån de dominerande statushierarkierna - är ofullbordad.

¹⁰¹ Se exempelvis diskussion i Elston 1993, s. 50.

Denna genomgång ger som resultat att huvudsakligen tre samverkande statushierarkier är verksamma inom läkarkåren som medverkar i att konstruera och upprätthålla demarkationslinjer mellan specialiteterna. Geriatrik och kirurgi som är ytterligheterna vad gäller statusrangordning och könssammansättning, är omgärdade av *bekönade diskurser*. Geriatrik förknippas med kvinnlighet och kirurgi med manlighet. Dessa diskurser upprätthåller en könslig sortering i specialiteterna. När det gäller psykiatri och allmänmedicin så omgärdas de av en diskurs om att vara kognitivt och rumsligt perifera vilket ger dem låg status. Det underlättar kvinnors sortering in i dessa specialiteter.

Låt mig slutligen återanknyta till redovisningen av det empiriska materialet i del II där differentiering och demarkationer granskades. Några tydliga paralleller kan påpekas: Statushierarkin om läkararbetets rumsliga lokalisering sammanfaller med arbetsplatstillhörigheten som demarkation som diskuterades i kapitel 7. Den statushierarki som grundas i kunskapsparadigmet kan återkopplas till subspecialiseringen och forskning som diskuterades i kapitel 8. Den bekönade diskursen om läkarrollen kan relateras till den könsteoretiska diskussionen i kapitel 3. Där föreslog jag att kön conceptualiserades som en relation på olika nivåer mellan män och kvinnor, femininitet och maskulinitet. I detta kapitel har könsdimensionen identifierats och konkretiserats på en symbolisk och kulturell nivå som en hierarkisering mellan det manligt definierade botperspektivet på bekostnad av det kvinnligt definierade vårdperspektivet. Denna bekönade diskurs är en viktig mekanism i den könsliga sorteringen av läkarkåren, men det är som framgått inte den enda mekanismen.

12. Sammanfattande analys och diskussion

I denna avhandling har läkarprofessionen stått i fokus. Inte som en homogen och sammanhållen yrkeskår utan som en mångfasetterad och vittförgrenad grupp män och kvinnor. Min avsikt har varit att förstå och förklara könsdifferentieringen inom läkarkåren inom ramarna för denna heterogenitet. Den ständiga utvidgningen av den medicinska kunskapsbasen har gett upphov till en allt större specialisering inom läkarprofessionen. Denna specialisering har bildat utgångspunkten för det som jag i avhandlingen har tematiserat som en differentiering av läkarkåren. Differentieringen visar sig, enligt denna studie, inte vara slumpmässig. Istället uppvisar den och - i synnerhet könsdifferentieringen - mönster och regelbundenheter som jag har problematiserat och sökt förklaringar till.

I inledningskapitlet ställde jag en rad frågor om läkarprofessionen och läkarnas karriärmönster som jag vill ansluta till avslutningsvis. Jag frågade vad är det för arbetsvillkor som präglar de olika specialiteterna och läkarnas karriärmöjligheter inom dessa; om karriärvillkoren skiljer sig efter specialistområdets status eller könssammansättning och vad det i så fall har för innebörd för kvinnliga och för manliga läkare. Jag frågade vidare om de olika specialiteternas reella karriärvillkor hänger samman med den medicinska kulturen, värderingarna och föreställningarna, samt om familjesituation och karriärvillkor hängde samman. Är det så att de rådande arbetsvillkoren, den medicinska kulturen och diskursen, slår ut kvinnor på ett sätt som inte är fallet mot män? Eller är det så att kvinnor inte låter sig exkluderas utan tar kampen med männen på manliga villkor? I det följande dras de viktigaste trådarna ihop och vi närmar oss slutsatser och resultat.

I del I presenterades den teoretiska plattformen. Valet av professionsteorin, närmare bestämt stängningsteorin, som en teoretisk horisont motiverades utifrån några utgångspunkter. En gemensam nämnare för professionsteoretiska ansatser har varit professioners homogenitet. Det var därför en spännande utmaning att granska en professions differentiering, - heterogeniteten - inom ramarna för stängningsteorin. En viktig utgångspunkt var mitt ställningstagande att se könsdifferentieringen som en del av läkarprofessionens interna differentieringen och söka begrippliggöra den som sådan. Läkarkåren består av kvinnliga och manliga yrkesutövare, men samtidigt är könsdimensionen endast en av många

dimensioner som separerar denna mångfasetterade yrkeskår. Min ambition var att försöka fånga viktiga skiljelinjer inom professionen.

När det gäller valet av professionsteorin framför de könsteoretiska perspektiv som ofta används för att förklara arbetsmarknadens könsuppdelning motiverades det valet utifrån de sistnämnda perspektivens begränsningar. Med socialisationsteorier riskerar man tautologiska resonemang, de kan möjligen förklara *att* kvinnor och män väljer olika yrken, men de kan inte förklara den mångfald som finns *inom* respektive kön när det gäller arbetsmarknadens könsuppdelning. Dessutom saknar den socialisationsteoretiska plattformen möjligheter att synliggöra konflikter, både mellan män och kvinnor - och i mitt fall - mellan specialiteter.

Patriarkatsteorier och nationalekonomiska teorier har jag ansett vara för abstrakta och generella för att förklara könsuppdelningen inom *en* yrkesgrupp. Slutligen kan nämnas att organisationsteoretiska perspektiv har lämnat viktiga insikter för mitt arbete, men tas inte som utgångspunkt eftersom organisationsnivån endast är en av många nivåer i den problematik som här har granskats. Inte minst viktigt för mitt val av professionsteorin som den teoretiska utgångspunkten var min övertygelse att ett könsperspektiv måste utvecklas *innanför* befintlig samhällsteori. Kapitel 3 om könets mångfald lämnades som ett bidrag i den riktningen, men även som ett försök att bygga en bro mellan feministisk teori och mera traditionell sociologisk teori.

Diskussionen och redovisningen av det empiriska materialet i del II föregicks av en historisk genomgång i kapitel 5. Det kapitlet syftade till att lyfta fram den heterogenitet som har präglat läkarprofessionens historia sedan sekelskiftet och hur den burit på interna motsättningar. Några händelser återgavs som visar detta, främst statens övertagande av specialistväsendet år 1969 och sjukronorsreformen år 1970. Den förra reformen, övertagandet av specialistväsendet, genomfördes med Läkarförbundets aktiva medverkan medan sjukronorsreformen genomfördes under deras 'tysta' godtagande. Många läkare ansåg att dessa båda reformer berövade läkarkåren den professionella kontrollen och autonomin och dessutom att de urholkade läkarkårens ställning som en fri oberoende yrkesgrupp. Reformerna, som båda åsyftade - och i viss mening resulterade i - en *formell* utjämning vad gäller interna motsättningar inom kåren, skedde i en tid då det fanns skäl att frukta en splittring av Läkarförbundet.

I den historiska genomgången skildrades också stängnings-tendenserna inom läkarprofessionen. De tidigaste stängningsförsöken

riktades utåt och syftade till att begränsa inträdet till kåren, d v s *hur många* som skulle tas in. Stängningen till medicinarutbildningen i landet, som präglade tiden från sekelskiftet och långt in på 60-talet, tog sig uttryck i att läkarna med Läkarförbundet i spetsen förespråkade en mycket restriktiv antagning av medicinstudenter. När antagningsreglerna till högskolan förändrades år 1977 med en breddning av urvalskriterierna reagerade läkarkåren med försök att kontrollera *vilka* som skulle få inträde till professionen. Läkarnas reaktion tog sig uttryck i misslyckade diskursiva elitistiska stängningsstrategier.

Redan i inledningskapitlet poängterades att det inte finns en konspiratorisk tanke i valet av det stängningsteoretiska perspektivet. Stängningsförsöken utåt sattes i sin historiska kontext och beskrevs mot bakgrund av läkarnas långvariga ängslan för överproduktion. Läkartätheten i Sverige var i årtionden lägre än grannländernas vilket bl a förklaras av läkarnas oro om ett hotande 'läkarproletariat'. Under efterkrigstiden då sjukvården expanderade snabbt och efterfrågan på läkare ökade var läkarproduktionen relativt låg. När Läkarförbundet sent om sinder gick med på en utökning av medicinarintaget hade talet om 'läkarbrist' definitivt tagit överhanden. Den läkarbristen skulle byggas bort mycket snabbt. Men eftersom det tar upp till tolv år att utbilda en läkare så hade det ökade studerandeintaget inte hunnit ge effekter i tid under denna expansiva period i den svenska sjukvårdens historia. Resultatet blev att läkarprofessionens stängningsförsök utåt inte längre hade en självklar legitimitet.

Den underliggande tesen för mitt resonemang är att *stängningsförsöken vändes inåt i en tid då de yttre villkoren blivit allt mer begränsade för läkarna, i en tid då sjukvården inte tilläts expandera som förut och professionen rörde sig inom allt trängre yttre ramar*. Jag har sett den interna differentiering som idag gör sig gällande mot bakgrund av de tidigare stängningsförsöken *utåt*, jag har med andra ord begreppsliggjort differentieringen i termer av stängningsförsök som vänts *inåt*. Andra förutsättningar för denna tes är att den *formella* utjämning som blev resultatet av sjukvårdsreformen och förändringarna av specialistutbildningen, utgjorde en startpunkt för en *intern* diskursiv hierarkisering av de medicinska specialiteterna.

Debatten kring ändrade inträdesregler till högskolan år 1977 visar ett sista stängningsförsök utåt, när läkarna med en subtilt bekönad elitistisk diskurs försökte kontrollera vilka som skulle få inträde till yrket. Efter debatten om läkarrekryteringen var *föreställningen* om kårens

heterogenitet ett oåterkalleligt socialt faktum. Ett tydligt tecken på detta var den debatt som Läkartidningen initierade år 1980 där man diskuterade olika läkarroller, bl a i termer av social biktfader och medicinsk specialist. Dessa beteckningar antyder inte bara att den interna medicinska diskursen är mångtydig utan också att bilden av läkaren inte längre var homogen. Beteckningarna antyder vidare de implicita värderingar och de latenta motsättningar som är inbäddade i den medicinska statusdiskursen och som kom till uttryck när statusdifferenserna förankrades i underliggande statushierarkier i kapitel 10 och 11 i del III.

I kapitlen 6, 7 och 8, där det empiriska materialet redovisades, belystes läkarkårens differentiering utifrån olika perspektiv. Könssuppdelningen inom professionen visade sig sammanhånga starkt med statusdifferentieringen. Kvinnorna befinner sig oftare inom lågstatusspecialiteterna, medan männen oftare befinner sig inom de statuspräglade specialiteterna. Dessa två förhållanden, den olika könssammansättningen och statuskillnaderna, är de mest framträdande dragen när läkarprofessionens interna olikheter granskas. Statusdifferenserna, tillsammans med könssammansättningen, har utgjort grunden för en indelning i fem specialistområden som materialredovisningen har baserats på, nämligen:

Manstäta <i>högstatusspecialiteter</i>	(kirurgi);
Manstäta <i>statusspecialiteter</i>	(manstätt medicin);
Manstäta <i>ej-statusspecialiteter</i>	(lab.specialiteter);
Kvinnotäta <i>ej-statusspecialiteter</i>	(barnmedicin, gynekologi, anestesio- logi och kvinnotät medicin);
Kvinnotäta <i>lågstatusspecialiteter</i>	(geriatrik, psykiatri, allmänmedicin).

Beteckningarna anger i vilken utsträckning specialistområden relaterar till statusdifferentieringen, så som den kommer till uttryck med läkarnas egna ögon. I gruppen *högstatusspecialiteter* ingår enbart de kirurgiska specialiteterna som är starkt mansdominerade och där kvinnornas andel uppgår till 8 procent. *Statusspecialiteterna* är manstäta medicinska specialiteter. De specialiteter som intar en mellanposition i läkarnas statuslistor delades upp i ett manstätt och ett kvinnotät område. Det manstäta i denna grupp, det som har kallats *manstäta ej-statusspecialiteter* består av laboratoriespecialiteter där kvinnorna utgör 15 procent. Det kvinnotäta området i denna grupp, *kvinnotäta ej-statusspecialiteter*, består av gynekologi, barnmedicin, anestesio- och kvinnotät medicin. I dessa specialiteter ligger kvinnors andel mellan 36 och 54 procent.

Lågstatusspecialiteterna är geriatrik, psykiatri och allmänmedicin där kvinnornas andel uppgår till runt 50 procent eller däröver. Det är dock inget enkelt samband mellan kön och status vilket framgår av att alla kvinnotäta specialistområden inte är lågstatusområden och alla manställda specialistområden inte är statuspräglade. I del III behandlades statusdifferenserna mer utförligt; hur de förankras och hur de som sociala konstruktioner måste upprätthållas och reproduceras, vilket görs på en diskursiv nivå.

De stängningskoder eller *demarkationslinjer* som identifierades i kapitlen 6, 7 och 8 med utgångspunkt i specialiseringen är status, karriärmönster, arbetsplats, arbetstid och forskning och formella kvalifikationer. Dessa demarkationslinjer differentierar manliga och kvinnliga läkare i ett mönster av regelbundenheter som inte är slumpmässigt. Demarkationerna sammanhänger med varandra på ett mångtydigt sätt. De är samverkande så att det ibland är svårt att särskilja dem mer än analytiskt. Samtidigt är de relativt självständiga på ett sätt som innebär att de inte kan reduceras till varandra.

Genomgången belyste hur karriärens olika aspekter skiljer sig för olika grupper av läkare. Karriärens takt skiljer sig för de olika läkarkohorterna (d v s hur lång tjänstetid man har). De yngre läkarkohorterna har gjort snabbare karriär än de äldre läkarna. De äldsta läkarna i mitt material legitimerades i början på 1960-talet. De började sin läkarkarriär innan de stora satsningarna på sjukvården började absorbera det allt ökande läkarantalet och innan vidareutbildningen blev en del av läkarbemanningspolicyn. Det är troligen den viktigaste förklaringen till att läkarna i de äldre kohorterna haft en långsammare karriär än de yngre.

De olika specialistområdena varierar med avseende på hur 'lättframkomliga' de är, d v s hur snabbt man får första tjänsten på olika befattningsnivåer och hur stor andel yngre läkare som har överläkartjänster. De båda statusspecialistområdena har en jämförelsevis långsam karriär medan lågstatusspecialiteterna har en jämförelsevis snabb karriär. Där emot visar jämförelser att kvinnors och mäns karriärtakt är ganska lik inom kohorter och inom specialiteter. En slutsats av detta förhållande är att kvinnor anpassar sig till den karriärtakt som råder inom de olika områdena.

Arbetstiden och arbetsplatsen är andra faktorer som utgör demarkationer mellan läkarna. Arbetstiden varierar starkt med kön såtillvida att fler män är heltidsarbetande än kvinnor, men även i att heltidsarbetande män i genomsnitt har fyra till fem timmars längre arbetsvecka än de hel-

tidsarbetande kvinnorna. Analyserat utifrån specialistområde är denna könsskillnad någorlunda konstant inom fyra av de fem specialistområdena. I lågstatusgruppen (psykiatri, geriatrik och allmänmedicin) saknar arbetstiden däremot samband med kön. Där ligger mäns och kvinnors arbetstid på en nivå som är långt under kvinnors arbetstid inom de övriga specialistområdena.

Arbetsplatstillhörighet visade sig vara den faktor som starkast differentierar arbetstiden. Läkare som är anställda på universitetsklinik har längst arbetsvecka och öppenvårdsläkare har kortast arbetsvecka, det gäller både för män och för kvinnor. Sammanfattningsvis finns de kvinnliga läkarna oftare i specialiteter där karriärgången är relativt snabb; de finns oftare i specialiteter knutna till arbetsplatser som är mer perifera i sjukvårdshierarkin. Kvinnorna arbetar oftare på de arbetsplatser där arbetstiden är relativt sett kort. Kvinnor och män som valt specialistområde som domineras av det motsatta könet är också lika sin motpart vad gäller karriärtakt och arbetsplatstillhörighet.

Forskningsaktivitet och formella kvalifikationer är ytterligare en faktor som sorterar läkarna i materialet. De manstata specialistområdena är mycket forskningsintensiva med hög andel disputerade. Motsatsen gäller för lågstatusgruppen där få forskar och få disputerar. Doktorsexamen utgör en demarkation inom läkarkåren som i synnerhet slår ut kvinnorna: den hindrar kvinnorna både från att välja forskningsintensiva specialiteter och att nå toppositionerna inom specialistområdena. I bild 12.1 sammanfattas några av de tendenser som jag har beskrivit ovan och hur de griper in i varandra.

Bild 12.1. En bildlig framställning av specialiteternas status, formella kvalifikationer och könssammansättning.

	Högstatus/ statusspecialiteter	Ej-status- specialiteter	Lågstatus- specialiteter
Disputerade över genomsnittet	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Kirurgi Manstätt medicin <i>manstätt specialiteter</i> </div>		Lab.specialiteter
Disputerade runt genomsnittet		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Anestesiologi Barnmedicin Kvinnotätt medicin </div>	
Disputerade under genomsnittet		Gynekologi	Psykiatri Geriatrik Allmänmedicin <i>kvinnotätt specialiteter</i>

Bilden visar hur några viktiga demarkationslinjerna ser ut inom kåren och hur många tendenser som sammanfaller. Ytterligheterna finns i rutorna överst till vänster och nederst till höger: överst till vänster är de manstättaste specialiteterna; de som har högst status; hög andel disputerade och långsam karriärgång. Längst ner till höger finns de kvinnotättaste specialiteterna; de som har lägst status; lägst andel disputerade och snabb karriärgång.

Arbetsplatstillhörighet relaterar även till bilden. Universitetsprägelns är påtalad för hela materialet, men återigen med rutan överst till vänster och rutan längst ner till höger som motpoler. Många tendenser i det empiriska materialet visade att de mellanliggande specialistområdena luckras upp och börjar närma sig varandra. Analysen av tjänstestrukturen visade t.ex. att i de yngre kohorterna liknade den kvinnotättaste ej-statusgruppen (anestesiologi, barnmedicin, gynekologi och kvinnotätt medicin) allt mer statusgrupperna (kirurgi och manstätt medicin). Men även forskningsaktiviteten i den kvinnotättaste ej-statusgruppen förefaller

öka. Den tolkning som föreslogs var att detta kunde vara uttryck för en hårdnande konkurrens i den kvinnotäta ej-statusgruppen.

Inom läkarkåren - liksom i andra yrken på arbetsmarknaden - antas *familjeförhållanden* ofta vara en viktig förklaring till könssorteringen. Det är en vanlig uppfattning att det 'kostar' kvinnor mer än män i karriärsammanhang att ha familj. Begrepp i stil med 'familjrelaterade hinder' figurerar i debatt och forskning. Att kvinnor och män i någon mån har könsspecifika handlingsmönster visar arbetsmarknadens könssgregationen i sig. Men att detta beror på familjeförhållanden ifrågasattes i kapitel 9 där karriären och familjen behandlades. Genomgången visade att tesen om kvinnliga läkares 'relativa underordning' inte får stöd i mitt material.

I kapitel 9 framgick även att specialisttillhörigheten på inget sätt sammanhänger med familjemönstret, så det går knappast att förklara könssorteringen med att specialiteterna varierar med avseende på hur 'familjevänliga' de är. Det framgick att fler kvinnor än män arbetar inom den öppna vården men att det förhållandet inte sammanhänger med kvinnornas familjesituation. Arbetstiden skiljer sig för kvinnor och män, men den sammanhänger varken med civilstånd eller barnantal. Det är lika vanligt att en manlig läkare är gift med en kvinnlig läkare som med en sjuksköterska. Läkarparet framstod som en *resurs* mer än en belastning; både manliga och kvinnliga läkare framhöll det positiva i att vara gift med en kollega som ger stöd och uppmuntran. I motsats till vad som förväntades tyder en del förhållanden på att mannens karriär kan befrämja snarare än hindra kvinnans karriär. Till exempel tenderar de kvinnor som inkräktar på manstäta specialistområden att vara gifta med en läkare oftare än de kvinnor som väljer kvinnotäta specialiteter.

En viktig slutsats är att könsdifferentieringen inom läkarkåren saknar samband med kvinnors familjesituation och barnantal. Det är ingen skillnad mellan de kvinnor som är ensamstående och sammanboende vad gäller specialitetsval, karriärgång, arbetstid eller benägenhet att forska. Medan familjemönstret inte skiljer sig för olika grupper av läkare, visar min genomgång på en rad andra förhållanden som utgör demarkationer inom professionen: specialitet, arbetsplatstillhörighet, arbetstid, karriärmönster, forskningsaktivitet och formella kvalifikationer. Ett av huvudresultaten i denna avhandling är att *de ovannämnda faktorerna differentierar läkargruppen och att de slår ut på kön, medan familjeförhållanden inte är en reell demarkation.*

Att 'familjediskursen' trots detta är mycket stark och föreställningen om familjen som ett hinder för kvinnorna så utbredd, pekar i en annan riktning. Det leder mig till slutsatsen att 'familjediskursen' är en *diskursiv* och inte en *reell* demarkation. Som sådan medverkar den givetvis till upprätthållandet av könssorteringen, men av andra skäl än man hittills framhållit. De förhållanden som här har diskuterats kan sägas vara den ena sidan av myntet.

Den andra sidan av detta mynt är de statushierarkier som konstruerar och upprätthåller statusdifferenser inom kåren som behandlas i kapitel 10 och i kapitel 11 i del III. I kapitel 10 studerades dynamiken i läkarnas egna skildringar av specialiteterna. Läkarnas beskrivningar som är mångtydiga och variationsrika delades in i fyra undergrupper, patientorientering; intresse för forskning och det analytiska momentet; intresse för hantverk, tempo och dramatik; och slutligen mångsidighet. Dessa aspekter är inte inordnade i något totaliserande system av diskurser förknippade med specialiteterna därför att högst varierande skildringar finns företrädda inom alla specialiteter.

Samtidigt gör sig vissa tendenser gällande: patientkontakt och omvårdnad nedtonas inom vissa specialiteter, som exempelvis lab.specialiteter och anesthesiologi, medan de framhålls starkt av andra, exempelvis barnläkare och allmänläkare. Beskrivningar som 'tempo, dramatik och intresse för hantverk' visade sig i stort sett begränsas till specialiteterna kirurgi och anesthesiologi. Vidare gäller att patientorientering och intresse för forskning och det analytiska momentet i läkarjobbet utgör motpoler såtillvida att de mycket sällan förekommer tillsammans.

En könsdifferentiering gör sig gällande i skildringarna av den egna specialiteten i att män och kvinnor skiljer sig åt i orientering *inom* olika specialiteter. Således är kvinnorna mer patientorienterade än männen inom respektive specialitet och omvänt - kvinnorna är mindre orienterade mot forskning och det analytiska momentet än männen. Yrkesorienteringen och uppfattningen av läkarjobbet, så som det tar sig uttryck i läkarnas egna skildringar, utgör därför en demarkation mellan män och kvinnor, om än inte en utpräglad sådan. Kapitel 10 hade som syfte att skildra specialiteterna 'inifrån' i motsats till den bild 'utifrån' som presenteras i kapitel 11. Den mångtydiga bild och variationsrikedom som kommer till uttryck i läkarnas egna beskrivningar försvinner nästan helt i den 'utifrån' bild som skildras i kapitel 11, där den medicinska diskursen är inordnad i revirstrider, kamp om resurser, definitionsmakt och tolkningsföreträde.

I kapitel 11 togs utgångspunkten i ett resonemang om ett antal statushierarkier inom professionen. De inre olikheterna inom professionen hade redan i början av 70-talet gett upphov till olika debatter som uppvisar interna motsättningar. En statusdiskurs återspeglas i åtskilliga debatter som försiggått i Läkartidningen genom årens lopp. Debatterna som granskades i kapitel 11 handlade officiellt om de olika specialistkategoriernas revirstrider och kampen mellan dessa om sociala och ekonomiska resurser, men granskades dock här i syfte att frilägga de underliggande statusbedömningar som så starkt differentierar specialiteterna. Diskursanalyser genomfördes i syfte att frilägga vad som vid en given tidpunkt är 'möjligt' och 'förnuftigt' att uttrycka och av vilka. Men även vilka underliggande tankefigurer som förmedlas genom det "seriösa talet", hur kampen om definitions- och tolkningsmakt utspelas och mellan vilka aktörer, vilka positioner och kunskaper inom den sociala eliten tillerkänns legitimitet.

Granskningen av debatterna visade att i synnerhet tre statushierarkier är betydelsefulla inom läkarprofessionen. För det första en hierarki baserad på uppfattningen om den professionella läkarrollen med en central distinktion mellan att diagnostisera, bota och vårda. För det andra en hierarki baserad på det biomedicinska kunskapsparadigmet, där framträdande kännetecken är det somatiska överlägsenheten över det 'sociala'; och den naturvetenskapliga orsaksförståelsens dominans över det sociala och psykologiska, det diffusa och icke handgripliga. Den tredje hierarkin är den rumsliga lokaliseringen av läkararbetet, med sjukhuset - universitetssjukhuset - i centrum och öppen vård och 'extramural' läkarverksamhet i periferin. Inom ramarna för dessa statushierarkier utspelas de olika specialiteternas kamp om resurser, utrymme, prestige, tolkningsföreträde och den sociala definitionsmakten.

Det är i detta sammanhang som diskussionen i de två kapitlen i del III knyts ihop till en helhet. Bilderna inifrån, de ofta hänfödda beskrivningarna av den egna specialiteten som granskades i kapitel 10 kontrasterades i kapitel 11 med utifrån bilden, d v s den bild som framträder i debatterna. I statusdiskursen lyfter läkarna fram - med positiva förtecken - en eller några få aspekter i den egna specialiteten. Dessa uppvärderas och förhålls till. I motsats till detta fokuseras - med negativa förtecken - en eller flera aspekter i den konkurrerande specialiteten som 'definieras ner' i ett överlägset tonfall.

Statushierarkierna konstrueras och upprätthålls diskursivt, d v s genom kulturen och språket, genom att termer, uttrycksätt och formu-

leringar förmedlar metaspråkliga budskap. Statushierarkierna förmedlas inte minst genom retorik, med metaforer och metonymer som ger vissa associationer där en del aspekter framhävs och andra nedtonas. Metaforerna är i sig själva påståenden som tillhandahåller tolkningar av uttalade förklaringar, tyst kunskap och tysta argument. De ingår på så sätt i ett 'paket' av tolkningar.

De tre statushierarkierna relaterades i kapitel 11 på ett mer konkret sätt till de olika specialiteterna. Allmänmedicinens och psykiatrins låga status förklaras huvudsakligen av att de är *kognitivt perifera* i det biomedicinska kunskapsparadigmet. Men även andra förhållanden medverkar till att upprätthålla den låga statusen: den perifera *lokaliseringen* utanför den egentliga sjukvårdsorganisationen som gäller för de båda specialistområdena, och även den dominerande definition av *läkarrollen*. Det förefaller viktigt att läkarrollens alla dimensioner finns med i de olika specialisternas arbete, men de har olika status. Botperspektivet har högre status än vårdperspektivet. Den specialitet som inte råder över effektiva behandlingsmetoder gör läkarna stympade i deras läkarroll. Att endast råda över en 'diagnostisk' apparat som exempelvis rättspsykiatrerna, gör dem perifera och ger dem låg status inom läkargruppen.

Det finns mycket som talar för att själva läkarrollen har starkt bekönade undertoner. Kirurgen har tillförsäkrat sig en markerad särställning på toppen av statushierarkin bl a genom en bekönad diskurs om kirurgens effektiva och handlingskraftiga läkarroll. Inom internmedicinen har man gjort sig gällande på geriatrikens bekostnad, även där genom en bekönad diskurs. Ytterligheterna i statussammanhang, kirurgi och internmedicin respektive geriatrik, upprätthålls således med hjälp av könsdimensionen på en kulturell och symbolisk nivå. Motpolerna inordnas som varandras motsatser i *en bekönad diskurs om läkarrollen*. Kirurgens läkarroll definieras som det handlingskraftiga, snabba och effektiva. Kirurgen står för det högt värderade botandet som i sin tur förknippas med maskulinitet. Samma gäller i viss mån för internmedicinen, medan motsatsen gäller för geriatriken.

Geriatikerrollen definieras som vårdande, långsam, handlingsförlamad när det gäller botande och den ges kvinnliga förtecken i diskursen. Dessa bekönade diskurser upprätthåller en könslig sortering i kirurgen, manstätt medicin och geriatriken. När det gäller psykiatri och allmänmedicin så omgärdas de av en diskurs om att vara kognitivt och rumsligt perifera vilket ger dem låg status. Det underlättar kvinnors

inträde i dessa specialiteter. Kirurgi och geriatrik utgör vidare de yttersta motpolerna i framställningen av den interna differentieringen medan en uppluckring sker i förhållande till de mellanliggande specialiteterna.

De olika demarkationslinjerna går in i och förstärker varandra. Det går inte att fastslå någon inbördes dignitet eller vilken som kommer först, huruvida de *reella* som härrör från arbetsvillkoren ska anses som primära i förhållande till de *diskursiva* - (alltifrån 'familjediskursen' till statushierarkierna) - eller omvänt. Det finns emellertid inte skäl att anta att status enbart kopplas till kön i termer av att "det som kvinnor gör har låg status" eller att "det som män gör har hög status". Sådana förklaringar är teoretiskt otillfredsställande eftersom de riskerar att sluta i tautologier - att förklara underordning med underordning. Inte heller visar de sig få empiriskt stöd i min studie.

Allt som berör kvinnor eller som kvinnor gör har *inte* låg status, vare sig man betraktar traditionella kvinnliga sfärer eller det som kvinnliga läkare idag sysslar med. Om traditionella kvinnoyrken föranledde låg status skulle barnmedicin vara lågstatusområde. Om kvinnor och barn som patienter hade låg status skulle gynekologin och barnmedicinen ha låg status. Så är inte fallet. Däremot har arbete med barn olika status beroende på om det bedrivs på sjukhus eller utanför sjukvårdsorganisationen. Skolläkare har exempelvis låg status men inte barnläkare på sjukhus.

På samma sätt kan argumenteras med manliga sfärer. Laborariespecialiteter har inte hög status även om de är manstata och forskningsintensiva. Inte heller kan man påstå att teknikens positivt laddade förtecken i samhället automatiskt färgar av sig i medicinen. Om så vore fallet skulle anesthesiologin, som en mycket tekniskt avancerad specialitet med sofistikerad utrustning, förmodligen ha hög status. Detta stöder min argumentation om de tre statushierarkierna och deras förankring som den främsta förklaringen till statusdifferenserna inom läkarprofessionen. Dessa agerar bortom könet som social kategori men könsaspekten kommer in som en symbolisk dimension och medverkar i konstruktionen och upprätthållandet av statushierarkierna.

Den interna differentieringen idag inom läkarprofessionen måste även ses ur ett annat, mer historiskt perspektiv, nämligen det som rör mäns och kvinnor utvecklingstendenser i val av specialitet. Jag har granskat dessa tendenser mot bakgrund av det medicinska fältets utveckling de sista två-tre årtiondena, men även relaterat till Helen Freys studie

som behandlar förhållandena ända från sekelskiftet. Den historiska utvecklingen från en relativ 'läkarbrist' till en situation där de flesta specialiteter antas bli mer eller mindre 'karriärtrånga' är här en viktig utgångspunkt. I slutet på 60-talet - då kvinnor utgjorde ungefär 15 procent av kåren - konstaterades att läkarbristen drabbade olika specialiteter på högst olika sätt. Det tyder enligt min mening på att demarkationsprocesser existerade även innan kvinnorna tågade in i kåren och att en sortering ägde rum bland de *manliga* läkarna.

Det finns dokumenterat att provinsialläkarbristen var stor men att även flera andra specialiteter hade betydande rekryteringsproblem. Bland dessa var långvård, rehabilitering, ögonmedicin och psykiatri, alla kvinnotäta specialiteter idag, medan andra omtalades redan då som 'karriärtrånga', exempelvis kirurgi och medicin. Specialiteternas könsammansättning pekar på att kvinnorna har tågat in i 'bristspecialiteter' när de började sin marsch in i läkarprofessionen. Tendenserna i specialitetsvalet bland de yngre läkarna pekar på att mönstret i någon mån alltså reproducerar sig vilket innebär att det finns processer som *upprätthåller* denna sortering.

Granskas specialiteternas utvecklingstendenser mot bakgrund av yngre och äldre läkares specialitetsval, vilket gjordes i kapitel 6 (tabell 6.7 och tabell 6.8 om kohortsväxlingar i specialisttillhörighet) måste några förhållanden särskilt framhållas. Mansdominansen *ökar* inom det statuspräglade specialistområdet manstätt medicin, och samtidigt *ökar* kvinnoandelen inom den starkt kvinnotäta geriatriken. Det ligger nära till hands att relatera detta till de interna revirstriderna mellan internmedicinen (den största specialiteten inom gruppen manstätt medicin) och geriatriken. Min tolkning är att dessa strider handlade om stängningsförsök, en demarkation från den manstättade medicinens sida som uppenbarligen slår ut på kön och får till effekt att kvinnor förpassas till den kvinnligt definierade geriatriken.

Jag vill vidare se utvecklingen för kirurgin och gynekologin i en liknande kontext. Medan mansdominansen är bastant inom de kirurgiska specialiteterna, är gynekologin - som även är en operativ specialitet - starkt kvinnopräglad. Det framgår i kapitel 6 (tabell 6.7 och 6.8) att gynekologin är en växande specialitet och att kvinnor ensamma svarar för den ökningen. Min tolkning är att den olika könsammansättningen inom kirurgin och gynekologin rör sig om demarkation. Att kvinnor har operativt intresse likafullt som män framgick mycket klart både i kapitel 6 och 11. Men att de är så få inom kirurgin kan göras begripligt i rela-

tion till gynekologin. Min tes är att operativt intresserade kvinnor förpassas till en nisch i det kirurgiska fältet, gynekologin, som intressant nog inte klassificeras som en kirurgisk specialitet (en viktig diskursiv poäng). Man kan vidare fråga sig om kirurgins demarkation är framgångsrik. Den kan anses framgångsrik såtillvida att männen inte inkräktar på kvinnoandelen i gynekologin. Den är emellertid mindre lyckad i ljuset av att kvinnorna i praktiken inte nöjer sig med gynekologin utan även kräver inträde i kirurgin, där deras andel sakta stiger.

Anestesiologin är vidare intressant därför att den är ett växande specialistområde där kvinnor och män konkurrerar om ökningen. Än så länge omges den inte av någon statusdiskurs. Detta trots att den mycket lätt kan associeras till manlig symbolvärld, som jag redan påpekat, som en tekniskt avancerad och sofistikerad specialitet.

I vilken grad de demarkationer som jag har identifierat är intentionella sociala handlingar eller oavsiktliga konsekvenser av omedvetna handlingsmönster är en fråga som i sig utgör ett komplext teoretiskt problem. Min argumentation för att granska demarkationer och deras utfall baseras på att de är *både* intentionella och omedvetna sociala förhållanden. Det är givetvis individer inom vissa specialiteter som utövar stängningar med sina värderingar, sitt "seriösa tal" eller "prat" om andra individer inom andra specialiteter. Men det rör sig även om överindividuella strukturer - reella och diskursiva - som inte kan reduceras till individerna, utan upprätthålls i en tyst överenskommelse. Min uppgift förankras således i den generella förutsättningen för all sociologisk verksamhet, att handlingar kan ha andra - och fler - innebörder än dem som aktörerna avser eller är direkt medvetna om.

Även om demarkationslinjer, både reella och diskursiva, har kartlagts i det empiriska materialet, har samtidigt tendenser identifierats som pekar på att uppluckringar håller på att ske. Om man ställer den koncisa frågan om kvinnorna har hittat - eller förpassats till - nischer i det existerande könsmonstret som de nöjer sig med så måste den frågan besvaras nekande. Visserligen reproduceras monstret med socialt konstruerade demarkationslinjer som jag har sökt identifiera i avhandlingen. Men samtidigt finns tecken på rännor. Jag har redan nämnt de förändringar i specialitetsvalet hos de yngre läkarna som kan tyda på rännor i monstret. En utjämning sker i några avseenden bland de yngre läkarna. Vi har sett några förhållanden där de manliga och kvinnliga läkarna blir mer lika varandra i de yngre åldersgrupperna: i civilstånd och barnantal; i tid för legitimering och specialisering; i arbetsplatstillhörighet. Vi har även sett

att kvinnorna inkräktar på mansdominerade områden som exempelvis kirurgin.

Det är viktigt att påpeka att det mönster som här har identifierats inte utgör något slutet och totalitært system som automatiskt upprätthålls och reproduceras. Att sorteringen kan upprätthållas visar att den kan brytas. Om strukturernas återskapande vore det enda möjliga skulle inga förändringar äga rum; inget skulle rubba demarkationerna och de diskursiva och reella stängningsmekanismernas fortsatta existens. Denna avhandling har skrivits i en övertygelse om att kunskap om de mekanismer som upprätthåller differentieringen och könsdifferentieringen inom professionen kan generera förändring. När kunskap har utvecklats och förklaringsmodeller utarbetats, möjliggörs ett mera medvetet och reflexivt förhållningssätt till denna socialt konstruerade värld av utestängningar. Kunskapen kan generera insikt och vilja till överskridande och inkräktningar.



Summary

Changes of Doctoring: A Study of the Heterogeneity and Gender Differentiation within the Medical Profession

The purpose of the thesis is to explain gender differentiation within the medical profession where gender differentiation is conceptualized as a part of the heterogeneity of the profession. A point of departure is the neo-weberian social closure theory, complemented with a comprehensive gender perspective. The mechanisms that separate the members of the professions are identified. The medical specialities are taken as a starting point in the analysis, and they build the central analytical categories with which to grasp the internal differentiation. Another purpose of the thesis is to extend social closure theory as a tool to understand gendered social closure *within* professions, as contrasted to closure between professions. According to this line of reasoning, social closure mechanisms are conceptualized in terms of demarcations. The main focus is on the discursive demarcationary strategies by which the prestigious specialities (surgery and internal medicine) sustain their high position in terms of status, at the expense of the low-status specialities (geriatrics, psychiatry and general medicine). Three systems of status hierarchies are identified which are of vital importance for maintaining established status systems within the profession. An important finding is that some of these discursive strategies are gendered.

The thesis is divided into three parts. In part one (chapter 1-4), theoretical and methodological approaches are accounted for. In part two (chapter 5-9), the internal differentiation within the profession is dealt with from a historical and social point of view. In part three (chapter 10-12), the differentiation is examined at a cultural and discursive level.

In chapter 1 an overall approach to the research problem is presented and the theoretical perspective is outlined. The main questions dealt with are the following:

Do career patterns differ between various specialities according to social prestige, i.e. status, and the proportion of men and women in the field? If so, what is the social meaning of the differences?

Do career patterns relate to the cultural dimensions, status and values of the specialities?

Is family situation a barrier for women doctors? Is there a difference between the various medical fields with respect to how 'family friendly' they are?

Is there a tendency that career patterns exclude women from certain medical fields, or do women overcome possible hindrances and compete on equal terms with men?

In chapter 2 the theory of social closure is presented as the theoretical point of departure. The choice of neo-weberian closure theory is justified by the shortcomings of the fashionable sociological perspectives explaining the gender segregation within the labour market (theories of socialization and arguments regarding women's domestic orientation). The main focus of theories of professions has been on homogeneity, a tradition which is transcended in the thesis by emphasizing the heterogeneity of the medical profession. Another argument for choosing theories of professions as a point of departure is an attempt to conceptualize the gender differentiation as a part of the internal differentiation of specific professions rather than as a part of the gender segregation of the labour market in general.

In chapter 3 some fashionable feminist approaches are discussed in a critical dialogue. The predilection of some feminist approaches to grasp the notion of gender and gender relations *a priori* as a power relation with a given direction is abandoned. The notion of gender is conceptualized on different levels, which can not be reduced to each other. It is suggested that the somewhat abstract notion of gender power has to be thoroughly scrutinised and put in a specific theoretical and empirical context, in this case a sociological frame of reference. Thus, the gender concept is believed to be only one of many aspects affecting, and affected by, internal differentiation, although a highly important one. Theories of patriarchy and economic theories of gender differentiation within the labour market are not addressed because of their high level of abstraction. Organisational theories are taken into account in the analysis, although not as a starting point. The most important factor for the choice of a theory of professions was, however, my conviction that some understanding of the notion of gender has to be elaborated within existing sociological theory. In methodological terms, the thesis consists of a triangulation: a survey embracing 788 specialists in Gothenburg, interviews undertaken with a dozen doctors in different specialities, and a discourse analysis of territorial debates between specialities.

In part two the empirical findings on the internal differentiation within the medical profession are discussed. The historical grounds for the present situation are outlined in chapter 5. The chapter aims at placing the history of the medical profession in a more critical light than hitherto. The medical profession's exclusionary tendencies are identified in a historical perspective. It is argued that closure strategies were mainly external up until the 1970s, i.e. aiming at defending the profession's elitistic recruitment and to fight any attempts of usurpation from outside. From the beginning of the 1970s the profession had to face extensive organisational changes in connection with more rigid social and political environments which led to subsequent constraints upon the profession. The forms for specialisation became increasingly regulated and supervised by the state and the profession had to compromise with the authorities. The line of argumentation followed is that the exclusionary tendencies turned into internal closure strategies at a time when the profession's external social conditions were restricted. The rules for applications to Swedish universities were changed in 1977. In a debate on that issue in the Swedish medical journal, the last attempt by the profession to openly sustain elitistic recruitment patterns is identified. One of the strategies used was to carry out a gendered discourse of the doctor's role. As these attempts failed, the profession was forced to face the diversity and the heterogeneity of the profession as a social fact.

In chapters 6, 7 and 8 the empirical findings from the survey are presented. To a great extent a strong differentiation in terms of status is supported. Furthermore, the gender differentiation proves to relate strongly to the social prestige ascribed to the specialities. Women more often end up in low status fields, while men more often are found in the more prestigious specialities. Those two findings are the most salient features of the differentiation of the profession and they are therefore the bases for the classification of the specialities into five groups, which build the main analytical categories to be followed in the presentation of the data. The categories are as follows:

- high-status specialities;
- status specialities;
- non-status specialities (male dominated);
- non-status specialities (female dominated); and
- low-status specialities.

All the surgical specialities belong to the category high-status specialities and in that category there are no other specialities to be found. The category status-specialities is a group consisting of internal medicine and related fields such as cardiology and neurology, and they are characterized as male dominated. The large group not relating to the status discourse is divided into two parts: one male dominated where pathology, radiology and the clinical laboratory specialities are to be found. The female dominated counter-part includes gynaecology, anaesthesiology, paediatrics and female dominated fields of medicine (as opposed to male dominated). The category low-status specialities consists of geriatrics, psychiatry and general medicine. Despite the close connection between the notion of gender and status, it is not a simple relationship. That is revealed by the fact that all female dominated fields are not low status areas, and vice versa, not all male dominated fields are status areas. In part three the notion of status and status differences are accounted for in detail; how they are achieved, legitimised and reproduced as social constructions.

The demarcationary lines identified are status, career pattern, workplace, working hours, amount of research and formal qualifications (credentials). These lines of demarcation are structuring the doctors in specific patterns which do not seem to be contingent. The demarcationary lines are closely interwoven with each other and that is why it is hard to identify them more than analytically. They seem to be mutually strengthening, but at the same time appearing relatively autonomus in so far as they can not be reduced to one another. The career rate is, for example, more rapid for younger doctors than senior doctors; furthermore, the career rate varies for the different fields of specialities. Doctors in low status specialities have a relatively rapid career rate, i.e. they get a supervisory position more quickly and a larger proportion of younger doctors do have such a position than is the case for the status specialities. In addition, men and women within the same specialities, and within the same age group, prove to be quite similar in this respect.

Working hours strongly relate to gender in terms of men having longer working hours than women (among doctors working full-time). Analysed on the basis of the specialities, this is valid for all areas except the low-status area where working hours are unrelated to gender, and stay at a level much lower than is valid for both sexes in other specialities. Workplace, which has the most profound impact on working hours, is related to gender as well. Doctors at a university clinic have much longer

working hours than their colleagues in other workplaces, women consistently less than men. To summarize the most important findings: women, as compared to men, are more often found in specialities having a relatively rapid career rate; in workplaces with a more peripheral position in the medical organisation; and where working hours tend to stay at a lower level than is the case for other workplaces. Women (or men) who have chosen a certain field of speciality tend to bear similarities with their male (or female) counter-part in that specific area, in respect to career pattern and workplace.

Formal qualifications and amount of research are further aspects that sort male and female doctors into different specialities. The male dominated specialities have a strong research profile and a large proportion of doctors with a Ph.D. The opposite is valid for the low-status area. The Ph.D. is a demarcationary line that especially functions as a closure mechanism for women. Not only does it function as a hindrance for women to enter certain fields of specialities, it also becomes a barrier for them in attempts to reach top positions. In the following figure the most salient tendencies in the data are shown, and how they relate to each other.

Figure 1. Status differences, formal qualifications and proportion of men and women in medical specialities.

	Status/high status specialities	Non-status specialities	Lowstatus specialities
Ph.D over-represented	Surgery Male dominated medicine <i>Male dominated specialities</i>		Laboratory specialities
Ph.D around mean value		Anaesthesiology Paediatrics Female dominated medicine	
Ph.D under-represented		Gynaecology	Psychiatry Geriatrics General medicine <i>Female dominated specialitie</i>

The figure shows how some central demarcationary lines coincide with each other. The extremes are in the upper left hand corner and the bottom right hand corner. In the upper left hand corner, the male dominated specialities are found - those which are highly valued, have a relatively slow career rate, and a large proportion doctors with a Ph.D. degree. In the bottom right corner we find the female dominated specialities, those having low status, the lowest proportion with Ph.D. degrees, and a rapid career rate. Many tendencies in the data suggest that the pattern for the specialities in the middle is loosening up.

In the medical profession, as in other professions, there is a strong belief that family-related issues account for women's subordination in the labour market. On the one hand, there are some gender related patterns of action, which gender segregation within the labour market witnesses. On the other hand, it is questioned in chapter 9 that this is due to women's domestic responsibilities. The discussion in chapter 9 revealed that the hypothesis of a 'relative subordination' of women doctors is not supported. Speciality was not found to relate in any aspect whatsoever to

women's family situation or their having children or not. The discourse of certain specialities as 'family friendly' has no support in the empirical data. While family related issues do not have any connection to their choice of speciality, many other aspects do, e.g. speciality, workplace, working hours, career patterns, research and credentials, as has previously been argued. Chapter 9 concludes that family situation can be seen as a discursive - as opposed to an 'actual' - demarcationary strategy. As such, it underpins gender differentiation, but for different reasons than those usually argued.

In part three cultural and discursive aspects are accounted for from another point of view. On the one hand, the doctors' descriptions of their own speciality is dealt with in chapter 10, and their descriptions of other specialities is dealt with in chapter 11. In chapter 10 the doctors' orientation towards their own speciality is broken down into five categories: patient orientation, an interest for research and the analytical, technical procedures, the tempo and the dramatic quality of the work, and the diversity. These five aspects are not wrapped in some totalitarian system of discourses strictly and exclusively related to certain specialities. On the contrary, the most varying descriptions are found in all areas. At the same time some tendencies can be stated: patient orientation is toned down in certain fields, e.g. among laboratory specialists and anaesthesiologists, while enhanced in others, e.g. among paediatrics and general practitioners. Another tendency worth mentioning is that patient orientation and an interest for the analytical, are opposites in one respect, i.e. they rarely coincide. A further aspect noticed is a gender differentiation within each area. Women are, for example, more patient oriented than men in all fields, and less oriented towards the analytical. It can therefore be stated that the job orientation is a demarcationary line between men and women, although not a strong one.

In chapter 11 this complex internal picture, so full of nuances, is contrasted with the picture given by the doctors when other specialities than their own are at stake. This is achieved through an analysis of debates in the Swedish medical journal regarding internal struggles for territories, social resources and authority. In these debates several functioning status hierarchies in the medical profession are rendered visible. The main features of the hierarchies are based on findings and arguments in previous chapters. The status hierarchies are mediated through specific structuralizing elements in the debates which are uncovered and interpreted by accounting for the metaphors, rhetoric, and

metonymies used. The debates show formulations imbued with a meta-language, distinct messages carried out with metaphors that bring forth tacit knowledge and arguments. In this way certain associations are enhanced and others down-graded.

Three status hierarchies are of central importance: one based on the conceptualization of the professional role of the doctor, where important dimensions are, on one hand, the diagnostic aspect, and on the other hand, the treatment undertaken, which in turn falls into two parts, curing and caring. The second hierarchy is based on the biomedical paradigm of knowledge, where salient features are the superiority of somatic factors over social and psychological factors. In addition, the scientific conception of cause and effect is regarded higher than the diffuse and intangible factors so often connected with social and psychological matters. The third hierarchy is concerned with the spatial location of the doctor's professional work. The medical accomplishments of hospital doctors are highly valued, while out-patient work, and work at health care centres is not. By means of these status hierarchies struggles for resources, prestige, authority, power of definition and interpretation are taking place.

The low status of general medicine and psychiatry is primarily explained by their peripheral location in the biomedical paradigm of knowledge. But there are further aspects contributing to their low status, e.g. they are located outside the hospital, the heart of the central medical organisation. The definition of the doctor's professional role is another aspect. All three components of the doctor's role prove to be important, but they are unequally valued. The curing component is valued higher than the caring component. Those specialities that do not include all of the components in the doctor's role, truncate the doctor's position. Surgery has obtained a superior position to other specialities and it is mainly achieved by a gendered discourse on the effective and energetic elements of the surgeon's role. Internal medicine also enjoys a relatively strong position at the expense of geriatrics, which is similarly maintained by a gendered discourse. The extremes in terms of status are thus ensured and sustained through a gendered discourse, i.e. a notion of gender on a cultural and symbolic level. The extremes in terms of status are thus enclosed in a gendered discourse on the doctor's role as each others' opposites. Surgery is associated with energy, tempo and efficiency, connected to curing, and with strong associations to masculinity. The same is valid for internal medicine. In the role of the

geriatrician, the caring aspects are underlined, it is defined as slow and ineffective in terms of treatment, i.e. curing, and strongly linked to femininity. Through these gendered discourses, gender segregation is maintained in surgery, male dominated internal medicine and female domination within geriatrics. Somewhat different explanations are suggested regarding psychiatry and general medicine. As medical specialities they are surrounded by a discourse of being peripheral both in cognitive matters and geographically, which awards them a low status. This is supposed to facilitate women's entry to these specialities.

The various demarcationary lines are interwoven and strengthen each other. No one demarcationary line can be granted the foremost dignity, nor can the internal weight between them be determined. However, there is no reason to believe that status is connected to gender in some simple way. Explanations of that kind tend to be tautological by explaining subordination with subordination. Furthermore, they are not supported in the study. Medical specialities dominated by women do not necessarily result in low status; neither do issues connected with women's traditional roles (e.g. obstetrics), nor what women doctors do in the realm of medicine today. If women and children were low status patients, then gynaecology and paediatrics would subsequently be low status specialities, which is not the case. On the other hand, doctors working with children have highly different status positions depending on their medical surroundings. School doctors enjoy lower status than paediatricians working in hospital settings, which suggests that the spatial location is of significant importance. At the same time, not all male dominated specialities, or issues that can be related to masculinity, are highly valued. Laboratory specialities are not among the status specialities, despite their male dominance and high degree of research activity. Neither can the degree of technicality, with its masculine connotations, be said to grant anaesthesiology status. This leads to the conclusion that the notion of gender on a symbolic and cultural level, is highly important in establishing some of the hierarchies, while gender alone can not be any exhaustive explanation. There are also existing status hierarchies beyond the concept of gender contributing strongly to the explanation of status differentiation within the medical profession.

A different perspective of gender segregation within the medical profession is given by the investigation of historical processes. Historical trends show that some specialities were 'crowded' already several decades ago, while others suffered from insufficient recruitment. The so-called

'doctor shortage' that Sweden suffered in the 1960s was highly unevenly distributed in respect to the specialities. It points towards an initial differentiation among male doctors even before women became a considerable proportion within the profession. Medical fields which are now female dominated (geriatrics, rehabilitation, ophthalmologist and psychiatry) were all shortage specialities in the 1960s, while fields which are now male dominated were labelled as crowded. There is therefore some evidence that women entered the shortage specialities when their proportion of the profession increased as a whole.

In the thesis a line of concordance is suggested linking the territorial struggles and the status differences between the specialities. The struggle between internal medicine and geriatrics discussed in chapter 11 is interpreted in line with the social closure theory as a demarcationary strategy. Internal medicine aimed its demarcationary strategies at geriatrics, and its status is ensured by opposing itself to geriatrics which is simultaneously down-graded. The relation between surgery and gynaecology is interpreted similarly. The male dominance is firm in the surgical specialities, although women do not seem to lack interest in surgical activities, which is convincingly illuminated in chapter 6 where the choice of speciality is discussed. It is suggested that women interested in operative activities are 'deported' to gynaecology (which is also an operative speciality but interestingly enough not classified as such). This is interpreted as a result of surgeons' attempts to close their territory by means of a gendered discourse.

The question is raised as to what extent the demarcationary lines can be conceptualized as intentional and conscious human actions or unintended consequences of unreflexive action patterns. That question is a part of a complex theoretical issue. My point of view is that they have to be perceived as both conscious, intentional actions and at the same time as unconscious actions. My presumption rests on the presupposition that although we are dealing with individual actors, we also have to take into account supra-individual structures which can not be reduced to the individual level. My conclusion thus rests upon Robert Merton's sociological assumption that human action can have other implications and meanings than the actors directly intend or are conscious of.

It should be pointed out that the patterns identified in the thesis can not be thought of as a closed and complete system, automatically maintained and reproduced. This thesis is written in the conviction that a knowledge within the mechanisms underpinning the gender differentiation

of the medical profession can initiate and generate changes. When knowledge has been produced and explanations suggested about the socially constructed world of social closure within the medical profession, it becomes possible to develop a more reflexive and conscious attitude towards it. Knowledge can bring insight into the closure mechanisms and trigger a willingness to exceed them.



Referenser

- Abbott, Andrew, 1988, *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. The University of Chicago Press. Chicago and London.
- Abrahamsson, Bengt, 1986, *Varför finns organisationer? Kollektiv handling, yttre krafter och inre logik*. Norstedts, Stockholm.
- Aitta, Ulla, 1988, *Jämställdheten mellan män och kvinnor i de AKAVA-anslutnas arbetsliv*. AKAVA, Helsingfors.
- Album, Dag, 1991, "Sykdommers og medisinske specialiteters prestisje" i *Tidsskr. Nor. lægeforening* nr. 17, 1991;111.
- Andersson, Gunnar, 1993, *Leva för jobbet och jobba för livet*. Symposion, Stockholm.
- Arbetsmarknadssituation 1994*. Sveriges Läkarförbund. Stockholm.
- Asplund, Johan, 1981, *Teorier om framtiden*. Liber Förlag, Stockholm.
- Bakgrundsmaterial om högskolan*. SCB 1992:9
- Bengtsson, Margot, 1980, "Varför blir somliga kvinnor naturvetare och inte humanister?" i *Kvinnovetenskaplig Tidskrift* 2/1980.
- Bengtsson, Margot, 1985a, *Föräldraidentifikation hos kvinnliga naturvetare och humanister - utvecklingspsykologiska, differentiella och socialpsykologiska aspekter*, del I, II, och III. Doktorsavhandling.
- Bengtsson, Margot, 1985b, "Identifikation, kön och klass" i *Kvinnovetenskaplig Tidskrift* 1/1985.
- Bengtsson, Margot, 1993, "Psykologin behöver ett historiskt perspektiv på män och kvinnor" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1/1993.
- Berggren, Leif och Nyström, Sune, 1985, "Territorial behaviour in primary health care - a quantitative study" i Berggren, Leif, 1985, *Non-physical territoriality in health care organisations*. Institutinen för socialmedicin, Göteborgs universitet.
- Beskow, Jan, 1990, "Suicidialt beteende bland läkare" i *Kvinnliga läkares villkor*. Jämfo-rapport nr. 17. Stockholm.
- Bickel, J & Whiting, B, 1991, "AAMC Data Report: Comparing the representation and promotion of men and women faculty at U.S. medical schools" i *Academic medicine* 46, 497.
- Billing Yvonne-Due & Alvesson Mats, 1989, *Kön, ledelse, organisation*. Jurist- og økonomforbundets Forlag, København.
- Billing, Yvonne-Due, 1991, *Køn, karriere, familie*. Jurist- og økonomforbundets Forlag, København.
- Bjerrum Nielsen, Harriet & Rudberg, Monica, 1992, "Når kjønnet kommer i skole - pedagogisk kvinneforskning" i Taksdal og Widerberg (red) *Førståelser av kjønn i samfunnsvitenskapenes fag og kvinneforskning*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Björnberg, Ulla & Bäck-Wiklund, Margareta, 1990, *Vardagslivets organisering i familj och närsamhälle*. Daidalos, Göteborg.

- Björnberg, Ulla, 1992, *Tvåförsörjarfamiljen i teori och verklighet i Kvinnors och mäns liv och arbete*. SNS Förlag.
- Björnberg, Ulla, 1994a, "Familj mellan marknad och stat/politik. En fråga om kön, klass och makt" i *Sociologisk forskning* 2/1994.
- Björnberg, Ulla, 1994b, "Hur påverkas psykisk hälsa av arbete och familjeliv?" i *Socialvetenskaplig tidskrift* 2-3/1994.
- Blomqvist, Martha, 1994, *Könshierarkier i gungning. Kvinnor i kunskapsföretag*. Acta universitatis upsalienses. Uppsala.
- Bologh R,W, 1990, *Love or Greatness: Max Weber and Masculine Thinking - a Feminist Inquiry*. London, Unwin Hyman.
- Bordieu, Pierre, 1979, *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge University Press.
- Bordo, Susan, 1990, "Feminism, Postmodernism, and Gender-Scepticism" i Nicholson L.J. (red) *"Feminism/Postmodernism"* Routledge, New York London.
- Brante, Thomas, 1987, "Sociologiska föreställningar om professioner" i Bergryd (red) *Den sociologiska visionen*. Rabén och Sjögren.
- Brante Tomas, 1989a, "Samhällsteoretiska traditioner" i Månson P (red) *Moderna samhällsteorier. Traditioner, riktningar, teoretiker*. Stockholm, Prisma.
- Brante, Thomas, 1989b, "Professioners identitet och samhälleliga villkor" i Selander, Staffan (red) *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap*. Lund.
- Brante, Thomas, 1990, "Professional Types as a Strategy of Analysis" i Burrage M & Torstendahl R (red) *Professions in Theory and History*. Sage.
- Bullock, A, and Stallybrass, O (red) 1980, *The Fontana Dictionary of Modern Thought*. Fontana/Collins, London.
- Carder, Mack & Klingeberg, Bendix, 1980, "Towards a Salaried Medical Profession: How 'Swedish' was the Seven Crowns Reform?" i Heidenheimer & Elvander (red) 1980, *The Shaping of the Swedish Health System*. Croom Helm, London.
- Carlsson Wetterberg, Christina, 1992, "Från patriarkat till genussystem - och vad kommer sedan?" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 3/1992.
- Carr-Sanders A M & Wilson P, 1964, *The Professions*. London (2nd ed).
- Castro, Freddy Winston, 1992, *Bortom den nya medelklassen. Durkheim och de moderna professionella yrkesgrupperna*. Symposion Graduale, Stockholm.
- Chodorow, Nancy, 1978, *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. University of California Press.
- Cockburn, Cynthia, 1991, *In the way of women. Man's resistance to sex equality in organisations*. MacMillan, London.
- Cole, R.J. & Zuckerman, H, 1987, "Marriage, Motherhood and research Performance in Science" i *Scientific American* 256, 1987:2.
- Collins, Randall, 1979, *The Credential Society. A historical sociology of education and stratification*. New York: Academic Press.

- Crompton, Rosemary, 1987, "Gender, status and professionalism" i *Sociology* Vol. 21 No. 3.
- Crow, Graham, 1989, "The use of the concept of 'strategy' in recent sociological literature" i *Sociology* Vol. 23, No.1.
- Dahlbom-Hall, Barbro, 1990, *Lära läkare leda*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Dahlström, Edmund, 1992, "Debatten om kön och familj under svensk efterkrigstid" i *Kvinnor och mäns liv och arbete*. SNS Förlag Stockholm.
- Davies, Celia, 1996, "The Sociology of Professions and the Professions of Gender" i *Sociology* Vol. 30 No. 4, 1996.
- Dellacava, F.A & Engel M H, 1979, "Resistance to sisterhood: the case of professional women" i *International journal of women's studies* 6/1979.
- Doktorand 1992-1993*. SACO 1991.
- Eisenberg, Carola, 1989, "Medicine is no longer a man's profession. Or, when the men's club goes coed it's time to change the regs" i *The New England Journal of Medicine* No 22 1989.
- Ellingsæter, Anne Lise, 1995, *Gender, Work and Social Change. Beyond Dualistic Thinking*. Report 95:14. Institutt for samfunnsforskning, Oslo 1995.
- Elster, Jon, 1989, *Nuts and Bolts for the Social Sciences*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Elston, Mary Ann, 1993, "Women doctors in a changing profession: the case of Britain" i Riska and Wegar (red) *Gender, Work and medicine. Women and the Medical Division of labour*. Sage, London.
- Emanuelsson, Agneta, 1991, *Pionjärer i vitt. Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden 1851-1939*. FoU-rapport 34, SHSTF, Huddinge.
- Emerek, Ruth, 1986, *Uddannelse - vejen til lighed?* Aalborg universitetscenter.
- Engdahl, Horace, 1986, "Den litterära texten som tolkningsproblem" i Selander, Staffan (red) *Kunskapens villkor. En antologi om vetenskapsteori och samhällsvetenskap*. Studentlitteratur, Lund.
- Erichsen, Vibeke, 1992, "State traditions and medical professionalization: Scandinavian Experience(s)". Paper till ISA konferensen "Professions in Transition" i Leicester April 1992.
- Etzione, Amitai, 1969, (red) *The Semi-Professions and their Organizations*. Free Press.
- Fairhurst, G. & K, Snavelety, 1983, "Majority and Token Minority Group Relationships: Power Acquisitional Communication" i *Academy of Management Review*. Vol 8, No 1.
- Ferguson, Kathy, 1984, *The Feminist Case against Bureaucracy*. Philadelphia, Temple University Press.

- Florin, Christina, 1987, *Kampen om katedern. Feminiserings- och professionaliseringsprocessen inom den svenska folkskolans lärarkår 1860-1906*. Almqvist & Wiksell International, Umeå.
- Forsberg, Gunnel, 1992, "Kvinnor och män i arbetslivet" i *Kvinnor och mäns liv och arbete*. SNS Förlag Stockholm.
- Forskarutbildningen - en problemanalys*. UHÄ-rapport nr. 19, 1986.
- Fox, Nicholas, 1991, *The social meaning of surgery*. Open University Press, Buckingham.
- Foucault, Michel, 1993, *Diskursernas ordning*, installationsföreläsning vid Collège de France den 2 december 1970. Brutus Östlings bokförlag Symposion, Stockholm 1993.
- Freidson, Elliott, 1970, *Profession of Medicine. A study of the Sociology of Applied Knowledge*. Harper & Row, New York.
- Frey, Helen, 1980, *Kvinnliga läkare i Sverige*. Kulturgeografiska institutionen vid Uppsala universitet. Malmö 1980.
- Gemzöe, Lena m fl, 1989, "Sex, genus och makt i antropologiskt perspektiv" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1/1989.
- Giddens, Anthony, 1992, *The transformation of Intimacy. Sexuality, Love & Eroticism in Modern Societies*. Cambridge, Polity Press.
- Gonäs, Lena, 1992, "Kvinnors arbetsmarknad i det framtida Europa" i *Kvinnor och mäns liv och arbete*. SNS Förlag Stockholm.
- Goode, William, 1960, "Encroachment, Charlatanism and the Emerging Profession: Psychology, Sociology and Medicine" i *American Sociological review* 25:1960.
- Granovetter, Mark, 1985, "Economic Action and Social Structure: The problem of Embeddedness" i *American Journal of Sociology* 91 No 3.
- Greenwood, Earnest, 1962, "Attributes of a Profession" i Nosow, S & Form, W. (red) *Man, Work and Society*. Basic Books Inc. New York.
- Göranson, Anita, 1983, "Arbete och makt: en kritisk diskussion av begreppen arbete, produktion och produktionsätt" i Aniansson m fl (red) *Rapport från Kvinnouniversitetet. Vetenskap, patriarkat och makt*. Akademitext AB, Stockholm.
- Hallberg, Margareta, 1991, *Kunskap och kön - en vetenskapsteoretisk studie*. Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet.
- Haavind, Hanne, 1985, "Förändringar i förhållandet mellan män och kvinnor" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 3/1985.
- Harding, Sandra, 1986, *The Science Question in Feminism*. Open University Press, Stratford.
- Hartmann, Heidi, 1986, "Det olyckliga äktenskapet mellan marxism och feminism. För en mer utvecklingsbar förening" i Ganetz m fl (red) *Feminism och marxism. En förälskelse med förhinder*. Arbetarkultur, Stockholm.
- Heidenheimer, Arnold J, 1980, "The debate over 'Surplus or Shortage' in Swedish Medicine in the 1930s" i Heidenheimer & Elvander (red)

- 1980, *The Shaping of the Swedish Health System*. Croom Helm, London.
- Heidenheimer, Arnold J, 1980, "Conflict and Compromises Between Professional and Bureaucratic Health Interests 1947-72" i Heidenheimer & Elvander (red) 1980, *The Shaping of the Swedish Health System*. Croom Helm, London.
- Hellberg, Inga, 1978, *Studier i professionell organisation. En professionsteori med tillämpning på veterinäryrket*. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Hellberg, Inga, 1979, "Könsutjämning och köns polarisering inom professionerna på dagens svenska arbetsmarknad" i Selander, Staffan (red) *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap*. Studentlitteratur, Lund.
- Hellberg, Inga, 1991, *Professionalisering och modernisering*. Arbetslivscentrum, Stockholm.
- Hellström, Margareta, 1993, *Läkares arbetsvillkor inom olika specialiteter*. Undersökningsrapport 33/1993. Arbetsmiljöinstitutet. Stockholm.
- Heradstveit, Daniel och Björge, Tore, 1996, *Politisk kommunikation. Introduktion till semiotik och retorik*. Lund.
- Hirdman, Yvonne, 1983, "Mellan likhet och särart - kvinnorörelsens historia i ett annat perspektiv" i Aniansson, Eva m fl (red) *Rapport från Kvinnouniversitetet. Vetenskap, patriarkat och makt*. Akademitratur, Stockholm.
- Hirdman, Yvonne, 1988, "Genussystemet - reflexioner kring kvinnors sociala underordning" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 3/1988.
- Hirdman, Yvonne, 1990, "Genussystemet", i *Demokrati och makt i Sverige*. Maktutredningens huvudrapport. SOU 1990:44. Stockholm.
- Hjern, Bo, 1980, "Commentary on Part Three" i Heidenheimer & Elvander (red) 1980, *The Shaping of the Swedish Health System*. Croom Helm, London.
- Hochschild, Arlie & Machung, Anne, 1989, *The Second Shift. Working Parents and the Revolution at Home*. Piatkus, London.
- Hoffstedt, Gunilla, 1991, "Forskarutbildade från medicinsk fakultet" i *Doktorand 1992-1993*. SACO, Stockholm.
- Holm, Ulla, 1993, *Läkares vardag. En studie av den psykiska arbetsmiljön*. Pedagogiska institutionen Uppsala universitet. Forskningsrapport 110, 1993.
- Holmberg, Carin och Lindholm, Margareta, 1989, "Feministisk teori" i Månson Per (red) *Moderna samhällsteorier. Traditioner riktningar teoretiker*. Prisma, Stockholm.
- Holmberg, Carina, 1992, *Det kallas kärlek. En studie om kvinnors underordning och mäns överordning bland unga jämställda par*. Anamma Förlag, Göteborg.

- Holter, Harriet, 1992, "Berättelser om kvinnor, män och samhälle: Kvinnoforskning under trettio år", i *Kvinnor och mäns liv och arbete*. SNS Förlag, Stockholm.
- Holter, Øystein Gullvåg og Aarseth, Helene, 1993, *Menns livssammenheng*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Hur ser läkararbetslösheten ut?* Sveriges Läkarförbund. Februari 1995.
- Höjeberg, Pia, 1981, *Jordemor. Barnmorskor och barnaföderskor i Sverige*. Gidlunds, Södertälje.
- "Højtuddannet? - Ja Ligestillet? - Nej" i *dm Magisterbladet* (särtryck) oktober 1986.
- Immergut, Ellen M, 1992, *Health politics interests and institutions in Western Europe*. Cambridge University Press. New York.
- Jacobsson, Kerstin och Øygarden, Geir A, 1996, "Ekonomernas Guernica: rädsans metaforer och produktionen av mening" i *Sociologisk forskning* 2-3 1996.
- Jämställda läkare*. Sveriges läkarförbund 1992.
- Jense, Göran, 1984, *Forskarutbildning - nu och sedan. En undersökning av forskarutbildningen vid fem fakultet vid Lunds universitet*. Lunds universitet, Lund.
- Jersild PC, 1979, *Babels hus*. Bonniers, Stockholm,
- "Jobb som väcker heta känslor" i Göteborgsposten 21. april 1994.
- Jonsson, Gustav, 1970, *Det sociala arvet*. Tidens förlag, Stockholm.
- Johnson, Terry, 1972, *Professions and Power*. Anchor Press Ltd, Essex.
- Johnson, Terry, 1992, "Governmentality and the institutionalization of expertise", Paper till ISA konferensen 'Professions in Transition' i Leicester, april 1992.
- Kanter, R.M, 1977, *Men and women of the corporation*. Basic Books, Harper Torchbooks, New York.
- Korreman, Grete, 1994, *Læge og køn - spiller det en rolle?* TemaNord 1994:597. Nordiska Ministerrådet, Köpenhamn.
- Kreckel R, 1980, "Unequal opportunity structure and labour market segmentation" i *Sociology* 4/1980.
- Kungörelse angående utbetalning av statsbidrag jämlikt lagen 1954:77 med särskilda bestämmelser om frivillig sjukpenningförsäkring i allmän sjukkassa. 1955:197.
- Kvande, E. & Rasmussen, B, 1990, *Nye kvinneliv. Kvinner i menns organisationer*. Ad Notam, Oslo.
- Kvinnor och män i Norden. Fakta om jämställdheten*. Nordiska Ministerrådet 1988.
- Lag med särskilda bestämmelser om frivillig sjukpenningförsäkring i allmän sjukkassa. 1954:774.
- Landby Eduards, Maud & Manns, Ulla, 1987, "Om genus och genussystem" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 4/1987.
- Lannerheim, Lena, 1994, *Syster blir till. En sociologisk studie om sjukskötersko yrkets framväxt och omformering*. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.

- Larkin Gary, 1983, *Occupational Monopoly and Modern Medicine*. Tavistock, London.
- Le Feuvre, Nicky, 1996, "The Feminization of Professional Groups in a Comparative Perspective." Paper till konferensen 'Deconstructing Professions: Professional Identity and Professional Order in comparative perspective' Onati, Spanien, april 1996.
- Leiulfsrud, Håkan, 1991, *Det familjära klassamhället. En teoretisk och empirisk studie av blandklassfamiljer*. Arkiv, Lund.
- Liljeström, Rita, 1983, "Går det att förena likhet och särart" i Aniansson, Eva m fl (red), *Rapport från Kvinnouniversitetet. Vetenskap, patriarkat och makt*. Akademilitteratur, Stockholm.
- Lindahl, A.K. og Killi, M, 1984, *Familjen eller yrket. En undersøkelse av kvinnelige legers livs- og arbeidssituasjon*. Statens institutt for folkehelse. Gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo.
- Lindgren, Gerd, 1992, *Doktorer systrar och flickor. Om informell makt*. Carlssons Bokförlag, Stockholm.
- Lindgren, Gerd, 1989, "I broderskapets skugga" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 3-4/1989.
- Lindgren, Sven-Åke, 1997, *Politikerna och ekobrotten. En diskursanalys*. Forskningsrapport nr. 120, Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Lindgren, Sven-Åke, 1993, *Den hotfulla njutningen. Att etablera drogmisbruk som samhällsproblem 1890-1970*. Symposium Graduale, Stockholm.
- Lindgren, Sven-Åke, 1989, "Mikael Foucault och sanningens historia" i Månson Per (red) *Moderna samhällsteorier. Traditioner riktningar teoretiker*. Prisma, Stockholm.
- Löneläget för manliga och kvinnliga läkare*. En arbetsrapport från Sveriges läkarförening, Stockholm, 1989.
- Läkarbristöverskottet*, Landstingsförbundet, Stockholm 1978.
- Läkarfakta 1975 och Läkarfakta 1994*. Utgivet av Sveriges Läkarförbund.
- Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar*. Socialstyrelsen 1992.
- Läkartidningen* 1968, 1969, 1970, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1982, 1983, 1986, 1988, 1989, 1991.
- Maanen, van, J. & Barley S R, 1984, "Occupational Communities. Culture and Control in Organizations" in Staw B. & Cummings L. L (red) *Research in Organizational Behavior*. Vol 7, Greenwich JAI Press.
- McKinlay, John B & Arches, Joan, 1985, "Towards the proletarianization of physicians" i *International Journal of Health Services*, 15:161-95.
- McKinlay, John B & Stoeckle, John D, 1988, "Corporatization and the social transformation of doctoring" i *International Journal of Health Services*, 18:191-205.

- Meddelanden från Göteborgs universitet, Enheten för studiedokumentation.
- Merton, Robert K, 1968, *Social Theory and Social Structure*. Free Press, New York.
- Mintzberg, Henry, 1983, *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*. Prentice-Hall International, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Murphy, Raymond, 1986, "Weberian Closure Theory: A contribution to the Ongoing Assessment" i *British Journal of Sociology* 37.
- Murphy, Raymond, 1988, *Social closure. The theory of monopolization and exclusion*. Clarendon Press.
- Neset, K m fl, 1991, Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje i *Tidsskr. Nor. lægeforen.* nr. 29, 1991;111.
- Nicholson, Linda J. & Frazer, Nancy, 1990, "Social criticism without philosophy" i (red) Nicholson L.J., *Feminism/Postmodernism*. Routledge, New York and London.
- Nicholson, Linda J, 1990, "Introduction" i Nicholson L.J. (red) *Feminism/ Postmodernism*. Routledge New York and London.
- Nilsson, Arne, 1992, "Den nye mannen - finns han redan?" i *Kvinnors och mäns liv och arbete*. SNS Förlag.
- Nilsson, Arne, 1994, ""Såna" och "Riktiga karlar". Om manlig homosexualitet i Göteborg kring andra världskriget" i Björnberg m fl (red) *Janus & genus. Om kön och social identitet i familj och samhälle*. Brombergs.
- Nilsson, Arne, 1995, *Att vara men inte synas. Om mäns homosexuella livsrum i Göteborg decennierna kring andra världskriget*. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Nilsson, Ingemar, 1984, "Läkaren och kirurgen: Ideologi och praktik i 1700-talets medicin" i *Om ideologi och ideologianalys*. Institutionen för idé och lärdoms historia. Göteborgs universitet 1984.
- Nordiska Läkarfakta 1994*. Utgiven av Samnordisk arbetsgrupp för prognos och specialistutbildningsfrågor.
- Nore, Anne Kathrine, 1993, *Fra nevernyttig jente till entusiastisk kirurg. En kvalitativ studie av kvinnelige kirurger i Norge*. Specialoppgave til helseadministrasjonsstudiet. Universitetet i Oslo.
- Nycander, Svante, 1970, *Avskaffa rättspsykiatrin*. Aldus/Bonniers, Stockholm.
- Oppenheimer Martin, 1973, "The Proletarianization of the Professional" i Halmos (red) *Professionalization and Social Change*. The Sociological Review Monograph nr 20, Keele University.
- Orban, Pal, 1992, "Långvården - botten av stathierarkin" i *Socialmedicinsk tidskrift* 6-7/1992.
- Ott E.M, 1989, "Effects of the Male-Female Ratio at Work: Policewomen and Male Nurses" *Psychology of Women Quarterly*. Vol 13, No 1.

- Parkin, Frank, 1978, "Social Stratification" i Bottomore T. and Nisbet R (red) *A History of Sociological analysis*. Basic Books New York.
- Parkin, Frank, 1979, *Marxism and class theory. A bourgeois critique*. London.
- Parsons, Talcott, 1968, "Professions" i International Encyclopedia of the Social Sciences, Vol. 11 D. Sills (red), MacMillan & Free Press.
- Perrow Charles, 1986, *Complex Organisations. A critical essay*. Random House, New York.
- "Primärvården - en dyrbar felsatsning", en intervju med Sven Rune Johanson i Dagens Nyheter 17. september 1983.
- Ramos SM, Feiner CJ, 1989, Women surgeons, a national survey i *Journal of American Medical Women Association* 1989;44.
- Rapoport, R & Rapoport, R, 1971, *Dual-Career Families*. Penguin Books.
- Rapoport, R & Rapoport, R, 1976, *Dual-Career Families re-examined*. Martin Robertson & Co.
- Ressner, Ulla, 1985, *Den dolda hierarkin - om demokrati och jämställdhet*. Tema Nova, Rabén och Sjögren, Stockholm.
- Relman, A.S, 1989, The changing demography of the medical profession i *The New England Journal of Medicine* No 22 1989.
- Riska, Elianne & Wegar, Katarina, 1989, Kvinnliga läkares ställning i läkarkåren - integration eller separatism? i Silius, Harriet (red) *Kvinnor i mansdominerade yrken*. Publikationer från Institutet för kvinnoforskning vid Åbo Akademi, Åbo.
- Riska, Elianne, 1992, "Medical uncertainty: the gender basis of work within the medical profession". Paper till konferensen Professions in Transition, Leicester, april 1992.
- Riska, Elianne, 1995, "The reconfiguration of the medical profession: a split between geneticization and trivialization of medicine". Paper till konferensen "Professions in comparative perspective" i Onati i Spanien i april 1996.
- Roman, Christine, 1994, *Lika på olika villkor. Könsssegrering i kunskapsföretag*. Symposion Graduale.
- Rosenberg Morris, 1957, *Occupations and values*. The Free Press, Glencoe, Illinois.
- Saks, Mike, 1983, "Removing the blinkers? A critique of recent contributions to the sociology of the professions" i *The sociological Review*.
- Sarfatti-Larson, Magali, 1977, *The Rise of Professionalism. A sociological analyses*. University of California Press.
- Scieszcentmihalyi Mihály, 1990, "Att uppleva 'flow'" i Ödman (red) *Om kreativitet och flow*. Brombergs. Stockholm.
- Searchrist L, 1994, "Disparities detailed in NCI division". *Science*, 264, 340.

- Selander, Staffan (red) 1989, *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Studentlitteratur, Lund.
- Silius, Harriet, 1989, Könnssegregeringen i ingenjör- jurist- och läkarkårerna, i Silius, Harriet (red) *Kvinnor i mansdominerade yrken*. Publikationer från Institutet för kvinnoforskning vid Åbo Akademi, Åbo.
- "Sjukhusmiljön är oerhört flirtig" i LandstingsVärlden 14/94.
- Sigrun Juliusdottir, 1993, *Den kapabla familjen i det isländska samhället. En studie i lojalitet, äktenskapsdynamik och psykosocial anpassning*. Göteborgs universitet, institutionen för socialt arbete. Göteborg.
- Smith, Dorothy, 1987, *The Everyday World as Problematic: Towards a Sociology for Women*. Boston. Northeastern University Press.
- Smith, Dorothy, 1990, *Texts, Facts and Femininity - Exploring the Relations of Ruling*. Routledge, London.
- SOU 1995:110 *Viljan att veta och viljan att förstå. Kön, makt och den kvinnovetenskapliga utmaningen i högre utbildning*. Slutbetänkande av Utredningen om insatser för kvinno- och jämställdhetsforskning. Stockholm.
- SOU 1993:7 *Löneskillnader och lönediskriminering. Om kvinnor och män på arbetsmarknaden*. Betänkande av Löneskillnadsutredningen. Kulturdepartementet, Stockholm.
- SOU 1958:26 *Regionsjukvården*. Stockholm.
- SOU 1958:15 *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena*. Stockholm.
- SOU 1936:34 *Utredning rörande de svenska universitets- och högskolestudenternas sociala och ekonomiska förhållanden*. Bilaga till *Betänkande med undersökningar och förslag i anledning av tillströmningen till de intellektuella yrkena*. Stockholm
- SOU 1935:52 *Betänkande med undersökningar och förslag i anledning av tillströmningen till de intellektuella yrkena*. Stockholm.
- Stenberg, Sten, 1864, 1889, "Undervisningen i förlossningskonsten i Stockholm från äldre till nuvarande tid" (skrivet 1864), *Jordemodern* 1889.
- Stinchcombe Arthur, 1985, *Stratification and Organisation*. New York.
- Strandberg, Maj, 1988, *Kvinnliga läkares psykosociala arbetsmiljö - en intervjuundersökning*, Landstingshälsan, Dalarna. Rapport nr. 11/88.
- Taksdal, Arnhild & Widerberg, Karin, 1992, "Kitt og dynamitt i samfunnsvitenskapenes kjønn", i Taksdal og Widerberg (red) *Førståelser av kjønn i samfunnsvitenskapenes fag og kvinneforskning*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Taksdal, Arnhild, 1992, "Praktisk verktøyskasse - arbeid med egen tekst" i Taksdal og Widerberg (red) *Førståelser av kjønn i samfunnsvitenskapenes fag og kvinneforskning*. Ad Notam Gyldendal.

- Thagaard, Tove, 1975, "Academic Values and Intellectual Attitudes: Sex Differentiation or Similarity?" i *Acta Sociologica* 18/1975.
- Therborn, Göran, 1993, "Identitet som ett sociologiskt nyckelbegrepp". Föredrag på den 17. Nordiska Sociologkongressen i Gävle 1993.
- Torgerdur Einarsdottir, 1995, *Könets mångfald. Om könet som strategisk analysvariabel*. Forskningsrapport nr. 116, Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Torstendahl, R, 1989, "Professionalisering, stat och kunskapsbas. Förutsättningar för en teoribildning" i (red) Selander, Staffan: *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap*. Studentlitteratur, Lund.
- Unger, Abraham, 1984, *Den store kirurgen*. (Glorious Obsession) Wahlströms, Stockholm
- Wahl, Anna, 1992, *Könsstrukturer i organisationer. Kvinnliga civilekonomers och civilingenjörers karriärutveckling*. EFI Ekonomiska Forskningsinstitutet, Stockholm.
- Waldén, Louise, 1982, "Teknikkulturens dubbla förtecken" i *Kvinnovetenskaplig Tidskrift* 3/1982.
- Ward, Steven C, 1995, "The Making of Serious Speech: A Social Theory of Professional Discourse" i *Current Perspectives in Social Theory*, 1995:63-81.
- Weber, Max, 1983, *Ekonomi och samhälle*. Vol 1, Argos.
- Widerberg, Karin, 1987, "Till en teori om kvinnoförtryck - om barriärer och öppningar" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 2-3/1987.
- Widerberg, Karin, 1992a, "Teoretisk verktøyskasse - angrepsmåter og metoder", i Taksdal og Widerberg (red) *Førståelser av kjønn i samfunnsvitenskapenes fag og kvinneforskning*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Widerberg, Karin, 1992b, "Vi behöver en diskussion om könsbegreppet" i *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 4/1992.
- Wiers-Jenssen, Jannecke, 1994, *Rekruttering till medicinstudiet. En studie av et årskull medisinstudenter, med vekt på social bakgrunn, poengesamling, studiemotiver og ambitionsnivå*. Hovedfagsoppgave i sosiologi høsten 1994. Cand polit. Institutt for sosiologi. Universitetet i Oslo.
- Witz, Anne, 1986, "Patriarchy and the labour market: occupational control strategies and medical devision of labour" i Knights & Willmott (red) *Gender and the labour process*.
- Witz, Anne, 1992, *Professions and Patriarchy*. Routledge, London, New York.
- Wold, Agnes och Wennerås, Christine, 1997, "Commentary: Nepotism and Sexism in Peer" i *Nature* 22. maj 1997
- Wold, Agnes och Wennerås, Christine "Därför forskar inte kvinnor" i *Dagens Nyheter* 22/1 1995.
- Wold, Agnes och Wennerås, Christine "Forskningsråd utplånar handlingar" i *Dagens Nyheter* 26/2 1995.

- Wrong, Dennis, H, 1961, "The Oversocialized Conception of Man in Modern Sociology" i *American Sociological Review* 26 (April 1961).
- Zeldow PP, Preston RC, Dagerty SR, 1992, "The decision to enter a medical Specialty: Timing and Stability" i *Medical Education* 1992:26.
- Zetterberg, Hans, m fl, 1984, *Det osynliga kontraktet. En studie i 80-talets arbetsliv*. Sifo, Stockholm.
- Åmark, Klas, 1990, "Open Cartles and Social Closure: Professional Strategies in Sweden, 1860-1950" i Burrage, M & Torstendahl, R (red) *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*. Sage.

Bilaga 1. Enkät

Bakgrund

1. Kön
 man
 kvinna
2. Hur gammal är Du?år
3. Civilstånd
 Gift/sammanboende
 Ensamstående
4. Hur många barn har Du?
 inga
 1
 2
 3
 4 eller fler

Frågorna 5 och 6 besvaras av gifta/sammanboende. Övriga går till fråga 7.

5. Vilken är Din makes/makas sysselsättningsgrad?
 arbetar deltid
 arbetar heltid
 yrkesarbetar ej
6. Makes/makasyrke*.....
* om läkare, ange även specialitet

Utbildning

7. Hur gammal var Du när Du blev legitimerad?år

När blev Du (fyll i antal år i det som är aktuellt för dig)

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| 8. specialist
.....år efter leg. | 9. disputerad
.....år före leg.
.....år efter leg. | 10. docent
.....år före leg.
.....år efter leg. |
|-------------------------------------|--|---|

11. Vilken (vilka) är Din(a) specialitet(er)?
.....
.....

12. Har Du hamnat i den specialitet Du först tänkte Dig eller valde?
 Ja --> gå till fråga 13
 Nej --> besvara 14 och 15

13. Du har hamnat i den specialitet Du först valde/tänkte Dig. Vilket skäl vägde **tyngst** när Du träffade Ditt val av specialitet?

Rangordna om Du måste ange flera än ett alternativ

- intresse/passade min personliga läggning
- förmånliga arbetstider, lite eller ingen jourverksamhet
- god tillgång till tjänster och inte för hård konkurrens
- goda inkomstmöjligheter
- goda möjligheter till forskning
- tillfällighet
- annat.....

Gå till fråga 16

14. Du arbetar **inte** inom den specialitet Du först valde eller tänkte Dig. Vilket/vilka skäl vägde **tyngst** till att Du övergav den specialiteten?

Rangordna om Du måste ange flera än ett alternativ

- intresseförskjutning
- den passade ej min personliga läggning
- långa arbetstider, för mycket jourarbete
- för liten tillgång till tjänster inom specialiteten/svårt hävda sig i konkurrensen
- dåliga inkomstmöjligheter
- dåliga möjligheter till forskning
- annat.....

15. Vilken (vilka) specialitet(er) hade Du tänkt Dig?

.....
.....

16. Vad är det enligt Din mening, som främst karakteriserar Din specialitet och gör den intressant för Dig? Beskriv kortfattat, t.ex. med stickord eller med ett par korta meningar:

.....
.....
.....
.....

Forskning

17. Forskar Du för närvarande?

- Ja --> gå till fråga 18
- Nej --> gå till fråga 19 och 20

18. Varför forskar Du?

Rangordna, om flera av alternativen gäller Dig

- intresse
- ett led i min vetenskapliga karriär
- för att meritera mig till högre tjänster i läkarkarriären
- annat.....

Gå till fråga 21

19. Varför forskar Du inte?

- inte intresserad
- önskar att använda min tid till annat
- saknar tid
- forskning inryms inte i min tjänst
- annat.....

20. Har Du tidigare haft möjlighet till forskning i Din tjänst?

- Ja
- Nej

Arbete

21. Arbetar Du

- på sjukhus (ej universitetsklinik)
- på universitetsklinik
- inom öppen vård
- annat.....

22. Arbetar Du

- heltid
- deltid

23. När fick Du första förordnandet som..

vikarierande avdelningsläkare*	år efter legitimation
ordinarie avdelningsläkare*	"
vikarierande distriktsläkare	"
ordinarie distriktsläkare	"
vikarierande bitr. överläkare	"
ordinarie bitr. överläkare	"
vikarierande överläkare	"
ordinarie överläkare	"

* eller motsvarande tjänster, ex. äldre/specialiserad underläkare e.d.

24. Vilken tjänst har Du för närvarande?
 avdelningsläkare
 distriktsläkare
 biträdande överläkare
 överläkare
 annat.....
25. Om Du ej redan har en tjänst med medicinskt ledningsansvar (böl, öl, distriktsläkare eller motsvarande), skulle Du vilja ha en sådan?
 Ja
 Nej
26. Vilken av följande positioner skulle Du prioritera för egen del?
 Svara oavsett nuvarande position
- en administrativ chefsposition (divisionschef, områdeschef, klinikchef, chefsöverläkare eller dylikt)
 en tjänst med universitetsanknytning (klinisk lärare/assistent, professor eller dylikt)
 bägge ovanstående då det är lämpligast att dessa följs åt
 ingen av dem

Du som **ej har och ej önskar** en administrativ chefsposition, besvara fråga 27. Övriga går till fråga 28.

27. Varför vill Du inte ha en administrativ chefsposition?

Sätt ett kryss för det (de) alternativ som gäller Dig

- innebär för mycket ansvar
 för mycket administrativt arbete på bekostnad av det kliniska arbetet
 det kräver större vetenskaplig kompetens än jag besitter
 det kräver längre klinisk erfarenhet än jag har
 annat.....

28. Uppskatta Din faktiska arbetstid föregående vecka i timmar, inklusive jour/beredskap. (Uppge tjänstgöring enl. jourschablonen).
timmar

29. Var denna vecka
 som ordinarie arbetsvecka
 kortare än ordinarie arbetsvecka
 längre än ordinarie arbetsvecka

30. Har Du fritidspraktik/privatpraktik?
 Ja
 Nej

Avslutningsvis skulle jag vilja ställa två frågor som gäller skillnader inom medicinen.

31. Anser Du att olika specialiteter tillskrivs olika status **inom** läkarkåren?

- Ja
- Nej

32. Om ja, ange den eller de specialiteter som Du tror har högst respektive lägst status **inom** läkarkåren (högst två).

högst

.....
.....

lägst

.....
.....

Kommentera gärna på enskilda frågor eller enkäten som helhet.

.....
.....
.....
.....
.....

Tack för Din medverkan!



**Monografier från Sociologiska institutionen, Göteborgs
Universitet**

1. Sjöstrand, Per: *Karriärens utveckling. En socialpsykologisk analys av yrkesval*. 1968 (lic avh)
2. Jonsson, Dan: *Interpersonella relationer. En vidareutveckling av några utbytesteoretiska ansatser*. 1969 del 1 och 2 (Dokt avh)
3. Rundblad, Bengt: *Forestville. A Study of Rural Social Change*. 1951 (Lic avh)
4. Hart, Horst & von Otter, Casten: *Lokal lönebildning. En sociologisk formulering av ekonomiska differentieringprocesser*. 1972 (Dokt avh)
5. Jonsson, Dan: *Introduction to Data Tensor Models for Social Science*. 1972
6. Eriksson, Kjell: *Facklig demokrati. Begrepp och utvecklingstendenser*. 1973 (Dokt avh)
7. Osei-Kofi, Ebenezer: *Marriage and the Family. A study of Social Change in Ghana*. 1974 (Dokt avh)
8. Bäck-Wiklund, Margareta & Lindfors, Hans: *Lokalsamhället som livsform. Idé och verklighet*. 1974 (Dokt avh)
9. Graham, Leif: *Arbetsmarknadsforskning*. 1974
10. Kemeny, Jim: *An Interactionist Perspective to Macro Sociology*. 1976 (Dokt avh)
11. Hellberg, Inga (red): *Ungdomens problem på arbetsmarknaden*. 1977
12. Muga, David: *A Field of Seed. Social Mobility and Social Change in West Bengal Hill Village*. 1977 (Dokt avh)
13. Törnqvist, Rolf: *Människors samhällsomständigheter*. 1977 (Dokt avh)
14. Andersson, Sten: *Existens och sexualitet - en interaktionistisk tolkning av psykoanalysen*. 1977 (Dokt avh del I och II)
15. Leissner, Tom: *Mot dryckenskap*. 1978 (Dokt avh)
16. Teeland, Lawrence: *Keeping in Touch. In Relation between Old People and their Adult Children*. 1978 (Dokt avh)

17. Svensson, Lennart: *Från bildning till utbildning. Del I. En diskussion kring historie- och sociologisk teori om universitetens utveckling och omvandling.* 1978
18. Svensson, Lennart: *Från bildning till utbildning. Del II. Universitetens omvandling från 1100-talet till 1870-talet.* 1978 (Dokt avh)
19. Orban, Pal: *Massmedier - de nya folkrörelserna. Kultur och normativ integration i det svenska samhället.* 1978 (Dokt avh)
20. Hellberg, Inga: *Studier i professionell organisation. En professionsteori med tillämpning på veterinäryrket.* 1978 (Dokt avh)
21. Svensson, Lennart: *Från bildning till utbildning. Del III. Universitetens omvandling från 1870-talet till 1970-talet.* 1980
22. Markopolo, Christina: *Sociocultural Effects of Intra-European Migration. A Cyclical Research study in Greece and Sweden.* 1981
23. Hörte, Sven-Åke (red.) *Ungdomsarbetslöshet i dag och i morgon. Rapport från ett symposium i Särö den 11-12 november 1980 under redaktion av Sven-Åke Hörte i samarbete med Horst Hart.* 1981
24. Bjelvehammar, Bo & Olsson, Henny: *Samspel och omvårdnad. Analys av utbildning, organisation och samspel inom vården.* 1982 (Dokt avh)
25. Lennartsson, Hilda: *Struktur och organisation. Några förutsättningar för hyresgästinflytande i bostadsförvaltningen.* 1982 (Dokt avh)
26. Donoghue, Edwin: *The Illusion of the Absolute. A Critical Study of the Marxian Concept of Alienation and its Hegelian Foundation.* 1982 (Dokt avh)
27. Hellberg, Inga & Vrethem, Mats: *Lagen om anställningsskydd. Tillkomst och tillämpning.* 1982
28. Hörte, Sven-Åke: *Medbestämmande. En analys av kontaktmönster mellan parter vid arbetsställen.* 1983 (Dokt avh)
29. Karlsson, Svante: *Oil and the World Order. A study of American foreign oil policy 1940-1980.* 1983 (Dokt avh)
30. Streiffert, Helena: *Studier i Svenska kvinnorörelsen.* 1983 (Dokt avh)
31. Bjurström, Erling: *Det populärmusikaliska budskapet 1955-1977.* 1984
32. Hart, Margareta: *Arbetslösa ungdomar i beredskapsarbete.* 1984 (Dokt avh)

33. Meziane, Abdesselam: *Mahgreb: Ett islamiskt samhälle i ett historiesociologiskt perspektiv*. 1984 (Dokt avh)
34. Fürst, Gunilla: *Reträkten från mansjobben. En studie av industriarbetande kvinnor och arbetsdelningen mellan könen på en internarbetsmarknad*. 1985 (Dokt avh)
35. Kollind, Anna-Karin: *Freud och verkligheterna. Psykiskt, organiskt och socialt i Freuds tidiga tänkande*. 1986 (Dokt avh)
36. Soidre-Brink, Tiiu: *Boendets förändring och kollektivt handlande*. 1987 (Dokt avh)
37. Peterson, Abby: *Women in Political Movement*. 1987 (Dokt avh)
38. Cwejman, Sabina: *Befrielse eller exploatering? Om kvinnoliv i statens, kyrkans och frihetsrörelsens Polen*. 1987 (Dokt avh)
39. Nilsson, Arne: *Strukturomvandling och arbetsmarknadssegmentering. En studie av arbetsmarknadsutvecklingen i Sjuhäradsbygden under 1970-talet*. 1988 (Dokt avh)
40. Fürst, Gunilla: *I reserv och reservat. Om villkoren för kvinnors arbete på mansdominerade verkstadsgolv*. 1988
41. Fredholm, Eva: *Sin lön värd*. 1989 (Dokt avh)
42. Boglind, Anders: *Medarbetare och medlem. Individuell och kollektiv rationalitet i arbetslivet*. 1989 (Dokt avh)
43. Bäck-Wiklund, Margareta & Lindfors, Hans (red): *Arbetets organisering, människans försörjning. Vänbok till Bengt G Rundblad*, 1990
44. Lindholm, Margareta: *Talet om det kvinnliga. Studier i feministiskt tänkande i Sverige under 1930-talet*. 1990 (Dokt avh)
45. Håkansson, Kristina: *Program och realitet. Förändringsstrategier i arbetslivet*. 1991 (Lic avh)
46. Sundqvist, Göran: *Vetenskapen och miljöproblemen. En expertsociologisk studie*. 1991 (Dokt avh)
47. Grundén, Kerstin: *Människa, organisation, ADB-system. Mot en människoorienterad syn på systemutveckling*. 1992 (Dokt avh)
48. Carle, Jan: *Ungdomsarbetslöshet, välfärd och livsstil*. 1992 (Lic avh)
49. Andersson, Curt: *Att utveckla ledare*. 1992 (Lic avh)

50. Eriksson, Birgitta: *Vad händer med arbetet?* 1993 (Lic avh)
51. Larsson, Patrik: *Kvalitet, arbetstillfredsställelse och effektivitet i hemtjänst för äldre.* (Lic avh)
52. Karlsson, Sven-Erik: *Natur och kultur som turistiska produkter - en början till en sociologisk analys.* 1994 (Dokt avh)
53. Bartley, Kristina & Hanson, Susanna: *Barnomsorg i tiden.* 1994 (Lic avh)
54. Paulson, Sven: *Politik mot ungdomsarbetslöshet - En internationell jämförelse.* 1994 (Dokt avh)
55. Lannerheim, Lena: *Syster blir till. En sociologisk studie av sjuksköterskeyrkets framväxt och omformering.* 1994 (Dokt avh)
56. Björkemarken, Mariann: *Implementeringsanalys som komplement vid utvärdering - en fråga om perspektiv och förklaring.* 1995 (Dokt avh)
57. Håkansson, Kristina: *Förändringsstrategier i arbetslivet.* 1995 (Dokt avh)
58. Blomsterberg, Marianne: *Garanterade karriärer? Om social styrning och sysselsättningspolitik för ungdomar.* 1996 (Dokt avh)
59. Larsson, Patrik: *Hemtjänsten ur tre perspektiv - en studie bland äldre, anställda och ledning.* 1996 (Dokt avh)
60. Björnberg, Ulla & Kollind, Anna-Karin (red): *Men's family relations. Report from an international seminar.* 1996
61. Oskarsson, Hermann: *En klasstrukturs uppkomst och utveckling. Akureyri 1860 till 1940.* 1996 (Dokt avh)
62. Thörn, Håkan: *Modernitet, sociologi och sociala rörelser.* 1997 (Dokt avh del I)
63. Einarsdottir, Torgerdur: *Läkaryrket i förändring. En studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering.* 1997 (Dokt avh)