

Det professionella landskapets framväxt

Det professionella landskapets framväxt. Kapitlet *Det medicinska fältet*. Av Carina Carlhed Ydhag.

DOI: <https://doi.org/10.37852/oblu.338.c743>

E-boken är publicerad av Samhällsvetenskapliga fakulteten vid Lunds universitet 2025
Boken är ursprungligen publicerad av Studentlitteratur.

ISBN: 978-91-44-12205-2

eISBN: 978-91-8104-669-4

Upphovsrätt: Författaren/författarna

Denna text är licensierad under CC BY-NC 4.0, Erkännande.

(Se fullständiga villkor: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.sv>). Enligt licensen får verket spridas och bearbetas utan att tillstånd behövs, men ej användas i kommersiella syften. Verkets upphovsperson måste anges.

DET MEDICINSKA FÄLTET

CARINA CARLHED YDHAG

Kapitlet handlar om det medicinska fältets professionalisering i Sverige med fokus på tre av dess yrken, nämligen läkarna, sjuksköterskorna och de biomedicinska analytikerna (tidigare laboratorieassistenter). Tillblivelsen av det medicinska professionella fältet och etableringen av den klassiska läkarprofessionen beskrivs utifrån fyra faser. Den första fasen (1600–1850) skildrar den preprofessionella eran där kompetensfältet medicin etablerades. Den andra fasen (1860–1920) framställer hur läkarprofessionen genom två kvalitativa eller kognitiva take-off utvecklade en *robust kunskapskärna*, ett *heartland*. Den tredje fasen (1930–1960) redogör för hur läkarprofessionens gyllene era stabiliserades. Professionaliseringsprocesserna har analyserats i relation till det framväxande och differentierande hälso- och sjukvårdssystemet samt till en framväxande statsadministration och välfärdsstat. Analysen visar betydelsen av organisatoriska traditioner som väglett politiska investeringar och utbyggnad av hälso- och sjukvården. En tidig och snabb organisatorisk utbyggnad som följde akutvårdslogiken har varit en konsoliderande faktor för den professionella medicinen, dvs. det vi idag kallar för det biomedicinska paradigmet. De organisatoriska förutsättningarna och det nya paradigmet skapade en lyckad kombination av sociala och kognitiva faktorer vilket underlättade vägen till legal och kulturell jurisdiktion. Avslutningsvis konkluderas kapitlet med en redogörelse för det medicinska kompetensfältets framväxt, uppsving och glansdagar.

Inledning

Teoretiska utgångspunkter

Texten handlar om det medicinska kompetensfältets professionalisering. Denna framskrivning har flera utgångspunkter som ger dess ram och inriktning. Det teoretiska anslaget befinner sig i en neo-weberiansk inriktning med

framför allt Andrew Abbott som huvudreferent, men även Eliot Freidson.¹ Inriktningen grundas i ett angreppssätt som beaktar professionen som en social struktur och där läkarna innehar en professionell dominans över ideologin i organiseringen av hälso- och sjukvårdstjänster samt över andra underordnade yrken och aktiviteter inom detta fält. Den basala strukturen i fältet är den professionella dominansen av en enskild profession över andra yrken och är en analytisk nyckel för att förstå den medicinska professionen som social företeelse. Profession är i detta sammanhang ett yrke med en speciell organisation och en speciell form av legal makt och dominansposition.² Den professionella autonomin är dock i svenska sammanhang begränsad av staten, som å ena sidan möjliggjort ett legalt monopol över den medicinska praktiken, där professionen till stor del kontrollerar innehållet i praktiken, men å andra sidan inte kunnat bestämma villkoren. Kontrollen över innehållet handlar om föreställningar om vad sjukdom och hälsa är och hur medicinen som konstruktion kan rymma dels en kärntrupp av medicinska yrken, dels en rad disparata yrken som genom den semantiska kopplingen till medicinen skyddas från utifrån kommande skärskådan samtidigt som andra till synes medicinska professionella aktiviteter inte inryms under denna paraplykonstruktion.³

Anspråk på professionell expertis är generellt grundläggande i analysen och därmed är vetenskap en viktig tillgång och symbolisk resurs. Dessa anspråk studeras genom att olika vetenskapliga diskurser får genomslag i praktiken och institutionaliseras eller försvinner. Dessa skeenden ses som en grund för professionernas *kvalitativa take-off*. Avseende professionaliseringsstrategier fokuseras dels vilka strategier yrkesgrupperna använder i sina legala, sociala och kulturella legitimeringsförsök i relation till aktuell politik samt vetenskapliga paradigm, dels deras kvantitativa ökning, särskilt kraftiga språng eller *kvantitativt take-off* då antingen antalet yrkesverksamma skjuter fart och/eller de institutioner där de är verksamma, till exempel sjukhus och utbildningar.⁴

Professionaliseringen av det medicinska fältet kontextualiseras i relation till den rådande statsstrukturen och organiseringen av hälso- och sjukvården. I textens början relateras det framväxande fältet till den svenska

1 Freidson 1970, 2001 samt Abbott 1988, 2005.

2 Freidson 1970, s. 77.

3 Freidson 1970, s. 83–84, 137, 147–148.

4 Brante 2010b, s. 868.

nationalstatens tillblivelse för att i de senare avsnitten relateras till industrialismens olika faser, välfärdsstatens framväxt, etablerandet av det medicinska fältet, professionernas kvalitativa och kvantitativa take-off fram till skiftet till den nyliberala staten. Den nödvändiga kopplingen till statsutvecklingen har att göra med förståelsen av vad som möjliggör ett fälts tillblivelse. Även om ett fält kan betraktas som relativt autonomt behöver man sätta det i relation till det byråkratiska maktfältet (staten). Här sker en maktkoncentration genom att staten samlar in information, behandlar den och sprider den på nytt, men då i nya enhetliga former. Genom denna informationskoncentration skapas ett slags metakapital som ger makt över andra kapitalarter och deras innehavare, även det mer självklara lagstiftande kapitalet.⁵ Den sociala kategoriseringen av medborgarna och de nya formerna bildar nya politiska grunder för utbyggnader eller förändring i verksamheter som ska utbilda, vårda, straffa, försörja eller beskatta medborgarna.⁶ Det är således i tillblivelsen av en statsbyråkrati i form av en ny förvaltningsnivå som skjuts in mellan kungen, adeln och folket som ursprunget till det medicinska fältet och framväxten av dess dominanta trosföreställningar förstås. Professioner kan inte av egen makt skapa jurisdiktioner, de är beroende av allianser på olika nivåer. För medicinens del visar sig kopplingen till staten vara särskilt viktig.

Den tidiga medicinen

Spår av medicinsk utövning kan hittas genom till exempel paleomedicinens fynd av ledsjukdomar på skelett och mumier. Rester av njursten i fossiler kan berätta om sjukdomars förhistoriska tid. Genom grottmålningar kan vi få en inblick i cromagnonmänniskornas liv och göra tolkningar av de målade figurerna och föreställa oss en primitiv läkare med en djurhud som ämbetsdräkt. I stort sett alla naturfolk har haft särskilda personer med förmåga att ha kontakt med andar och gudar som man trott kunnat fördriva sjukdom. I dessa tidiga sammanhang har medicinen och religionen varit tätt sammankopplade – shamanen är ett exempel på detta. I den tidiga medicinen trodde man att naturen var besjälad. Sjukdomar och deras behandlingar var därför inriktade på demonism och magi. Andra metoder var åderlätning,

⁵ Bourdieu 1995, s. 90.

⁶ Carlhed 2007, s. 92.

koppning och trepanering, dvs. borrar i skallbenet, vilket användes i många tidiga kulturer.

Medicinen kan även återfinnas i forntida kulturer där olika typer av skriftspråk funnits. I Egypten hävdade Homeros att den medicinska kunskapen där var överlägsen andra kulturers och att sjukdomarnas uppkomst hade att göra med en korrespondens mellan kroppen och universum. De fyra elementen jord, luft, eld och vatten spelade stor roll och obalans mellan dessa gav upphov till sjukdom. I Mesopotamien trodde man att sjukdomar berodde på att man hemsöktes av sjukdomsdemoner och där fanns olika typer av prästläkare som hade till uppgift att diagnosticera eller rena den drabbade. Den hebreiska medicinen hade influenser av egyptisk och mesopotamisk medicin, men läkarna där verkade vara mer allmänpraktiska än de egyptiska och mesopotamiska. Däremot hade man en mer renodlad kirurgiskt kunnig läkarkategori. Den indiska medicinen hade också inslag av demonism och läkagudar. Tron på reinkarnation innebar till exempel att sjukdomar kunde vara konsekvenser av fel man begått i ett tidigare liv. I Kina var medicinen koncentrerad kring balansen mellan yin och yang. Ett förbud mot våld mot kroppar medförde att man inte fick öppna lik, vilket kan förklara den bristande anatomiska kunskap som fanns där. Akupunktur är något som beskrivits i kinesiska skrifter, och tron på fem element istället för de fyra egyptiska. I Kina var det trä, eld, jord, metall och vatten som ansågs vara grundämnen.⁷

Den grekiska och romerska medicinen är väldokumenterad. Den grekiska medicinen fick en nära anknytning till vetenskap och filosofi och det var svårt att skilja läkarna från andra vetenskapsmän. Härifrån kom den hippokratiska eden som blivit symbol för läkaryrket, efter läkaren Hippokrates, omtalad som läkekonstens fader, som bedrev läkarskola på den grekiska ön Kos. Hans förtjänst var enligt medicinhistoriker att han underbyggde medicinen med en mer naturalistisk verklighetsuppfattning samt att han framhöll medmänsklighet. Den romerska medicinen byggde på den grekiska medicinen, men har även influenser från mesopotamisk medicin. De romerska läkarna hade inte en hög status från början utan de var mer av läkekunniga slavar som vissa rika romare kunde hålla.

När medeltiden kom utvecklades olika former av medicin: klostermedicinen, bysantinsk medicin, arabisk medicin och den skolastiska

⁷ Stolt 1997, s. 15–34.

medicinen. Vid renässansen kom en tid då man återupptäckte de antika texterna på grekiska och latin. Genom boktryckarkonsten spreds skrifterna och renässansens humanism påverkade den fortsatta utvecklingen av medicinen. Två arbeten som kom att bli banbrytande utkom i denna tid, kring mitten av 1500-talet, dels Kopernikus verk där jorden och solen bytte plats, dels Vesalius arbete om människans anatomi. En lång rad av tänkare kom att påverka den medicinska utvecklingen, men för många kom det att dröja innan deras idéer fick genomslag eftersom de medicinska nyheterna färdades långsamt. När 1600-talet kom var fortfarande ockultism och magi en naturlig del i medicinen, men en mer vetenskapligt grundad syn var på intåg.⁸

Fältet formeras: Den pre-professionella eran, stormaktstid till 1850-tal

Avsnittet belyser hur medicinens fält utvecklas utifrån den framväxande nationalstatens behov av att kontrollera och reglera befolkningen utifrån merkantilistiska intressen till en legitimerad samhällsmedicin, som i sin tur i växande grad reglerar den medicinska professionella praktiken. Perioden präglas av en relativt oordnad, heterogen och decentraliserad läkarpraktik, som i slutet av perioden börjar regleras och centraliseras. Kunskapsbasen vid den här tiden vilade bland annat på humoralpatologin, vilket innebar förklaringar av kroppens och själens sjukdomar i termer av störningar i jämvikten mellan de fyra kroppsvätskorna blod, slem, gul galla och svart galla.⁹ Genom statens reglering av den medicinska verksamheten sattes det upp gränser mellan den legitima medicinska verksamheten och den illegitima, dvs. folkmedicinen. En liknande ideologisk kamp hade även kyrkan under lång tid fört mot folkliga föreställningar om exempelvis trolldom och vidskepelse.¹⁰

⁸ Ibid., s. 35–43, 64, 75.

⁹ Ibid., s. 37, 91–93.

¹⁰ Gustafsson 1987, s. 75.

Medicinens kunskapsutveckling – professionens kognitiva karta

Professionell kunskap

Vad är professionell kunskap och vad avgör vilka arbetsuppgifter en profession kan betrakta som "sina"? Andrew Abbott, som är en av professionssociologins företrädare, har skrivit om hur yrkesgrupper konkurrerar och gör anspråk på ett visst uppgiftsområde som han kallar för *jurisdiktion*, dvs. det territorium eller kunskap- och verksamhetsområde som yrkesgruppen vill etablera kontroll över. För att lyckas i sitt anspråk på jurisdiktion behöver professionen ett erkännande från samhället av den kognitiva struktur som det professionella arbetet bygger på. De arbetsuppgifter man vill ha exklusiva rättigheter till måste därför omskapas som "professionella problem", vilket sker i en kulturell logik där professionen gör anspråk på 1) att klassificera ett problem, 2) att resonera kring det och 3) agera utifrån det. Dessa utgör tre akter av professionellt handlande. Abbott benämner dem *diagnosis*, *inference* and *treatment*. I diagnosen, som är en medierande akt, förs information in till kunskaps-systemet, i treatment återförs instruktioner till professionen. Mellanakten *inference* är en helt och hållet professionell akt där diagnosinformationen ger grund för ett urval behandlingar (treatments) med förutsägbara utfall.

Genom att föra samman fakta till hypoteser och skapa strikta regler för evidens (colligation) skapas ett klassifikationssystem, som fungerar som ett slags uppslagsbok för de professionella över legitima professionella problem.¹¹ Utvecklingen av den medicinska professionella kunskapen, eller professionens kognitiva karta om man så vill, blir därför viktig att studera eftersom det är styrkorna och svagheter i konstruktionen av de professionella problemen som också kan förstärka eller försvaga jurisdiktionen. Till exempel kan det finnas professionella problem som inte är klassificerade och därmed kan utgöra potentiella riskområden för intrång från andra närliggande professioner. Klassifikationssystemet kan innebära klassifikationer som byggts utifrån flera olika logiker, till exempel inom medicinen som etiologisk, utifrån plats och typ av patologi eller utifrån symtom. Sjukdomar kan på så sätt ha flera namn och kan skifta kontinuerligt inom klassifikationssystemet.¹²

¹¹ Abbott 1988, s. 40–41, 59.

¹² Ibid., s. 42–43.

Genom att se hur medicinens kunskapsutveckling sett ut kan vi med andra ord förstå dels strukturen av den professionella kunskapen¹³, dels utifrån vilka styrkor respektive svagheter den professionella och legitima medicinen kunnat vinna erkännande från samhället.

Utvecklingen av medicinens kognitiva karta

I 1600-talets svenska medicin spelade magi och ockultism en stor roll, och även om man börjat utveckla vetenskapliga förklaringar i Europa tog det mycket lång tid innan kunskaperna fick spridning och fäste. Naturfilosofiska idéer om obalans i kroppsvätskorna – humoralpatologin – var den främsta förklaringsmodellen till sjukdomar och metoder för att återställa balansen var åderlåtning, kräkning, koppning, svettning eller laxering. Orsaker till sjukdom var felaktig livsföring och luftansamlingar som var ogynnsamma (miasma). Under det nästkommande seklet relaterades förklaringar av sjukdomar till relationen mellan kroppsvätskorna och fasta organ. En annan lära som fanns i omlopp var animism, vars grundidé var att obalans i själen ger sjukdom och att feber var ett symtom på detta.

Anatomiska studier genom obduktioner gav upphov till den patologiska anatomin. En huvudgestalt här var Morgagni, en italiensk läkare som publicerade sina fynd 1761 i fem band om sjukdomars säte och orsaker, ett arbete som fortsattes av fransmannen Bichat. Med detta banbrytande arbete flyttades fokus från den klassifikatoriska medicinens intresse för metafysiska essenser och släktskaper till att sjukdomar var processer som utspelade sig inne i kropparna och kunde lokaliseras till olika organ och vävnader i kroppen. Det var vid denna tidpunkt medicinen uppstod som en positiv vetenskap och grunden lades till hela den moderna läkarvetenskapens sätt att tänka kring sjukdomar. Det var också här läkarvetenskapen började ändra rationalitet och modus, från att ha drivits av att vilja kurera människor till att även få veta vad de dog av. Detta kom att bli läkarvetenskapens primus motor och ger byggandet av kliniker en ny dimension och förståelse. Det var således klinikerna som möjliggjorde studier av sjukdomars förlopp hos patienter med liknande symtombilder, liggandes i sängar bredvid varandra. Det var i kropparna sjukdomarna uppstod och fortskred, vilket gjorde systematiska observationer nödvändiga för att tyda de tecken som

¹³ Se även Brante 2010a, s. 15, om ontologiska modeller.

uppstod, som mångfaldigas och systematiseras till vetanden.¹⁴ De vetenskapliga studierna i anatomisk patologi stärkte kirurgin och ortopedin. Den anatomiska patologin utvecklades till vävnadspatologi och i slutet av 1800-talet till cellularpatologi, vilket också bidrog till påskyndandet av den definitiva brytningen med naturfilosofin.

Inom fysiologin utvecklades i mitten av 1700-talet kunskap om muskler och nerver, om syrgas och andra gaser som kolsyra, väte och kväve samt om hur andningen tar upp syre och avlämnar kolsyra. Trots de vetenskapliga tillskotten för professionell läkarpraktik uppstod i slutet av 1700-talet fler spekulativa medicinska idéer, till exempel idéer om livskraft med mystisk förklaringsbas där exemplet animal magnetism var en av dem. Bortsett från dessa spekulativa medicinska systemidéer lämnade 1700-talet många bidrag till läkarens möjlighet att beskriva och särskilja sjukdomar och sjukdomstillstånd, dvs. att diagnostisera, dock hade man inte några verksamma behandlingsar att erbjuda. Men i takt med att skolmedicinen övergav föråldrade idéer kunde man iakttä en import av dessa till folkmedicinen och kvacksalvarna. Trots olika medicinska system och motsägelsefulla idéer kan situationen för de praktiserande läkarna i slutet av 1700-talet beskrivas som en storhetstid, beroende på en relativ handlingsfrihet och teorifrihet.¹⁵

De stora epidemierna under 1700-talet blev föremål för statsmaktens intresse, primärt för att minska befolkningsbristen, och smittkopporna var det största hotet. Den viktigaste åtgärden blev senare smittkoppsymningen, vilket var en form av vaccination då man lät patienten ympas med ett smittkoppsämne som ledde till en lindrig form av sjukdomen och till immunitet. Den första vaccinationen skedde i Sverige 1801 och femton år senare blev den obligatorisk.

Under 1800-talets första hälft präglades ett stort antal naturvetenskapliga forskare av ett romantiskt naturfilosofiskt tänkande, vilket också påverkade medicinen. Den mångfald av olika medicinska system och idéer som under det förra seklet kunnat utvecklas fortsatte även en bit in på 1800-talet. Mot bakgrund av de många medicinska systemen och ineffektiva behandlingar under denna tid skapades ett utrymme för naturfilosofin att ta plats, och den fick stor betydelse för 1800-talets medicinska vetenskap och praktik. Behandlingsformerna var mest i form av kroppstömmande principer: blod-

¹⁴ Foucault 2000, s. 74, 177; Weisz 2003, s. 553.

¹⁵ Stolt 1997, s. 94–101, 105–107.

iglar, koppning och åderlåtning, vilket innebar att läkarna faktiskt mest använde traditionell kunskap i sin professionella läkarpraktik.

Det fanns dock de som motsatte sig naturfilosofin och som sysselsatte sig med kemiska studier och fysiologiska studier som ledde till nya upptäckter, till exempel kemiska beskrivningar av olika kroppsvävnader och nya kemiska föreningar som senare kom till användning inom medicinen, till exempel kloroform. Via studier där mikroskop användes vanns kunskap om tumörers cellulära struktur. Stetoskopet uppfanns i början av 1800-talet och i samband med detta utvecklades auskultationen som lärteknik och läkarritual. Utvecklingen av patologi gav möjligheter till specialisering inom den praktiska medicinen. Läkarna var överhuvudtaget mycket intresserade av den avvikande kroppen på 1800-talet. I de medicinska facktidskrifterna var det vanligt med berättelser illustrerade med avritade kroppar och fotografier av anatomiska avvikelser parallellt med beskrivningar av den normala kroppen. Genom dessa kartläggningar lades grund för utvecklingen av alltmer förfinad kategorisering och diagnostisering och därmed utbyggnaden av medicinens kognitiva karta.¹⁶

I mitten av 1800-talet började man använda den numeriska metoden som kunde sammanfatta behandlingars effektivitet, vilket bland annat medförde att åderlåtningen inte längre ansågs vara verkningsfull. Lasarettens utbyggnad medgav också möjligheter att studera sjukdomsförlopp på ett nytt sätt och dra slutsatser om vilka behandlingar som var effektiva eller ej. Därmed kunde arbetet med det Abbott kallar för *inference* ske, dvs. att använda information från professionens klassifikationssystem (*diagnosis*) och omvandla det till behandlingar (*treatment*) och till terapeutisk kunskap – utfall av behandlingar.¹⁷ Toxikologin började systematiseras och samlas och nu kom också en drog, morfinet, som visserligen konstruerats i början av 1800-talet men som inte blev allmänt använt bland de praktiserande läkarna i Sverige förrän tjugo år senare.¹⁸

När det gällde hygienismen och hoten om epidemier fanns alltså miasma och kontagion som förklarings- och behandlingsmodeller inom samhällsmedicinen, där den ena sidan betonade luftväxling och förflyttning och den andra sidan isolering och gränsskydd. Koleran blev dock

¹⁶ Ohlsson & Qvarsell 2000; Stolt 1997, s. 115–120.

¹⁷ Abbott 1988, s. 40–41, 59.

¹⁸ Stolt 1997, s. 124–130.

den epidemi som medförde ett förändrat medicinskt tänkande och gav hygienismen ordentligt fäste. Först 1855 blev det klarlagt att koleran var vattenburen, men det kom att dröja ända till 1890-talet innan idéerna fick verkligt genomslag i Sverige. Andra smittsamma sjukdomar var de veneriska sjukdomarna, vars orsaker man inte kunde klarlägga under hela 1800-talet.

Sammanfattningsvis präglas denna period av terapeutisk vanmakt till följd av koleraepidemierna, åderlätningens underkännande och förekomsten av en mängd parallella medicinska system i omlopp samt ett gradvist undanträngande av humoralpatologin som grundläggande idésystem.¹⁹ Sett i mycket breda och stora drag kan man dock teckna medicinens kunskapsutveckling under den här perioden från 1800-talets slut som att den går från naturfilosofi till en begynnande positiv vetenskap och en grundläggning av läkarprofessionens jurisdiktion.

Ett medicinskt fält i vardande

Relationerna till den framväxande statsbyråkratin

Ett socialt fält kan inte växa i ett vakuum utan är starkt beroende av andra och framför allt överordnade samhällsstrukturer.²⁰ Det gäller också framväxten av det medicinska fältet som kan spåras till medeltidens tidiga samhällsformering. Reformeringen av det svenska statsskicket på 1500-talet efter att Sverige brutit sig ur Kalmarunionen bildade en startpunkt för framväxten av en nationalstat, vilken sköt fart under 1600-talets början. En liten förvaltningskonstellation som bestod av kungens närmaste män – riksämbetsmännen – blev genom 1634 års regeringsform ansvariga för var sitt kollegium: *Svea hovrätt*, *Krigskollegium*, *Amiralitetskollegium*, *Kansli-kollegiet* och *Kammarkollegiet*.²¹ Under 1600-talets senare del kompletterades de med ytterligare kollegier: *Bergskollegiet*, *Kommerskollegiet*, *Statskontoret* och *Kammarrätten*. Den svenska förvaltningen växte beroende på ett utökat svenskt territorium, rekryteringen av soldater och ökad kontroll av befolkningen av beskattningsskäl. Utvecklingen och införandet av skattesystem innebar en omvandling från ekonomiskt kapital till ett symboliskt kapital, formulerat med Bourdieus terminologi, dels genom att förstärka

¹⁹ Ibid., s. 130–135.

²⁰ Callewaert 2003, s. 45.

²¹ Brante 2010a, s. 82.

symboliken kring kungens person, dels genom att införa gemensam kassan för offentliga utgifter, vilket är den viktigaste ingrediensen i den ”operonliga” staten. Tillblivelsen av nationalstaten sker genom de byråkratiska procedurerna, lagstiftningens klassificeringar, uppbyggnaden av enhetliga utbildningssystem och sociala riter – detta skapar enligt Bourdieu mentala strukturer för indelningar, dvs. klassificeringar, en vision av ett ”vi” eller nationalkaraktären om man så vill. Kulturen enar genom att göra alla koder enhetliga, såväl juridiska som språkliga och metriska (i statistiken). Staten är således ett *resultat* av koncentrationen av olika kapitaltyper, som den fysiska maktens kapital (polis, armé), det ekonomiska kapitalet, informationskapitalet och det symboliska kapitalet. Staten får genom denna koncentration ett slags ”metakapital som ger den makt över de andra kapitalarterna och deras innehavare”.²² Det är genom de andra fältens framväxt som koncentrationen sker och som leder till att det uppstår ett specifikt statligt kapital som gör det möjligt att utöva makt över de andra fälten. Med andra ord växer det fram ett maktfält där innehavare av olika slags kapital, armén, rättsväsendet, skattesystemet, strider om makten över staten och därigenom konstruerar staten och dess statskapital, *det byråkratiska fältet*, dvs. centralförvaltningen.²³

Intresset för hälsan hos befolkningen och den sociala ordningen berodde på drivkraften hos den administrativa och politiska kontrollen över landets resurser och sociala krafter. En drivande kraft för samhällsutvecklingen var merkantilismen, dvs. nationalekonomiska och maktpolitiska intressen för en riklig tillgång på sund och effektiv arbetskraft, vilket blev den viktigaste anledningen till statens intresse för befolkningstillväxten och för folkets hälsa.²⁴

Maktstrider om utövning av läkekonsten

Det medicinska fältet kom att utvecklas utifrån nära relationer till ett medicinarkollegium, *Collegium Medicum Regium*, som erhöll kungligt privilegium 1663 och därmed blev en del av det framväxande byråkratiska fältet beskrivet ovan. Medicinarkollegiet hade dock länge en perifer roll och status. Deras huvudsakliga uppgift var att bringa ordning bland de medicinska

²² Bourdieu 1995, s. 90.

²³ Ibid., s. 90.

²⁴ Gustafsson 1987, s. 16off, 191ff; Beronius 1994, s. 13; Förhammar 2004, s. 14; Johannisson 1990, s. 45–46, Palmblad 1997, s. 17ff; Sköld 2000, s. 21; Ödman 1995, s. 333.

utövarna och bekämpa missbruket av läkekonsten, dvs. kvacksalveriet. De hade bland annat tillsynsansvar över en rad andra yrkeskategorier, som barberares, apotekares och jordemödrars verksamhet.

Det är när man kan se att det sker en dynamisk kamp mellan ortodoxa och heterodoxa idéer och aktiviteter som förs av agenter i fältet som man kan börja tala om ett framväxande fält i Bourdieus mening. De ortodoxa idéerna handlar om en naturaliserad social ordning, dvs. att det finns en legitim medicin som är teoretisk (doxa) och att det finns idéer om något orent icke-legitimt som utmanar den rådande ordningen. I Abbotts terminologi handlar det om medicinska yrkesgruppers kamp om jurisdiktion på den publika och legala arenan kring en uppsättning arbetsuppgifter, läkekonsten.²⁵

Ett exempel på detta var en konflikt som på sätt och vis blev avgörande för framtiden för barberarna (kirurgerna) i 1600-talets mitt då badare och barberare tvistade om rätten att utöva sårläkekonst och *Kommerskollegiet* tillkallades att råda in frågan.²⁶ Men då resultatet blev en oklar kompromiss tillfrågades *Collegium Medicum Regium* om någon lärde medici ville bevista badarnas skråexamination. Badarnas anhållan avslogs, till fördel för barberarna som gick stärkta ur tvisten. Denna handling från medicinarkollegiets sida kan ses om en legitimerande och konsektrerande handling där kirurgerna var de som kom att anses som de rätta utövarna av en professionell variant av läkekonst, nämligen den hantverksmässiga sårläkekonsten.²⁷ Konsekrering är enligt Bourdieus teori en viktig process i att skapa symboliska värden i doxan, dvs. tilldela ”helgade” positioner och visa vilka ställningstaganden som anses värdefulla – en kategori eller en grupp kan få erkännande och en egen plats i fältet. Man kan med fältteorins termer säga att medicinarkollegiet fungerade som en *konsekrationsinstans* för det medicinska fältets agenter.

Collegium Medicum utarbetade 1688 nya medicinalförfordningar, vars innehåll betonade teoretiskt kunnande, ordning och reglering av den medicinska verksamheten, bland annat att ingen ”medicus av främmande nation”

²⁵ Abbott 1988, s. 14–15.

²⁶ Barberarna tillhörde samma skrå som fältskärer och bardskärare, badarna hade under perioden 1657–1675 rätt att förbinda enklare sår, dock ej sårhantering som kunde relateras till olycksfall- och krigskirurgi, vilket var förbehållet barberarna/kirurgerna. Gustafsson 1987, s. 111–113.

²⁷ Bourdieu 1996, s. 384–385.

fick lägga hand på de sjuka och att landsortsstäderna skulle förses med ”infödda svenska medici” samt att alla som sökte provinsialläkartjänster eller stadsläkartjänster skulle avlägga examen inför kollegiet.²⁸ En tydlig stängningsaktion som skedde under kuppliknande omständigheter och som väckte starkt motstånd bland barberare och apotekare, som fick sina privilegier hotade. Efter många skrivelser och sammanträden fick de senare förordningarna reviderade till sin förmån och de fastställdes tio år senare, 1698.²⁹

Nästa maktstrid kom dock att stå mellan kirurger och medicinarna själva, en kamp som pågick under hela 1700-talet. *Chirurgiska Societeten* inordnades 1797 under *Collegium Medicum Regium*. I och med denna sammanslagning förenades två yrkeskulturer, kirurgi och medicin. För medicinarna utgjorde verksamheten mer av ett teoretiskt sanningssökande och för kirurgerna handlade det om kommersiellt hantverk. Detta visade sig vara en lyckad kombination. Medicinarna hade det politiska förtroendet hos staten/kronan framför allt i att reformera krigssjukvården och kirurgerna hade skråtänkandet och den mest passande logiken, och de var bättre organiserade.³⁰ Kirurgerna var tidigare jämställda med apotekarna som ”administri docturum”, dvs. ej riktiga läkare, men sammangåendet med medicinarkollegiet medförde en ny beteckning för kirurgerna, nämligen ”chirurgie magister”, och de blev ”membra” av *Collegium Medicum Regium*, dvs. legitimerade läkare.³¹

Att två specialiserade yrken går samman i en ny överbryggande profession är vanligt när professionaliseringen är i sin inledande fas och när man ännu inte fått dominans över en organisation eller ett uppgiftsområde.³²

Läkarkåren och dess utbildning

Under 1600-talet var det ett fåtal som hade laglig rätt att få kalla sig läkare i Sverige och kunde ägna sig åt läkaryrket eftersom det krävdes att man erhölet en doktorsgrad vid ett utländskt universitet, och i början gick rekryteringen till yrket långsamt. År 1656, cirka 43 år efter den första professuren blivit

²⁸ Björkquist & Flygare 1963, s. 9–12.

²⁹ Gustafsson 1987, s. 120–121.

³⁰ Gustafsson 1987, s. 220ff, 245.

³¹ Kock 1963, s. 108.

³² Abbott 1988, s. 74.

tillsatt, fanns endast en studerande i medicin av de totalt 1294 universitetsstuderande.³³ Det första undervisningssjukhuset bildades vid Akademiska sjukhuset i Uppsala 1717 utifrån ett förslag som lagts fram redan 1571 av kungens holländske livläkare, det andra undervisningssjukhuset var läns-lasarettet i Lund som startade 1768.³⁴ Utifrån de två tidiga läkarkulturerna, teoretiskt utbildade medicinare och kirurger, fanns från början separata utbildningsvägar. För medicinarna handlade det om universitetsstudier, ofta utomlands eller på ett inhemskt universitet i kombination med studieresor i Europa. Kirurgerna eller barberarna tillhörde bardmästarskrået Chirurgiska societeten. Yrket var ett hantverk och byggde på ett mästare-lärlingssystem. De färdigutbildade gick under namnet mästarfältskärer eller kirurger.

Efter sammanslagningen med medicinarna blev kirurgerna legitimerade läkare och medlemmar av medicinarkollegiet. I samband med övertagandet av tillsynen av kirurgernas utbildning stramades kirurgutbildningen upp. En ny examensstadga trädde i kraft 1815, som innebar att man avlade den medicinska doktorsgraden vid något av universiteten och kirurgie magister vid det Mediko-kirurgiska institutet (Karolinska institutet), inrättat 1810. Detta betraktades som en komplett medicinsk utbildning. I mitten av 1800-talet bedrevs läkarutbildning på två universitet, Uppsala och Lund. I Stockholm, vid *Carolinska medico-chirurgiska institutet*, fanns tre professurer för utbildning av kirurger men ingen medicinsk fakultet.³⁵ I början av 1800-talet var läkarkåren inte särskilt omfattande, den utgjordes av sammanlagt 281 personer enligt en läkarförteckning från 1805. Det fanns ytterligare 31 personer nedtecknade på läkarförteckningen men dessa var inte legitimerade utan hade särskilda förordnanden. Totalt var det endast 52 läkare som både hade kirurgisk och medicinsk examen.³⁶

Uppkomsten av läkarkåren och dess sociala historia kan knytas till en framväxande borgerlig medelklass, en heterogen kategori. Denna medelklass var en ekonomiskt och kulturellt stark grupp med nyckelpositioner i de delar av samhället som präglades av en stark utveckling av vetenskap, teknik och

33 Kock 1948, s. 13. Majoriteten av studenterna på universiteten skulle bli präster eller ämbetsmän i den framväxande statsadministrationen. Se även en analys av professionaliseringsprocesser inom fältet för högre utbildning, Agevall & Olofsson 2013 samt kapitel 2.

34 Kock 1948, s. 13.

35 Examenstadgarna reviderades 1822, professurerna var förenade med överläkartjänst vid Serafimerlasarettet. Lagerkvist 1999, s. 115. Se även kapitel 2 om Karolinska institutets tillkomst.

36 Bergstrand 1963, s. 154.

administration, områden som blev alltmer betydelsefulla. Läkarna saknade dock egen representation i riksdagen eftersom de inte utgjorde ett stånd i egentlig mening, men deras sociala och ekonomiska ställning innebar att de ändå kunde hävda krav på politisk representation i riksdagen.³⁷ År 1850 bestod läkarkåren av 463 läkare och den första stora läkarexpansionen kom först i slutet av 1800-talet.³⁸ Det fanns tecken på tidig organisering kring praktiska frågor i lokala läkarföreningar bildades under 1800-talets första hälft. Svenska Läkaresällskapet, som bildades 1807, var däremot inriktat på vetenskapliga frågor och kom också att göra skillnad i gränsdragningar för läkekonstens område, med andra ord det som skulle räknas som legitim medicin.³⁹

Läkarutbildningen i 1800-talets början bestod av en teoretisk del samt en praktisk del, som räknades som en komplett medicinsk utbildning. I mitten av 1800-talet avskaffades kirurgutbildningen som en fristående utbildning och ingick därefter enbart i läkarutbildningen, vilket kan ses som en renodling av yrkesutbildningen och som ett enhetliggörande av yrket – en viktig del i imagehänseende för kulturell legitimitet och i läkarnas professionaliseringsstrategier.⁴⁰ Men vi kan inte ännu tala om ett professionellt medicinskt fält i meningen att det fanns mobiliserade grupper vars företrädare hävdar sin expertis och strider mot andra kontrahenter kring detta. De aktivt arbetande läkarna var rätt få och den medicinska kunskapen var oordnad och vilsen mellan olika förklaringsystem, vilket gjorde det svårt att hävda kongruenta och hållbara förklaringar samt hävda trovärdighet i sina behandlingar. För att den professionella kunskapen skulle få trovärdighet behövde läkarna kunna använda information från professionens klassifikationssystem och omvandla den till verksamma behandlingar. Läkarnas aktivitet i detta skede kan beskrivas i termer av ett upparbetande av social och kulturell legitimitet, vilket också innebar skyldigheter att uppfylla sina uppgifter och att lyckas med sina diagnoser och behandlingar.⁴¹ Med andra ord behövdes en kongruent kärna av professionell kunskap för att diagnoser och behandlingar skulle fungera, och där var inte läkarna ännu.

37 Gustafsson 1987, s. 219.

38 Antalet läkare ökade från 663 till 1 336, Bergstrand 1963, s. 154.

39 Eklöf 2000, s. 199.

40 Ibid.

41 Abbott 1988, s. 60.

Sjuksköterskornas föregångare

Om man relaterar kvinnors uppgifter till en organiserad vård, var klostren den tidigaste plattformen för kvinnligt sjukvårdsarbete. I takt med reformationen upphörde mycket av denna verksamhet och en viktig organisatorisk plattform försvann. Men sjuksköterskornas etablering i den organiserade sjukvården har inte så mycket att göra med de medeltida nunnorna, barnmorskorna, sjukvakterna och vaktmadammerna. Barnmorskorna arbetade relativt fritt i en öppen vård under överinseende av medicinarna, men yrkets speciella karaktär och den stora efterfrågan medförde dock en viss autonomi. De fick också 1856 och 1859 rätt att öppna åder och använda skarpa instrument (en rättighet som senare återtog av läkarna då barnafödandet institutionaliserades). Sjuksköterskornas inträde i det medicinska fältet upparbetades och förstärktes mellan 1851 med den första sjuksköterskeutbildningen i Ersta diakoniansstalt, via starten av Röda korsets sjuksköterskeskola 1867 i Uppsala och fram till bildandet av Sophiahemmets sjuksköterskeskola 1889, vilken kom att bli mönsterbildande för den svenska sjuksköterskekåren.⁴² Då etableringen till största delen kan hänföras till åren efter 1860 ges en fördjupad beskrivning i nästföljande periodbeskrivning. Detta gäller också laboratorieassistenterna.

Klassificering och skapande av det legitima

I slutet av 1700-talet och framför allt under 1800-talet skedde en allt tydligare särskiljning mellan människor i samhället. Folkräkningarna bidrog till utvecklingen av den offentliga statistiken, som med tiden erbjöd allt fler kategorier. Framväxten av statistiken var inte uttryck för humanistiska tankegångar för omsorgerna om folkhopens hälsa och tillväxt utan grundade sig i de merkantilistiska idéerna och i frågor av mer praktisk karaktär, som hur många som var bosatta runt om i landet. Dessa intressen drev på inventeringar av landets tillgångar och fick till följd att *Tabellverket* inrättades 1749.⁴³ Med räknekonstens hjälp skulle man ta tillvara naturtillgångar och beräkna antal yrken som behövdes eller hur stor jordbruksareal man skulle behöva odla.⁴⁴

⁴² Gustafsson 1987, s. 367ff.

⁴³ Sköld 2000, s. 44.

⁴⁴ 1756 ombildades Tabellverket till Tabellkommissionen som blev ett nytt ämbetsverk, 1858 bildades Statistiska centralbyrån, Sköld 2000, s. 44, 47–48.

Statistikens lovande och vida användningsområden möjliggjorde övervakning av hälsan hos folket och blev ett kraftfullt verktyg bland annat i det kommande samhällsmedicinska reformarbetet och i beräkningar av befolkningstillväxten.⁴⁵ Statistiken fungerade både som enande i skapandet av nationen och av ett generellt intresse och effektivitet, och differentierande i form av mer specialiserad kunskap om nationen, dess invånare och deras hälsa.⁴⁶

Efter inrättandet av *Tabellverket* och med de första rapporter som inkom om smittkoppornas härjningar tillfrågades medicinarkollegiet om att ge synpunkter och råd om vad man skulle göra åt problemen. Tillsammans med *Sundhetskommisionen* föreslog de kraftfulla åtgärder för hur dödligheten i smittkoppor och mässling skulle minskas.⁴⁷ Detta var ett avgörande tillfälle för läkarna och den medicinska professionens konsolidering och framgången sporrade dem till nästkommande riksdag, som inträffade 1756. Här är det egentliga genombrottet för svenska medicinalväsendet då de medicinska verksamheterna förenades med de merkantilistiska idéerna och på allvar fick statsmaktens intresse.⁴⁸ Det tog således 150 år för det lilla medicinarkollegiet att bli ett regelrätt ämbetsverk, från 1663 då de fick kungligt privilegium till inrättandet av det nya statliga ämbetsverket *Sundhetskollegiet* 1813. I samband med övertagandet av tillsynen över hospitalen 1877 ändrades namnet till *Medicinalstyrelsen*.⁴⁹

I bildandet av ett statligt medicinskt ämbetsverk skapades således en överinstans med makt att legitimera aktiviteter i det medicinska fältet, dvs. att erkänna vilka aktiviteter som var de legitima och vilka som skulle få utöva denna verksamhet. Ämbetsverket agerade som en förlängd arm av staten och anpassade sin verksamhet som medicinsk polis till den rådande politiska inriktningen i merkantilistisk anda, dvs. att arbeta för ett förbättrat hälsotillstånd i landet. När tiden gick mot 1800-talets mitt bildades ett formativt skede för läkarnas konsolidering. Samhällshygieniska reformer sjösattes och en kraftig ökning av läkarkåren skedde, både inom slutenvård och i öppenvård. Sammanfattningsvis skedde en serie omorganiseringar och

45 Sköld 2000, s. 21, 30, 48-49; Gustafsson 1987, s. 160-163.

46 Desrosières 1998, s. 8.

47 Sundhetskommisionen tillsattes 1737 efter larmrapporter om härjningar av svårdefinierade epidemier i Nordeuropa – och arbetade i cirka 30 år. Gustafsson 1987, s. 163, 170, 173ff.

48 Ibid., s. 220ff.

49 Gustafsson 1987; Kock 1989. Tillsynsansvaret var tidigare Serafimerordensgillet.

regleringar vari medicinen konsoliderades som allmän hälsoteknik med en hegemonisk medicinsk ordning med ideologisk bas i Medicinalstyrelsen.

Det är skapandet av denna överinstans, bestående av professionella utövare – teoretiskt utbildade läkare med doktorsgrad vilka utrustades med makt över andra professionella utövare (till exempel barberare och barnmorskor) – som man kan säga att hegemonin uppstod och professionaliseringen av det medicinska fältet började.⁵⁰ I den övervakningspraxis som därigenom skapades, förstärktes föreställningen av läkarnas dominansposition och en legitim medicin. Under denna tidiga period fram till 1800-talets mitt formades ideologiska föreställningar i medicinen om den rätta politiken (samhällskroppens [folkets] hälsa, liv och död) och de rätta interventionerna (förebygga/bota) och de rätta utövarna (vetenskapligt skolade läkare). Relationen mellan utövare av den legitima läkekonsten och utövare av folkmedicinen var mycket ojämn, då de senare inte var mobiliserade och knappast de förra heller.

I professionsteoretiska termer kan man förklara utvecklingen genom att statsämbetsmännen här fungerat som en proxy för allmänheten då ämbetsmännen skulle arbeta i folkets intresse. För att vinna framgångar på den legala arenan för sina anspråk på jurisdiktion krävs att man övertygar allmänheten om sin professionella kompetens och får exklusiv rätt till att arbeta med vissa uppgifter.⁵¹ Det faktum att statsämbetsmännen i Medicinalstyrelsen och dess föregångare uteslutande rekryterades från den medicinska professionen gör att förhållandet blir närmast symbiotiskt. I Abbotts terminologi skulle man kunna tala om *hinges* och *avatars*.⁵² Hinges skulle förstås som aktiviteter som pågår i två ekologier (profession samt expertsystem) som producerar dubbelriktade belöningar och avatars skulle vara institutionaliserade hinges. Läkarpromitionen får med andra ord en avatar (Medicinalstyrelsen) i statsadministrationen och belöningen för statens vidkommande skulle vara övervakningsfunktionen och styrningen samt legitimering av medicinska praktiker. Belöningen för läkarprofes-

50 Hegemoni – här används begreppet deskriptivt och i meningen kulturell dominans.

51 Abbott 1988, s. 59ff. Den makt som ämbetsmännen och kollegierna hade kan förstås i relation till framväxten av den svenska ämbetsmannastaten. Under frihetstiden 1718–1772 hade de centrala ämbetsverken fått självständighet från kungamakten och statsförvaltningen skulle skyddas mot kungens ”kläfvingrighet”. Det handlade om att skapa en statsförvaltning med ett strukturellt oberoende från kungen. Ämbetena skulle således skyddas från kortsiktiga intressen och värna samhällets fortbestånd (Gustafsson 2000, s. 28–29).

52 Abbott 2005.

sionen blir då en hegemonisk position med möjligheter att till viss del styra vilket slags medicin som ska vara legitim samt vilka som har rätt att utöva den och inom vilka institutioner detta ska ske.

Medicinens första kvalitativa take-off

Sammanfattningsvis kan man säga att den medicinska professionen får sin rudimentära vetenskapliga grund i slutet av 1700-talet, då intresset för sjukdomens genes separeras från hälsans genes. Medicinens ontologiska och epistemologiska förändring grundlades i den patologiska anatomin och blev starten för medicinen som positiv vetenskap om människan. Iakttagelsen blir därmed fundamental i sökandet efter tecken på sjukdom inne i kropparna. 1700-talet uppvisade nya sätt att hantera tid, gruppera händelser, göra tablåer, bilda serier av händelser, genomföra en syntes och summera ihop olika segment, vilket innebar att man kunde hantera större informationsmängder.⁵³ Den numeriska metoden blev känd i medicinska tillämpningar, vilket kunde användas för att undersöka om behandlingar hade någon effekt.

Denna förändring av medicinens kunskapsgrundlag ses här som *ett första kvalitativt take-off* – ett kognitivt skifte. Genom att titta ännu djupare i den mänskliga kroppen och dess delar, senare också med hjälp av tekniska uppfinningar som mikroskopet, skapades medicinska specialiteter som vävnadspatologi och cellularpatologi. Naturvetenskaper som kemi och fysik blev tillämpade i studier av organ, vävnader och kroppsvätskor. Denna utveckling kom att underbygga *ett andra kvalitativt take-off* – det biomedicinska paradigmskiftet som behandlas i nästa avsnitt. Dessa kvalitativa take-off har en avgörande betydelse för klassifikationssystemet, dvs. den kognitiva strukturen i den professionella kunskapsbasen. Genom utveckling av medicinen till en positiv vetenskap, med observerbara fenomen i organ och kroppsvätskor, förbättrades trovärdigheten i medicinarnas anspråk på att klassificera ett problem, kunna resonera kring det, förklara det samt agera utifrån det. Att man i högre grad kunde knyta lyckade utfall till olika behandlingsformer var även det en förstärkning som gav en efterlängtat logisk klarhet, eftersom misslyckanden i behandlingarna är negativt för

⁵³ Comte 1991, s. 16; Foucault 2000, s. 33, 35, 16.

professionens image av effektivitet och då även ofta blir den första måltavlan för jurisdiktionella attacker från andra yrkesgrupper.⁵⁴

Det kan tyckas som om medicinen går från klarhet till klarhet och att medicinen stadigt utvecklats mot förfinade former eller att man har gått från ”dåligt till bättre”. Men det läsaren bör ha med sig är att det funnits och alltid finns flera parallella alternativa sätt (till exempel de som klassificerats som kvacksalvare), men att det vinnande sättet har varit beroende av ekonomiska, politiska och institutionella förhållanden och att professionen kunnat dra fördel av förändringarna, vilket detta avsnitt försökt att visa, om än i breda penseldrag. Då läkarna erövrade jurisdiktionen på den legala arenan var det i detta skede viktigt att dels klargöra vem som överhuvudtaget fick kalla sig läkare, dels enhetliggöra läkarna till *ett* yrke. Erövrandet är dock snarare ett bevästande av strider som pågått under längre tid.⁵⁵ Hälsopolitiken var fokuserad på samhällskroppens (folkets) hälsa, liv och död och att bestämma vilka de rätta interventionerna var för att förebygga och/eller bota samt att definiera villkoren kring de rätta utövarna, dvs. eliten av vetenskapligt skolade läkare. Medicinarkollegiet Collegium Medicum var en primus motor och nod i läkares professionalisering och den nära anknytningen till den framväxande centralmakten har varit mycket viktig (även om medicinarkollegiet initialt var sidoordnat och hade lite inflytande över statsbyråkratin). Läkarna i medicinarkollegiet hade dock tidigt försetts med en möjlighet att vaka över andra yrkesgruppers verksamheter och därmed haft kontrollen över den medicinska jurisdiktionen. Det är utifrån den övervakande position som medicinarkollegiet tidigt lyckades få av staten som en hegemonisk och professionell medicin kunde ta form. Men det handlar också om den dubbla rollen som läkare intog som ämbetsmän, att verka för folkets intresse och samtidigt förhålla sig till sig egen yrkeskår.

I professionsteoretiskt perspektiv skiljer Abbott på tre nivåer av den legala arena där legal auktoritet fastställs: det lagstiftande organet, domstolarna och de administrativa strukturerna.⁵⁶ Klart är att läkarna tidigt funnits på den första och den tredje av dessa arenor. Inom den framväxande professionaliseringen av det medicinska fältet skapades det en arbetsdelning där en del av den legitima medicinen ansvarade dels för samhällskroppens

⁵⁴ Abbott 1988, s. 40, 52.

⁵⁵ Anspråk på den legala arenan tidigt i professionens utveckling har läkarna inom den amerikanska medicinen också gjort, *ibid.* s. 64.

⁵⁶ *Ibid.*, s. 62–63.

hälsa (folkhälsan), dels för lasarettsvården (kroppsvården). Detta kom senare att få följder för utvecklingen och organiseringen av det medicinska fältet genom medicinalpolitikens inriktning. Den kom att tidvis betona å ena sidan utbyggnad av öppna vårdformer och förbyggande arbete som kan knytas till folkhälsoarbetet, å andra sidan utbyggnad av den slutna vården som kan knytas till kroppsvården, som i slutet av perioden kom att stärkas och konsolideras.⁵⁷

Fältet konstitueras och konsolideras: Det biomedicinska paradigmskiftet, 1860–1920-tal

Avsnittet handlar om hur expansionen av den befintliga hälso- och sjukvårdsorganisationen sker samt hur det biomedicinska paradigmet får genomslag och bland annat ger upphov till behov av laboratorier. Den snabba expansionen av slutenvård och lasarett skapar behov av utbyggnad av läkarutbildning och sjuksköterskeutbildning. En ökad aktivitet sker avseende professionaliseringssträvanden, kollektivt identitetsskapande och facklig mobilisering bland läkarna och sjuksköterskorna. Sammanfattningsvis kan utvecklingen under den här perioden tematiseras kring två skiften, ett andra kvalitativt take-off i den professionella kunskapskärnan samt en kraftig numerär ökning av tjänster och platser för dessa tjänster – ett kvantitativt take-off.

Medicinsk nyorientering

Det biomedicinska paradigmet etableras

I förra kapitlet konstaterades att medicinen etablerade sig som positiv vetenskap och att systematiska iakttagelser blev den huvudsakliga metoden i att vinna kunskap om sjukdomar. Under 1800-talets andra hälft utvecklades läkarvetenskapen i samverkan med teknikens utveckling och en ökad industrialisering, inte minst i takt med utvecklingen av en mängd medicinska verktyg och apparater.⁵⁸ Doktorsväskan, som tidigare innehöll allt vad en praktiserande läkare kunde behöva, räckte inte längre utan man

⁵⁷ Gustafsson 1987, s. 191.

⁵⁸ Se även Sjöstrands analys av teknologins fält i Sverige, Sjöstrand 2013 samt kapitel 7 i denna volym.

blev beroende av laboratorier och uppsättningar av tekniska apparater som diagnostiska verktyg och behandlingsverktyg.⁵⁹

Inom medicinen medförde detta att cellular- och vävnadspatologi och mikrobiologi fick fäste som medicinskt kunskapsparadigm – det vi idag kallar det biomedicinska paradigmet. Det innebar inte att det naturalfilosofiska tänkandet eller folkmedicinen försvann, men de kom att gradvis tappa i betydelse för den legitima medicinen, dvs. den akademiska medicinen. Utvecklingen av mikroskopet och förfiningen av detta var en förutsättning för att överhuvudtaget kunna se cellerna och bakterierna. Teori utvecklades för att förstå vad det var man såg i mikroskopet.

Året 1858 anses vara det definitiva genombrottet för naturvetenskapens etablering inom den medicinska vetenskapen och med detta började också den antika humoralpatologin förpassas till historien. Cellerna fick därmed huvudrollen i det kunskapsparadigm som nu fått fäste. Innebörden var att människor och djur var uppbyggda av celler och det var i cellerna som sjukdom uppstod, beroende på störd cellfunktion. Kunskap om tumörer och om blodsjukdomar som leukemi utvecklades. På bakteriologins område var mikroskopet ett viktigt instrument och man fick kunskap om bakterier och svampar. Kemisten Pasteur visade hur jäsning var förknippat med liv och att bakterier fanns överallt och bidrog med pastöriseringen som metod för att döda bakterier. Man började förstå inflammationer och varbildning som försvarsmekanismer och fenomen på bakteriologisk nivå. Tuberkulosebakterien upptäcktes, och därefter en lång rad bakterier som orsakade spedalska, gonorré, tyfus, kolera, difteri, stelkramp och pest. Genom att förstå att bakterierna bildade gifter kunde man därmed klarlägga inflammationens verkningar som helhet. Till följd av detta kunde man utveckla motgifter. Serologin (immunologi) utvecklade kunskap om sjukdomar i blodet. Så småningom omdefinierades virus från att ses som ett ospecifikt gift till att omfatta små mikroorganismer som inte kunde iakttas i mikroskop, men som behövde levande celler för att föröka sig. Därmed skapades virologin.⁶⁰

⁵⁹ Torstendahl 1991, s. 44.

⁶⁰ Stolt 1997, s. 140–149.

Händelserik tid för medicinen i stort

Inom fysiologin utvecklades ett instrument som gjorde att man kunde skiva tunna skivor av vävnader och man började också kunna färga in det material man studerade i mikroskopet och histologin utvecklades, dvs. mikroskopisk anatomi. Medicinsk kemi, vars bidrag kom i slutet av 1800-talet, kunde visa blodets kemiska sammansättning och gav bidrag till diagnostiska metoder med hjälp av blod, urin och andra kroppsvätskor genom användning av olika slags apparater som kunde centrifugera vätskorna. Den fysiologiska medicinen koncentrerade sig på invärtes sjukdomar och ägnade sig åt fysiologiska experiment, som till exempel temperaturmätningar och feberkurvor. Inom denna gren var man också skeptisk till alltför strikt sjukdomsklassificering, som ibland omnämndes som meningslös ontologi. Feber ansågs vara en av de viktigaste dödsorsakerna och man koncentrerade sig på att hitta preparat eller metoder som kunde sänka temperaturen. Under de sista åren på 1800-talet kom röntgenstrålningen in i medicinen och man upptäckte att dessa strålar påverkade cellbildningen.⁶¹

På kirurgins område hade det inte hänt så mycket, men i takt med industrialismen ökade också olycksfallen på arbetsplatser och behovet av läkarinsatser. Eftersom man inte använde narkos eller liknande behövde kirurgerna arbeta snabbt. Morfin användes dock frikostigt. Man visste sedan länge att eter hade berusande egenskaper och i början av 1800-talet användes lustgas för samma syfte, dock inte till operationer. Under den här tiden började man också att spruta operationssalen med karbolsyra, vilket kraftigt reducerade operationsdödligheten.

Avseende psykiatrin kom Sigmund Freud med den psykoanalytiska teorin, men hans lära hade svårt att göra sig gällande i den starkt präglade naturvetenskapliga anda som rådde i slutet av 1800-talet.⁶² Under denna tid publicerades också Charles Darwins berömda arbete om evolutionen vilket anses ha stor betydelse för tänkandet inom medicinen. Genetiken bidrog till utvecklandet av en rasbiologi som låg nära det rashygieniska, som fick skjuts genom samarbete mellan genetiker, statistiker, antropologer samt idéer om den medicinska polisen, en gudomlig ordning och Darwins utvecklingsteori.⁶³

⁶¹ Ibid., s. 150–179a.

⁶² Se även Johnsson och Svenssons analys av professionaliseringen av psykosocial integration och psykoterapi, Johnsson & Svensson 2013 samt kapitel 5 i denna volym.

⁶³ Stolt 1997, s 161–169.

Samhällsmedicin, folkhälsa och socialhygien

I mitten av 1800-talet blev de samhällshygieniska reformerna alltmer detaljerade och man kunde ibland se en skillnad i dödlighet efter insatser på området. Prevention var ett ledord, liksom hälsoekonomi, där exempelvis social orättvisa och fattigdom ansågs vara sjukdomsframkallande faktorer, vid sidan av dåligt dricksvatten och avloppsvatten. Bakteriologin erbjöd en bidragande förklaringsmodell till folkhälsosjukdomarna, men det förekom även orsaksförklaringar från naturfilosofiska idéer. Svält och fattigdom ökade i takt med befolkningsökningen, industrialisering och urbanisering, vilket ställde krav på en mer effektiv samhällsmedicin.⁶⁴ Socialmedicinen, som från början kallades socialhygien, blev en medicinsk specialitet 1920. Den hade viss likhet med de idéer som fanns inom rashygienismen och degenerationsteorin, dvs. tanken om att degeneration inom befolkningen kan leda till sjukdom och förfall. Inom socialmedicinen fanns två strömningar under tiden fram till 1920 som kallas saneringsepoken, den ena med rötter i rashygieniska idéer med individuellt fokus, den andra uppmärksammade det sociala eländet och hade ett kollektivt fokus.⁶⁵ Intresset för de förebyggande åtgärderna fick genomslag för utbyggnaden av öppenvården och lokala sundhetskommittéer. Under 1920-talet blev det även möjligt för läkare att anställas i tjänster där de inte mötte patienter (tidigare var det bara möjligt i forskningstjänster) och deras ”patient” blev därmed samhällskroppen och folkhälsan.⁶⁶ Det kom dock att dröja innan socialmedicin blev en akademisk disciplin.

Fältets andra kvalitativa take-off

Ett första kvalitativt take-off skedde under den förra fasen i det medicinska fältets professionalisering. Då handlade det om etableringen av medicin som en positiv vetenskap. Ett andra kvalitativt take-off lät vänta på sig eftersom den senare hälften 1880-talet och tiden kring sekelskiftets början präglades av införseln av internationella nya medicinska genombrott till Sverige och av

⁶⁴ Ibid., s. 169–170, 195–196.

⁶⁵ 1830–1880 saneringsepoken, 1880–1920 den bakteriologiska-serologiska epoken, 1920–1935 födoämnes- och yrkeshygieniska epoken samt tiden från 1935 den socialhygieniska epoken, Stolt 1997, s. 194–198.

⁶⁶ Ibid., s. 194–198.

att man i debatter blandade termer från de äldre sjukdomsteorierna med de nya termerna. Behärskandet av det nya teoretiska tänkandet var förbehållet en liten grupp läkare – en elit, medan de svenska läkarna i allmänhet inte hade tillräckligt med teoretiska kunskaper för att kunna ta emot de nya idéerna om bakterier. Andra orsaker till fördröjning i etableringsprocessen av bakteriologin inom medicinen var bland annat att de samhällshygieniska åtgärderna som tidigare genomförts, hade förbättrat det allmänna hälsotillståndet. Dessa åtgärder var grundade i den ”gamla” medicinen – miasmateorierna – och därför fanns det inget behov för någon ny teori. I tillägg till detta intresserade sig inte patologin, histologin eller mikroskopin för *bakterier* i sjuka vävnader utan mer för vävnadernas anatomi, och det fanns inte heller uppmaningar i den medicinska litteraturen att intressera sig för detta.⁶⁷ När seklet övergick i 1900-tal var det naturvetenskapliga synsättet relativt etablerat i medicinen och samhällsutvecklingen och naturvetenskapens mekaniska människosyn gick hand i hand.⁶⁸

Laboratoriet och mikroskopet kom att bli de huvudsakliga verktygen för det nya biomedicinska paradigmet och dess fortsatta utveckling. Arbetet i laboratorierna förändrade också den teoretiska förståelsen av sjukdomar och förändrade nosologin från en symtomklassificering till en orsaksgrundad sådan. Infektionssjukdomarna orsakades av en viss bakterie eller mikroorganism, som ensam var upphov till sjukdomen, vilket också innebar en skarp gräns till gruppen infektionssjukdomar. En rad sjukdomar bytte identitet, varav koleran och pesten är två exempel. Under perioden 1860–1920 gjorde bakteriologin ett vetenskapligt genombrott, vilket kan exemplifieras genom en topp av vetenskapliga artiklar i den medicinska tidskriften *Hygiea* 1880–1890, men efter sekelskiftet sjönk antalet artiklar.

Genombrott i den meningen att vetenskapen får fullt genomslag i praktiken kom att dröja. Som nämndes tidigare fanns under de första decennierna på 1900-talet en teoretisk vilsenhet, och debatter bland medicinare blandade orsaksresonemang och åtgärder som grundades både på de gamla miasmateorierna och på kunskaper om bakterier. Denna period kännetecknas av försök till harmonisering mellan de nya och gamla teorierna. Däremot spreds de nya bakteriologiska kunskaperna till exempel genom kurser och föredrag till sjuksköterskor och till allmänheten.

⁶⁷ Graninger 1997, s. 117.

⁶⁸ Lagerkvist 1999, s. 115.

Ett sätt att försöka datera den reella etableringen av det bakteriologiska synsättet är att relatera det till den tidpunkt då staten startade institutioner med en specifik vetenskap som grund. Det fick då ett godkännande och dess tillämpningar gavs erkännande och fick genomslag i samhällsplanering och tillämpning. På så sätt kan man datera etableringsprocessen till åren mellan 1907 och 1918, som innefattade ett beslut om en statsmedicinsk anstalt 1908 med två avdelningar (en medicinsk-bakteriologisk och en rättskemisk), tillkomst av ytterligare en avdelning, ett statligt farmaceutiskt laboratorium 1915 och därefter upplösning av den statsmedicinska anstalten 1917, då Statens bakteriologiska laboratorium inrättades som egen inrättning 1918, med huvuduppgiften att arbeta med forskning och utveckling. Med andra ord kan man säga att laboratoriernas tillkomst, tillsättning av en professur i allmän hälsovårdslära 1876 vid Karolinska institutet samt tillkomsten av en specalsektion vid Svenska Läkaresällskapet 1899, utgjorde en kraftfull mobilisering för det biomedicinska paradigmet, och genom relaterade preventionsåtgärder även för folkhälsan.⁶⁹ Abbott menar att teknologiska och organisatoriska förändringar är de huvudsakliga krafterna i att öppna och stänga jurisdiktioner och att de har direkta effekter, dock oftast i positiv mening.⁷⁰ Detta gäller definitivt för läkarprofessionen, både teknologin som öppnar nya uppgiftsområden och kommodifieringen av professionell kunskap till exempel i form av penicillintabletter eller vaccinsprutor. Laboratoriet blev också en nod för kunskapsutvecklingen inom biomedicinen.⁷¹ Efter sekelskiftet ökade antalet laboratorier i statlig regi. Staten blev alltmer genomorganiserad och övertog alltmer ansvaret för det svenska samhället och dess befolkning.

I takt med kunskapsutvecklingen och specialiseringen som följde med medicinens etablering som positiv vetenskap, blev det biomedicinska sättet att se på sjukdomar utmanande. Detta medicinska nytänkande som lite tillspetsat kan sägas handla om sjukdomar (och inte människor som var sjuka) och sjukdomarnas säte i kroppen samt sjukdomsorsaker. Sammantaget kom detta att bidra till ett paradigmskifte, från en mångfald av naturfilosofiska och humoralpatologiska förklaringar till ett biomedicinskt paradigm eller *ett andra kvalitativt take-off* för fältet. Detta kunskapsområde blev grunden

⁶⁹ Johannisson 1994, s. 173.

⁷⁰ Abbott 1988, s. 146ff.

⁷¹ Ibid., s. 146–149 om kommodifiering av professionell kunskap.

till en robust kunskapskärna om den biologiska kroppen och kom att utgöra professionens *heartland*, i Abbotts begreppsapparat, där det är i princip oantastbart.⁷²

Fältets kvantitativa take-off

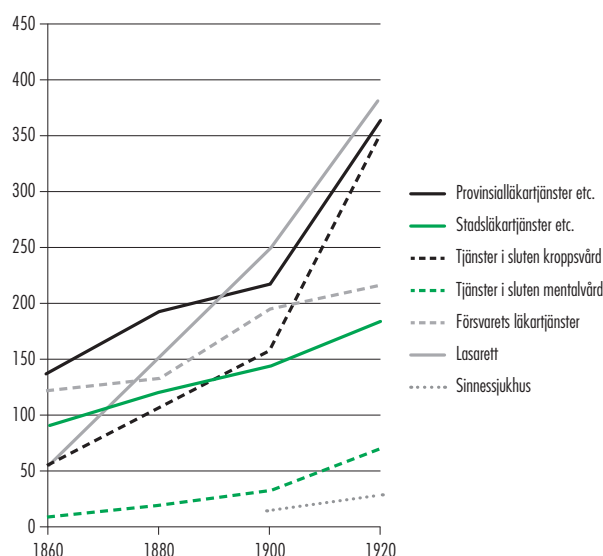
Kraftig utbyggnad av hälso- och sjukvården

Den samhälleliga kontexten utgjordes av vad som utvecklades i kölvattnet efter den svenska reformpolitiken som under de första åren på 1800-talet hade varit konservativ. Detta medförde en växande opposition bland grupper som var under socialt och ekonomiskt uppåtgående, men som inte fick den makt och det handlingsutrymme de ville ha. Genom upplösningen av ståndsriksdagen och ständerväldet förändrades villkoren för rörlighet för både kapital och arbetskraft, som i sin tur var stödjande faktorer för industrialiseringens utveckling i landet. Mot bakgrund av detta ökade statens kassa, vilket möjliggjorde ökade insatser för befolkningens hälsa samtidigt som den nya situationen medförde ett ökat behov av organiserad sjukvård och fattigvård.⁷³ Detta lade grunden för *ett kvantitativt take-off*. När det gällde den slutna vården skilde man i slutet av 1800-talet på lasarett och hospital samt fattigvård, som betraktades som en lokal angelägenhet. De sjuka i befolkningen sorterades och behandlades efter denna grova indelning. Men mellan åren 1860 och 1880 kan en kraftig ökning iakttas av antalet lasarett, då de mer än fördubblades, från 54 till 133 för att i slutet på perioden ha sjudubblats till 382. Läkartjänster ökade också snabbt i antal, dock lite olika beroende på vilken typ av vård det gällde (se figur 6.1).

Det är lasaretten som har den brantaste tillväxtkurvan och därmed också den kraftigaste ökningen, sedan kommer två läkartjänstekategorier: dels läkare vid den slutna kroppsvården, dels provinsialläkartjänsterna. Medicinalpolitiken stödde vid den här tiden omväxlande utbyggnad av öppna vårdformer och förebyggande arbete samt utbyggnad av den slutna vården. Detta avspeglas i figur 6.1 då en utbyggnad kan ses både i den slutna och i den öppna vården.

⁷² Ibid., s. 71.

⁷³ Gustafsson 1987, s. 262ff.



FIGUR 6.1 Utvecklingen av antal lasarett, sinnessjukhus och läkartjänster, åren 1860–1920.⁷⁴

Under denna expansion av den slutna vården renodlas också lasarettsvården och förbehålls de botbara, något som kan relateras till den urgamla gränsen mellan kirurgi och medicin, vilken formar en gräns mellan ”konkret iakttagbara och snabbt fortskridande hjälpbehov” respektive ”diffusa, svårtolkade och långsamt fortskridande otillräcklighetstillstånd”. Hälso- och sjukvården kom att konsolideras huvudsakligen utifrån den förstnämnda, dvs. en akutvårdsmodell, varvid organiseringen och fokus på den öppna vården och förebyggande arbete trängdes åt sidan. Därefter har det varit fråga om kvantitativ utbyggnad och administration, dvs. att bygga ut och bygga vidare. Utredningar som genomfördes styrdes av de organisatoriska traditionerna och problemen formulerades utifrån de praktiska problem som uppstod i de befintliga systemen. På så sätt bildas en kedja av låsta beslutscontexter, som skapat en kontinuitet i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Med andra ord var det svårt, om inte nästintill omöjligt, att tänka nytt.⁷⁵

Etableringen och konsolideringen av dessa organisatoriska traditioner

⁷⁴ SCB Statistisk årsbok för Sverige 1919, 1925; Bergstrand 1963, s. 154, samt Kock 1948, s. 23.

⁷⁵ Gustafsson 1987, s. 191, 340–343.

har främst haft stöd av merkantilistiska idéer, samhällets sociala kontroll, läkarnas sociala position och militära sjukvårdsbehov. Det är således de organisatoriska traditionerna som varit primära i struktureringen av hälso- och sjukvården och inte (som i vår nutida vardagsförståelse) nya naturvetenskapliga medicinska rön. Detta kan sägas vara ett slags omvänd idéhistoria där den organisatoriska utvecklingen snarare styr upp institutionerna och idéerna än tvärtom. Den naturvetenskapliga medicinens inträde på 1800-talets senare hälft föll så att säga in i den befintliga sjukvårdsstrukturen och upprätthöll således de gamla organisatoriska mönstren.⁷⁶

Den nya rörligheten bland arbetskraften och den ökade befolkningstillväxten sågs dock av vissa som ett problem och ett hot mot samhällsordningen. Med anknytning till det resonemang som fördes i förra avsnittet tycks samhällsmedicinen med intresset för folkets hälsa under denna period börja tappa institutionell bas och det var istället kroppsmedicinen som utvecklades och stärktes i sin institutionella bas. Med andra ord fanns nu makt- och organisationsstrukturer som genom sin existens stödde en viss inriktning på läkarnas professionalisering och uppgiftsområden. Exempelvis etablerades full kontroll av arbetsplatsen genom läkarens ansvar för det medicinska arbetet på klinikerna, dvs. full jurisdiktion på den arenan om man talar med Abbotts terminologi.⁷⁷ För läkarna blev lasaretten och särskilt klinikerna platser där ytterligare upparbetning av expertis kunde ske. Specialiseringen hade därmed ett dubbelt syfte, dels att erbjuda bättre vård till de sjuka, dels att öka kompetensen inom området. Varje delning av lasaretten till specialkliniker eller utbyggnad av specialanstalter var, lite tillspetsat, designad för vidareutbildning av läkare.⁷⁸ Cellularpatologin och mikrobiologin fick också under 1900-talets första hälft en ökande institutionell bas genom laboratoriernas framväxt, både som enskilda verksamheter och vid klinikerna på sjukhus. Laboratorieassistenterna kom att fylla en viktig funktion då de tog över mycket av det rutinartade arbetet i laboratoriet. Men de hade vid den här tiden inte formerats kollektivt.

Den utomordentligt kraftiga expansionen av lasarett och läkartjänster under den här perioden kan ses som ett *kvantitativt take-off*. Viktigt är här att påpeka att det ingalunda var det biomedicinska paradigmet som var

76 Gustafsson 1987, s. 124–126, 191, 243, 301, 329–333, 352–355.

77 Abbott 1988, s. 59ff.

78 Det var vanligt att boende, vård och undervisning skedde på samma anstalt. Carlhed 2007, s. 79, 81, 100, 300, 302.

ledstjärnan för utbyggnaden av slutenvården och ökningen av tjänster under denna period. Det var snarare så att hälso- och sjukvården byggdes ut från traditionella organisatoriska mönster och utredningsväsendet präglades av ett slags ”spärrhakeeffekt” och andra utommedicinska faktorer.⁷⁹

Läkarnas fackliga organisering och kåranda

Det fanns tidigt lokala läkarföreningar, redan på 1860- och 1870-talen, och på vissa håll samarbetade de med apotekarna. Men det var egentligen först 1880 som den första läkarföreningen av rent facklig karaktär bildades. Det var Provinsialläkarföreningen som ett tjugotal år tidigare regelbundet anordnat möten för provinsialläkare. Landsortsläkarna hade en egen tidskrift, *Eira*, som utgavs första gången 1877. Tidskriften hade förutom det vetenskapliga syftet också artiklar om nya författningar, ny litteratur, kungörande av lediga tjänster och liknande.⁸⁰

Det var också provinsialläkarnas företrädare John Bergvall som föreslog vid ett allmänt läkarmöte 1887 bildandet av en svensk allmän läkareförening. Redan året därpå fattade man ett principbeslut om att det skulle bildas ett förbund, men det tog ett decennium innan man kunde enas om hur stadgar och riksorganisation skulle se ut. På ena sidan stod provinsialläkarna, som arbetade ensamma och inte var främmande för hembesök och lite okonventionella lösningar i sin läkargärning och som ville ha en stark organisation med juridiska och ekonomiska resurser. På den andra sidan stod Stockholmsläkarna med bas i lasarettskliniker och de tre medicinska lärosätena som ansåg att det befintliga Svenska Läkaresällskapet var en fullgod organisation.⁸¹

1893 bildades så Allmän Svensk Läkarförening, men det blev en svag organisation utan ekonomiska resurser. Man hade till uppgift att anordna ett läkarmöte vartannat år. Misslyckandet på det nationella planet fick till följd att flera lokala föreningar startades, och 1900 tog Stockholms läkareförening initiativet att bilda en centralorganisation. Med intensiv lobbyverksamhet och noggranna förberedelser gick det hela snabbt. Redan ett år senare antogs stadgarna för första gången och 1903 trädde de i kraft med 900 medlem-

⁷⁹ Gustafsson 1987, s. 351ff.

⁸⁰ Eklöf 2000, s. 199.

⁸¹ Beronius 1994, s. 46, 58.

mar i matrikeln. Föreningen bytte namn till Sveriges läkarförbund 1919.⁸² De nya stadgarna syftade till att verka för kårens sociala, ekonomiska och vetenskapliga intressen, och innehöll även ett mål om att verka för en god och värdig anda inom kåren.

För läkarna var det kontroversiellt med facklig anslutning och gemensamma motståndsaktioner bland läkare genomfördes eftersom det fanns synpunkter på att det kunde uppfattas som ovärdigt att läkare skulle gå samman i fackföreningar, likt arbetare. Läkarna beskrevs som ”utpräglade individualister”.⁸³ Men det fanns skäl till en mobilisering. Läkarkåren hade fördubblats mellan 1880 och 1900 och det var hård konkurrens om jobb. Det fanns ingen allmän sjukförsäkring eller andra subventioner som kunde underlätta betalning för läkarens tjänster, vilket skapade ett överskott av läkare. Både de statliga och privata arbetsgivarna pressade ned ersättningen och skapade nya tjänster, s.k. extraläkare som hade sämre villkor och ersättningar än ordinarie läkartjänster. En del kunde försörja sig genom det ökande antalet läkarundersökningar som krävdes för att teckna en livförsäkring, en bransch som var under stark tillväxt i början av seklet.⁸⁴

År 1915 kom en lag om behörighet till läkaryrket där det fastslogs att gällande examen var medicine licentiat avlagd inom riket samt svenskt medborgarskap. Lagtexten kompletterades med en kungörelse om behörighetskrav för läkartjänstgöring inom den slutna kroppsvården.⁸⁵ Lagen kom också att behandla den obehöriga läkarkonsten, vilket kunde innebära att utbildade läkare inte fick använda vissa behandlingsmetoder eller behandla vissa sjukdomar. En obehörig kunde bara bestraffas om verksamheten bedrevs yrkesmässigt och om ”behandlingen medfört fara för liv eller hälsa”. Innebörden av lagen blev att läkarna blev av med sin skyddade yrkestitel och det var behörigheten till vissa sjukdomar och behandlingar som anförtroddes till de utbildade läkarna. Kungen kunde genom ett beslut tillåta en utbildad att verka på läkekonstens område, en möjlighet som i realiteten inte utnyttjades. Men lagen innebar därmed inte rättighet till verksamhetens natur, vilket säkerligen glädde de s.k. kvacksalvarna.⁸⁶

Mellan 1920 och 1940 fördubblades återigen antalet läkare, från 1 600

82 Schöldström 2003, s. 15, 18, 20, 24.

83 Eklöf 2000, s. 201–202, 220, 230.

84 Schöldström 2003, s. 25, 31.

85 Janlert 2009. Lagen om behörighet att utöva läkarkonsten (nr 362) 21 september 1915.

86 Eklöf 1998, s. 158.

till 3 200. De mötte en arbetsmarknad som styrdes av arbetsmarknadens villkor, med tjänstgöring med låg eller i vissa fall ingen lön och boende på sjukhuset. Många av dessa läkarstudenter kom från enklare förhållanden än sina företrädare och två tredjedelar av de nya underläkarna hade stora studieskulder. Underläkarna bildade en egen fackförening 1921, Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF), som då anslöts till Sveriges läkarförbund som en lokalavdelning och medlemsantalet ökade markant under 1930-talet. I den ökade konkurrensen mellan läkarna framför allt i storstaden fanns det bland de äldre kollegorna farhågor om sjunkande ersättningar och sämre arbetsvillkor samt att kollegialiteten skulle minska.⁸⁷

Den fackliga kampen syntes det dock lite av i Sveriges läkarförbund, som i början mest fungerade som en klubb. Det tycktes snarare vara oro för läkarnas anseende som sysselsatt fackförbundet, och införandet av kollektiva etiska regler, vilket hade sin grund i motstånd mot läkarkårens kollektivisering och förvandling till ett yrke som alla andra. Man värderade en individuell etisk hållning som gav läkarkåren högt anseende.⁸⁸

Hippokrates ed är starkt symboliskt förknippat med läkargärningen. Många hävdar också att de moderna etiska läkarreglerna haft den som norm, men studier har visat att det rör sig om en myt och den har på senare tid kallats ”den hippokratiska fotnoten”.⁸⁹ Den har dock haft en moraliskt självreglerande funktion för läkarna. Symboliken i att svära en ed är talande för att den haft religiösa förebilder och *kallet* blir en del av sinnebilden av läkaren.⁹⁰ I kallet ingick också bilden av läkaren som arbetande i allmänhetens intresse, utan egenintresse, men även som samhällets väktare mot ohälsan. Dessutom var bekämpandet av falska profeter – kvacksalveriet – en del i uppdraget.⁹¹ De eder som svenska läkare avlagts är tro- och huldhetseden, som avlades vid inträdet som fullvärdig medlem i Collegium Medicum och som var en ämbetsmannaed, samt en practici-ed som avlades vid de medicinska fakulteterna efter medicine licentiatexamen. Båda dessa eder avskaffades, först licentiateden 1878, sedan ämbetsmannaeden 1887.⁹²

87 Schöldström 2003, s. 19, 21.

88 Eklöf 2000, s. 253–254; se också Gustafsson 2000, s. 27ff; Schöldström 2003, s. 23.

89 Eklöf 2000, s. 187.

90 Johannisson 1994.

91 Palmblad 1997, s. 38, 75, 105ff.

92 Eklöf 2000, s. 190ff.

Sjuksköterskornas formering och differentiering

De genomgripande samhällsförändringar som nämndes i inledningen av detta periodavsnitt, dvs. den ökade demokratiseringen samt den ökade sociala och geografiska rörligheten för kapital och arbetskraft, bidrog till förutsättningarna för sjuksköterskekårens framväxt. Det var kvinnor från de högre samhällsklasserna som tog initiativ till sjuksköterskeutbildningen i Sverige under 1860-talet, vilket bidrog till att deras ”klassysstrar” kunde skaffa sig ett eget arbete och försörjning. Ideologin i sjuksköterskeyrket kom att bli mer social än föregångarnas, sjukvakterskornas, nämligen möjligheten för bildade kvinnor att göra en samhällsinsats.⁹³ Den berömda Florence Nightingale skrev skrifter som sammanfattade hennes erfarenheter från vården i krigssammanhang och 1860 öppnades hennes sjuksköterskeskola i London. Svenska Emmy Rappe var elev där och blev en förgrundsfigur i organiseringen av svensk sjuksköterskeutbildning.⁹⁴ Dessa pionjärs uppfattning var att sjuksköterskeyrket skulle vara ett kvinnligt yrke för att yrkesrollen ansågs sammanfalla med kvinnliga egenskaper. Den första generationen sjuksköterskor var utbildade genom en praktisk utbildning och var inte organiserade. Den andra generationens sjuksköterskor hade flickskoleexamen och hade därigenom en gedigen skolbakgrund och utbildades vid sjuksköterskeskolor. Detta medförde en inre differentiering inom kåren som utvecklades kring sekelskiftet. Utvecklingen inom läkarvetenskapen medförde också ett behov av kunnig assistans till läkarna, vilka i sin tur kom att bli mer intresserade av sjuksköterskeutbildningen och ett kvalificerat kunskapsinnehåll.⁹⁵

Statliga utredningar, läroböcker och sjukskötersketidskrifter uppvisar ett definitionsarbete mot vad sjuksköterskorna och sjukvårdspersonalen skulle arbeta med. Klart framgår att den medicinska praktiken och den vårdande praktiken är av olika art samt att det är under läkarens överinseende som vårdandet sker. Vårdandet bestod i att vara *en förlängd arm* eller ett *extra öga*, då framför allt att registrera den sjukliga kroppens funktioner och uttryck (dock utan att dra egna slutsatser) eller vara *en hjälpende hand* för den sjuke med exempelvis hygien eller komfort.⁹⁶

⁹³ Emanuelsson 1990, s. 34.

⁹⁴ Stolt 1997, s. 139–140.

⁹⁵ Emanuelsson 1990, s. 34.

⁹⁶ Rehn 2008, s. 48ff.

Sjuksköterskornas inträde i det medicinska fältet upparbetas och förstärks mellan 1851 med den första sjuksköterskeutbildningen i Ersta diakonianstalt, via starten av Röda korsets sjuksköterskeskola 1867 i Uppsala och fram till bildandet av Sophiahemmets sjuksköterskeskola 1889, vilken kom att bli mönsterbildande för den svenska sjuksköterskekåren.⁹⁷ Efter sekelskiftet ökade antalet sjuksköterskeskolor snabbt från ett tjugotal skolor till 1914, då utbildningen fanns vid 48 länslasarett förutom sju större sjuksköterskeskolor: Diakonisseanstalten, Röda korsets sjuksköterskeskola, Sophiahemmets sjuksköterskeskola samt vid Sabbatsbergs sjukhus. Utanför Stockholm fanns den vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Södra Sveriges sjuksköterskehem i Lund. Utbildningarna skilde sig vad gäller grad av teoretiskt innehåll. Landsortssjukhusens utbildningar, sjukhusskolorna, hade inte lika höga inträdeskrav som de teoretiska skolorna, var mer praktikbaserade och utbildningstiden kunde variera mellan ett par månader och två år. Det var också en möjlighet för flickor från de lägre samhällsklasserna att skaffa sig en utbildning då utbildningen betalades genom eget arbete och man förband sig ofta att arbeta kvar ett par år efter utbildningens slut. Röda korsets sjuksköterskeskola och Sophiahemmets utbildning skilde ut sig från de övriga genom den teoretiska undervisning som gavs vid sidan av de praktiska studierna.⁹⁸

De viktigaste faktorerna som möjliggjorde sjuksköterskornas professionalisering var dels utbyggnaden av lasaretten, som ju per definition var sjuksköterskornas arbetsområde, dels den logik som låg bakom utbyggnaden, dvs. en akutvårdsmodell. Deras borgerliga bakgrund grundad i ordning och disciplin, tillsammans med teoretiska kunskaper om renlighet och hygien var det som sjukvården behövde.⁹⁹ Sjuksköterskekårens framgångsrika formering berodde till stor del på lasarettens utbyggnad och en relativt snabb utbyggnad av sjuksköterskeutbildningen. I jämförelse med läkarnas professionaliseringsstrategier har även hos sjuksköterskorna en elitformering i kårens topp och dess sociala status haft stor betydelse för det kollektiva identitetsarbetet i kallets namn, och olika stängningsförsök genomfördes framgångsrikt nedåt i hierarkin.

Uppbyggnaden av professionsideologin gav ibland ur ett allmänmansk-

⁹⁷ Gustafsson 1987, s. 367ff.

⁹⁸ Emanuelsson 1990, s. 39–48.

⁹⁹ Ibid., s. 100–102.

ligt perspektiv lite udda uttryck. Bland annat var frågan om reglerad arbetstid uppe till riksdagsbehandling och ett förslag lades fram 1921 som skulle reglera arbetstiderna för all kvinnlig sjukvårdspersonal, nämligen åtta timmars arbetsdag. Svensk sjuksköterskeförening (SSF) protesterade och argumenterade för att sjuksköterskornas arbete var ansvarsfullt och särpräglat i relation till sjukvårdsbiträdenas. Man menade att sjuksköterskan kände så stort ansvar för sitt arbete och hade så stark självdisciplin att man inte behövde reglerad arbetstid. SSF segrade i frågan och i det slutliga beslutet undantogs den kvinnliga sjukvårdspersonalen från lagen, vilket även drabbade sjukvårdsbiträdena. Flera professionaliseringsstrategier kan förtydligas, exklusionen dels inom sjuksköterskekåren – skapandet av en elit bland sjuksköterskorna – dels nedåt i hierarkin mot sjukvårdsbiträdena. De uppvisade också möjligheter att styra utbildningspolitiken i önskad riktning och på så sätt utöva kontroll över utbildningen och vilka som skulle ses som de rätta sjuksköterskorna och anställas via förmedlingsbyråerna, dvs. kontroll över arbetsmarknaden.¹⁰⁰ Likheten med läkarnas inställning till facklig mobilisering och svårigheter att mobilisera i denna fråga är slående. Att tala om lönefrågor och arbetsvillkor kan verka besudlande för professionaliseringsträvandena, i varje fall i en inledande och ideologibyggnad fas, då karaktären hos professionen mejslas ut.

Laboratorieassistenternas framväxt

Den person som kan anses vara föregångare till detta yrke i Sverige var en kvinna vid namn Anna Sundström som arbetade som både hushållerska och medarbetare till professor Jacob Berzelius i dennes laboratorium under tidigt 1800-tal. I slutet av 1800-talet fanns i Uppsala ett större histologiskt laboratorium där flera kvinnor arbetade för en professor vid namn Henschen. Laboratoriebiträdenas arbete skedde för det mesta ensamt tillsammans med en professor. Tjänsten var under denna tid knuten till någon institution på universitetet. Dessa var anatomiska, histologiska och zoologiska institutioner där vävnader och organ undersöktes. När vi kommer in på 1900-talet blev det också mer av kemiskt, bakteriologiskt och serologiskt arbete, dvs. förberedelser och analyser av blod, urin och mikrober.¹⁰¹

¹⁰⁰ Ibid., s. 100–102.

¹⁰¹ Persson 1994, s. 117–118, 123–127.

Utbyggnaden av lasaretten innebar större möjligheter att också bygga ut sjukvårdslaboratorierna, och detta gynnade läkarnas specialisering och bidrog med ytterligare en institutionell bas för laboratorieassistenterna. Dessa var i sitt arbete på laboratoriet underställda professorer, läkare och forskare. Under denna period kom de in i yrket på generella meriter genom sin skolbakgrund men genom arbetet specialiserades deras kunskap. Det fanns en mängd olika beteckningar på dem som arbetade på laboratorium. ”Tekniskt biträde” fanns vid universitetens laboratorier och de var huvudsakligen kvinnor. 1912 inrättades den första ordinarie tjänsten på Karolinska mediko-kirurgiska institutet och fick beteckningen ”kvinnligt tekniskt biträde”. I praktiken innebar det tjänstgöring på Serafimerlasarettet och laboratoriet där. 1924 hade antalet fasta tjänster ökat till sex. Det förekom också att laborationsassistenter anställdes som laboratoriesköterskor trots att de inte hade någon sjukvårdsutbildning. Vid andra statliga laboratorier var beteckningen ”kvinnligt laborationsbiträde” eller ”preparator”. Det var inte förrän efter 1925 som prefixet ”kvinnligt” togs bort. Det förekom att män och kvinnor hade samma preparatorsuppgifter. Kvinnorna betecknades trots detta kvinnligt tekniskt biträde medan männen kallades preparator och de hamnade i olika lönelägen.¹⁰²

När de statliga laboratorierna startade 1908, 1915 och 1918 fanns redan laboratoriebiträdena som en självklar yrkeskategori. Förutom de statliga anstalterna inrättades också privata laboratorier, och då främst inom den framväxande läkemedelsindustrin, men framför allt för kontroll av de framställda produkterna.¹⁰³ Då laborationsassistenterna inte själva hade mobiliserats och organiserats var det de medicinska ämnesföreträdarna som fick ta rollen att argumentera för betydelsen av och utbyggnad av tjänster samt att dessa borde vara fasta tjänster. Men skälen till deras engagemang handlade primärt om att trygga deras egen verksamhet och medelstilldelning. Att lämna det manuella laborativa arbetet till assistenter innebar för dem att

¹⁰² Ibid., s. 117–118, 295.

¹⁰³ Beslut om en statsmedicinsk anstalt 1908 med två avdelningar (en medicinsk-bakteriologisk och en rättskemisk), tillkomst av ytterligare en avdelning, ett statligt farmaceutiskt laboratorium 1915 och därefter upplösning av den statsmedicinska anstalten 1917, då Statens bakteriologiska laboratorium inrättades som egen inrättning 1918, med huvuduppgift att arbeta med forskning och utveckling. Andra statliga laboratorier inrättades som egna inrättningar under samma period (Statens rättskemiska laboratorium 1918, Statens farmaceutiska laboratorium 1918 och det veterinärbakteriologiska 1908). Graninger 1997, s. 227–230; Persson 1994, s. 90, 142, 151–155.

de kunde koncentrera sig på det intellektuella arbetet och tolkningar av analyser. En intressant jämförelse med sjuksköterskor utifrån deras löneläge visade att kring 1910 var laboratorieassistenterna avlönade som tjänstemän (1 200–1 600 kronor per år), medan sjuksköterskorna hade betydligt lägre lön, cirka 400 kronor per år i genomsnitt.¹⁰⁴

När det gällde utbildning för laboratorieassistenterna såg det olika ut, men generellt räknade man med ett par års inskolning. Ett laboratoriebiträde fick till exempel 1918 gå en kurs i histologi med de andra medicinstuderande på Karolinska institutet, medan andra fick praktisk övning och ingen vetenskaplig skolning. En del av de tidiga laborationsbiträdena läste på egen hand facklitteratur, vilket i praktiken innebar att de behärskade ett eller två främmande språk. De hade också till uppgift att skriva texter på olika språk till andra laboratieföreträdare. Generella kvalifikationer var att komma från rätt familjebakgrund, ha god skolbakgrund och lämplighet vad gäller ordning och disciplin. Den sociala bakgrunden var således den första tröskeln och sociala nätverk kring ämnesföreträdaren var betydelsefulla i rekryteringen av lämplig person. Skolbakgrunden bestod ofta av studentexamen, flickskola eller realexamen. I flickskolorna undervisades eleverna i naturvetenskapliga ämnen med praktisk inriktning, fysiologi, allmän sjukvårdslära och hälsovårdslära, och grundkunskaper i dessa ämnen var kemi och fysik. I likhet med sjuksköterskorna hade pionjärerna inom detta yrke borgerlig bakgrund, kunskap om god ordning och disciplin och var välutbildade.

Sammanfattningsvis var de kvinnor som tidigt fick tillträde till yrken som läkare, sjuksköterska och laboratoriebiträde alla från överklass eller övre medelklass. Deras fackliga strävanden var klassrelaterade och det syntes tydligast i sjuksköterskornas formering i elitföreningar och underordnade restföreningar.¹⁰⁵

Basstrukturen i fältet grundläggs

Det är alltså under denna period som det medicinska fältet etableras i sin basstruktur efter det biomedicinska paradigmet genomslag och lovande framgång. Det fanns mobiliserade yrkesgrupper på plats att förvalta de

¹⁰⁴ Persson 1994, s. 182–186, 188, 248, 277.

¹⁰⁵ Emanuelsson 1990, s. 100–102.

professionella uppdragen som läkare, stödjande yrkesgrupper som sjuksköterskor och laboratorieassistenter som frukter i mikrobiologins kunskapsutveckling. Lasaretten och akutvårdsmodellen var sedan tidigare den valda vägen. Nu var det bara ökade ekonomiska resurser och en gynnsam politik som behövdes för att ta detta vidare. Den symboliska maktstriden var ju redan vunnen. Ett socialt och kulturellt legitimeringsarbete hade bildat en myt om att det nu fanns *ett* medicinskt förklaringsystem, *en* hälso- och sjukvård, *en* läkarkår, *en* sjuksköterskekår osv. I själva verket lade sig mytbilden ovanpå en verklighet som var betydligt mer nyanserad och hierarkisk än så.

Inom den slutna kroppsvården intog sjuksköterskan en mellanposition, underordnad läkarna men överordnad gentemot sjukvårdsbiträdena, som stod för det mesta av det praktiska vårdarbetet. Denna ordning var dels officiell och hierarkisk, dels könad, med läkaren som den faderlige och sjuksköterskan som moderlig. Inom Svensk sjuksköterskeförening fanns aktiva sjuksköterskor som definierade sjuksköterskans position helt inom den ram som satts upp av läkarna, vilken innefattade självdisciplin, betoning av den ansvarsfulla uppgift de hade och att den överordnades de egna behoven. Det var den underordnade positionen som kom att bli den rådande ideologin inom sjuksköterskekåren.¹⁰⁶

Konsekvenser av amalgameringsprocesserna i medicinens enhetliggörande bidrog till att sjukdomar som inte hade ett tydligt säte i kroppen och därför inte kunde behandlas på ett enkelt och effektivt sätt inte blev prioriterade. Orsaker till sjukdom som kunde finnas i den omgivande miljön var ju dessutom betydligt svårare att få grepp om.

Den vetenskapliga utvecklingen av socialmedicinen hade hamnat på efterkälken och hälsovården som låg utanför sjukhusväggarna hade inte en organiserad, centraliserad och prioriterad tillsyn. I den lokala hälso- och sjukvårdspolitiken var framgången för socialläkarna och folkhälsan ofta beroende av lyckade samarbeten mellan professionen, politisk ledning (kommunalfullmäktige) och tillsynsorgan, till exempel den lokala hälsovårdsnämnden, nykterhets-, social- och barnavårdsnämnder. Detta medförde en betydligt mer komplex situation att hantera när man skulle visa styrka i att klassificera ett professionellt problem, att resonera och förklara problemet

¹⁰⁶ Ibid., s. 51–57, Rehn 2008, s. 48ff, 84ff.

samt att agera utifrån det, dvs. att lösa det.¹⁰⁷ Kroppsmedicinen fick dock en viktig institutionell bas genom den kraftiga utbyggnaden av lasarett. Fokuseringen på sjukdomar, deras biomedicinska orsaker och bot blev praktikens kunskapskärna. Den öppna vården, som var institutionellt sätte för samhällsmedicinen, kom så småningom mer eller mindre att överges av den centrala hälso- och sjukvårdspolitiken, till förmån för slutenvården: de biomedicinskt orienterade läkarna och deras *heartland* kunde därmed realiseras. Bättre förutsättningar än så för en stark profession är svårt att uppnå.

Fältet professionaliseras: De gyllene åren, 1930–1960-tal

Avsnittet tar upp utvecklingen inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och dess konsekvenser för professionaliseringen av fältet. Understödjande processer för professionaliseringen diskuteras i samband med hälso- och sjukvårdens specialisering samt paradoxala processer i termer av samtidig expansion av systemet och rationalisering vars effekter skapar gynnsamma förhållanden. I texten argumenteras det för att denna period är gyllene år för professionalismen.

Professionaliseringens institutionella bas i det framväxande moderna hälso- och sjukvårdssystemet

Den samhällseliga kontexten under denna period var präglad av den svenska ekonomin, som under 1930-talet var starkt påverkad av den stora depressionen, i likhet med andra västerländska samhällen. Det var en omfattande ekonomisk kris som i Sverige vuxit under 1920-talet då staten haft svårigheter att hantera den höga arbetslösheten och strider mellan sociala klasser.¹⁰⁸ Under de svåra åren kring 1930-talet var det flera andra akademikergrupper som också upplevde svårigheter.¹⁰⁹ Läkarförbundet hade tidigt fungerat som remissinstans i kontakter med landsting, städer, Medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen. Förbundet hade även kontakt med läkare som satt i

¹⁰⁷ Folkhälsans lokala legitimitet hade hjälp av de stora folkrörelserna och deras lokala företrädare. Sundin, Hogstedt, Lindberg & Moberg 2005, s. 12.

¹⁰⁸ Åmark 2005, s. 61–67, 125–127.

¹⁰⁹ Schöldström 2003, s. 28–29; Eklöf 2000, s. 209.

riksdagen. Under 1930-talet ökade remissärendena på grund av regeringens reformarbete kring samhällsfinansierad sjukvård och efter andra världskriget blev det vanligare att de fackliga organisationerna kom med redan i utredningsfasen, däribland Sveriges läkarförbund.¹¹⁰ Detta betydde naturligtvis mycket för läkarnas kontroll av yrket och av arbetsmarknaden. Men för läkarnas del var det inte förrän på 1940-talet den fackliga profilen blev tydlig.

Den socialpolitiska ideologin innehöll en stark betoning på förebyggande arbete inom vården. De gamla institutionerna och anstalterna sågs som rester av det gamla samhället och man skulle inte ha behov av dem i det nya samhället.¹¹¹ Folkhälsan blev under denna period bättre; ett tecken på detta var att 1850–1950 ökade medellivslängden från 40 till cirka 70 år. Ett växande intresse för folkhälsan, utbyggnad av öppenvårdsformer och ett ökande intresse för medicinsk specialisering mot socialmedicin kan iakttas och kopplas samman under denna period.

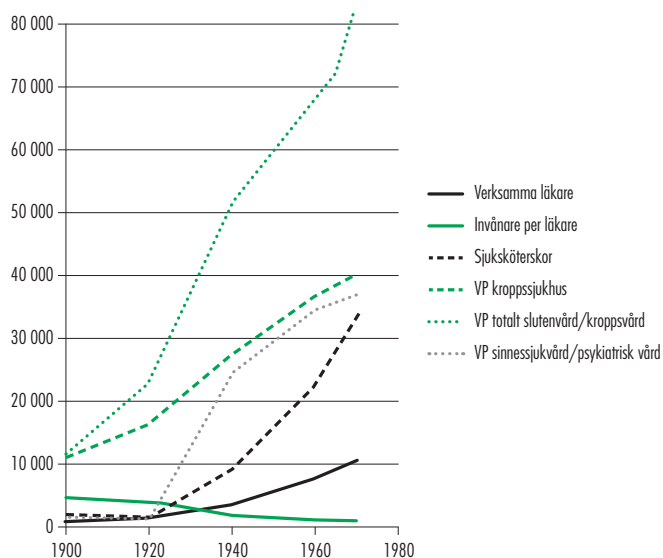
Dock fortsatte de två grundformerna sluten vård och öppen vård att vara en organisationsprincip som utbyggnaden av den moderna hälso- och sjukvårdssystemet följde. Distinktionen skiljer vardagligt uttryckt mellan den vård som krävde inläggning på anstalt och den vård som kunde erhållas i annan vård, till exempel distriktsvård. Medicinalstyrelsen slogs samman 1968 med den gamla Socialstyrelsen och bildade den nya Socialstyrelsen, som blev central förvaltningsmyndighet för ärenden som rörde socialvården, hälso- och sjukvården samt läkemedelsförsörjningen.

På tjänstesidan var det framför allt sjukskötersketjänster inom den slutna kroppsvården som ökade mest under den aktuella perioden, och därefter läkartjänster inom sluten kroppsvård. Läkartjänsterna inom den öppna vården hade en betydligt mer plan utvecklingskurva. I figur 6.2 beskrivs utvecklingen av det totala antalet vårdplatser inom slutenvården, antal vårdplatser på kroppssjukhus samt inom psykiatrisk slutenvård, antal invånare per läkare samt antalet verksamma läkare och sjuksköterskor under åren 1900–1970. Samtidigt med det ökande antalet vårdplatser ökade antalet vård dagar inom lasarettsvården från 88 400 per år 1920 till 139 100 vård dagar per år 1970, detta trots att både lungsjukvård och epidemivård kraftigt sjönk. Inom den psykiatriska slutenvården skedde under denna period dock en

¹¹⁰ Eklöf 2000, s. 232; Schöldström 2003, s. 24–25.

¹¹¹ Valet vanns 1932 och socialdemokraterna tog regeringsmakten. Åmark 1990, s. 35–36.

förskjutning från ett minskande antal vårdplatser inom psykiatrisk lasarettsvård (mentalsjukhusen) till ett ökat antal inom sjukhemsvården, vilket var en mer öppen form av psykiatrisk vård. Om man ser till slutenvården totalt sett och räknar ut medelvårdtid som patienten var inskriven på klinik sjönk den från 29 dagar till 11 dagar under en femtioårsperiod. Denna förändring av sjunkande medelvårdtid inom slutenvården gällde både lasarettsvård, lungsjukvård, epidemisjukvård samt förlossningsvård. Man kan därmed dra slutsatsen att en kraftig effektivitetsökning skett där vi kan iaktta interaktionen mellan ett ökat antal vård dagar totalt sett och att patienten vistades allt kortare tid på sjukhusen.



FIGUR 6.2 Utvecklingen av vårdplatser (VP) totalt i slutenvården samt i kroppsvård och sinnessjukvård, antal invånare per läkare samt antal verksamma läkare och sjuksköterskor, 1900–1970.¹¹²

Figur 6.2 tjänar därmed syftet att visa den slutna kroppsvårdens mycket kraftiga framväxt under den här perioden, vilket innebär en förstärk-

¹¹² SCB, Allmän hälso- och sjukvård 1911, 1922, 1940, 1950a, 1960a, 1970a. SCB, Statistisk årsbok för Sverige 1919, 1925, 1948, 1950b, 1960b, 1970b. Antal vårdplatser inom psykiatrisk vård år 1900 representeras av 1911 års uppgift och uppgifter 1920 representeras av 1922 års statistik.

ning för akutvårdsmodellen samt för en viktig institutionell bas för all yrkesverksamhet inom slutenvården och därmed för läkare och sjuksköterskor.

Medicinens framsteg

Utifrån det sociala kartläggningsarbete som närdes av det svenska utredningsväsendet och som formulerade sina problem utifrån de praktiska samhällsbehoven, sågs de inventerande undersökningarna i naturalhistorisk ”Linnéanda” som en grund för en bättre och mer rationell samhällsorganisation i avsikt att förbättra och förädla tillvaron. Det politiska intresset för folkhälsan och en framväxande medicinsk specialisering mot socialmedicin kan kopplas samman under denna period.¹¹³ Inom socialmedicinen var förebyggande medicin det man intresserade sig för, och det fanns två strömningar, den ena med rötter i rashygieniska idéer med individuellt fokus, den andra uppmärksammade det sociala eländet och hade ett kollektivt fokus.¹¹⁴

Inom psykiatrin fortsatte det differentialdiagnostiska arbete som påbörjats i seklets början och en rad nya behandlingsmetoder introducerades, bland annat elchocken (1937). EEG – mätningen av hjärnvågor – introducerades 1929 och blev en framgångsrik diagnosmetod. Gränsen mellan psykiatri och hjärnkirurgi började upplösas bland annat via psykokirurgin, där en metod var lobotomi.¹¹⁵

Psykologisk forskning bedrevs främst inom pedagogikämnet på landets samhällsvetenskapliga fakulteter. Psykotekniska institutet i Stockholm och Militärpsykologiska institutet som inrättades i mitten på 1940-talet var viktiga noder för utveckling av professionella metoder och kunnande. Den psykologiska praktiken bestod då till en början främst av ett differentialpsykologiskt arbete med tester som de viktigaste verktygen. Så fick psykologin exempelvis tillgång till psykotekniska test som Rorschachtestet, som infördes i Sverige på 1930-talet. En viktig händelse för den kliniska psykologins utveckling var inrättandet av psykiatrisk barn- och ungdomsvård, vilket var ett resultat av den statliga ungdomsvårdsutredningen i början av 1940-talet.¹¹⁶

Den svenska medicinen och farmakologin var på flera sätt framgångs-

¹¹³ Eriksson & Qvarsell 2000 s. 10–15.

¹¹⁴ Stolt 1997, s. 194–198.

¹¹⁵ Ibid., s. 193.

¹¹⁶ Stolt 1997, s. 193. Se Johnsson och Svenssons analys av professionaliseringen av psykosocial integration och psykoterapi: Johnsson & Svensson 2013 samt kapitel 5 i denna volym.

rika under 1940-talet. Sulfan gjorde entré 1932, vilket medförde en effektiv behandling mot infektionssjukdomar. Penicillinet som framtagits i en enkel form redan 1929 fick inte fullt genomslag förrän den första riktiga behandlingen ägde rum i England 1941. Genomslaget kunde ske genom samarbete mellan patologer och kemister, och det var inte förrän 1941 man hade tillräckligt mycket penicillin för att kunna göra försök på människor. Först långt senare kunde man i industriell form i USA framställa de mängder som efterfrågades. I Sverige kom 1943 ett nytt medel i behandlingen mot tuberkulos som ett resultat av samarbete mellan läkare och ingenjörer. Allmänna vaccinationsprogram mot tuberkulos infördes i Sverige på 1940-talet och ungefär vid samma tid började man undersöka lungor med skärmbild.

Differentieringen av olika sjukdomar fortsatte och man kunde avföra hudtuberkulos som en form av en tuberkulossjukdom och istället definiera den som en cancersjukdom – sarkoidos – även om det kom att dröja tjugo år innan man kom överens om namnet. Strävandena efter att få fram bättre cancermediciner gjorde att man fortsatte utvinna antibakteriella preparat och förfina kemoterapin. I början av 1940-talet prövade man att behandla olika slags lymf- och blodcancer med cellgifter. Krigen förde också med sig erfarenheter av blodtransfusioner och på 1940-talet inrättades blodlaboratorier i Sverige och därefter blodgivarcentraler. Kirurgi som genomfördes under världskrigen bidrog också till utvecklingen av kirurgin och ortopedin. På kirurgins område ökade specialiseringen inom framför allt lungkirurgin och därmed det vi idag känner som thoraxkirurgi. Generellt sett utvecklades operationsteknikerna starkt och via teknisk utveckling kunde man hantera njursvikt genom dialysapparater och konstgjorda njurar. En för kirurgin viktig specialitet blev anesthesiologin, dvs. narkosspecialiteten, och på 1930-talet blev intravenös narkos utbredd praxis – tidigare hade man givit narkos med dropplavemang eller genom injektion i huden.¹¹⁷

Gynekologi och obstetrik blev en egen kirurgisk specialitet, tidigare hörde de till allmänkirurgin (liksom öron-, näs- och halsläkarna som också bildade en egen specialitet under samma tid). Mödradödligheten sjönk kraftigt med hjälp av behandling med sulfa och penicillin. Man kämpade också mot havandeskapsförgiftning men hade inget effektivt behandlings sätt förutom att ge lugnande medel. Istället kom kirurgin inom området att förfina tekniker kring kejsarsnitt, även om det sedan tidigare fanns ett stan-

¹¹⁷ Stolt 1997, s. 186–189, 212.

dardsnitt som utvecklats 1921 och som användes under hela 1900-talet. Inom ortopedin förbättrades de kirurgiska teknikerna på 1920-talet. Metoder för att genomföra ledoperationer och insättning av proteser utvecklades också och man provade olika slags material, både organiska material och konstgjorda. Redskap för att studera kroppens inre skapades. En svensk läkare utvecklade laparoskopet, som möjliggjorde inspektion av bukhålan. Detta verktyg vidareutvecklades till ett cystoskop för inspektioner av levern och kom senare även att användas inom gynekologin.¹¹⁸

Klinisk kemi utvecklades parallellt med en rad andra laboratoriespecialiteter och 1944 förde Svenska laboratorieläkarföreningen på Karolinska institutet fram en förfrågan om att kliniska kemiska laboratorieundersökningar och kliniska fysiologiska undersökningar skulle införas som nya specialiteter. 1950 kom de första analysautomaterna som möjliggjorde ett stort antal analyser, vilket i sin tur ledde till behov av datorisering, beräkning, lagring, kvalitetskontroll och utskrift av resultat. Genom teknisk utveckling och datorisering kunde man öka antalet analyser med mindre mängd blodprover och med oförändrad personalstyrka.¹¹⁹

Laboratoriespecialiseringen inom medicinen har varit omstridd. Klinisk fysiologi utvecklades under 1960-talet och förespråkades av kirurger som önskade god diagnostisk service och av andra prekliniker som ville öppna för fler tjänster för unga forskare. Motståndare var internmedicinare som hellre ville utveckla en vertikal specialisering enligt amerikansk modell, som innebar att läkarna arbetade inom smala kliniska specialiteter och själva hade kontroll över alla nödvändiga diagnostiska tekniker och terapeutiska metoder. Detta stod i motsats till den horisontella specialiseringen där laboratoriespecialiteter och preklinisk forskning utvecklas självständigt. Den horisontella specialiseringen, dvs. att arbetsuppgifter eller arbetsmoment avgränsas från de övriga, har fått stöd av sjukvårdspolitiker och organisatörer för att främja dels ett professionellt handhavande av dyrbar specialutrustning, dels rationell personalfunktion och ökade kontrollmöjligheter.¹²⁰ Det tycks ha blivit den horisontella specialiseringen som dominerat inom svenska förhållanden. Konsekvenserna av detta för läkarprofessionen diskuteras vidare i ett senare avsnitt om specialiserings- och professionaliseringsprocesser.

¹¹⁸ Ibid., s. 209–212.

¹¹⁹ Bergstrand 1963, s. 144.

¹²⁰ Areskog & Ström 1983, s. 84.

Professionalismens höjdpunkt

1960-talet innebar en kulminering av effekter av ett antal motstridiga processer inom hälso- och sjukvården samt processer inom läkares och sjuksköterskors professionaliseringsprojekt. Den starka utbyggnaden av vårdplatser å ena sidan, rationalisering och effektivisering å andra sidan är exempel på sådana processer. Utbildningsplatserna räckte inte till för att fylla pensionsavgångarna inom vården.¹²¹ Detta var tydligast hos sjuksköterskorna men syntes även hos läkarna, och det ledde till brist i dessa yrken. Detta utnyttjades i sin tur i de fackliga leden, och utbildningsfrågor blev då viktiga. En lösning som gynnade både rationaliseringssträvandena och de professionella intressena blev bland annat en satsning på att öka antalet undersköterskor/vårdbiträden och en tayloristiskt inspirerad fördelning av arbetsuppgifter. Dock kan det anas en försvagning av läkarprofessionens kontroll i slutet av denna period.

Läkarnas kontroll över utbildning, tjänster och specialiseringar

Debatter om läkarbrist eller -överskott har avlöst varandra under hela 1900-talet och har förts av både myndigheter och läkarna själva. Hur man ska tolka brist- eller överskottsdiskussionerna beror på de aktuella omständigheterna: vad som räknas som sjukdom, tillgång på sjukvårdsinrättningar och typ av tillgänglig vård samt definitioner av vad som räknas som läkararbete i relation till annat hälso- och sjukvårdsarbete.

I början av 1900-talet rädde läkaröverskott, enligt läkarna själva, och detta överskott kan hänföras till fördubblingen av läkarantalet 1880–1900. Läkarna ansåg att huvudmännen utnyttjade detta förhållande genom att hålla nere löner och andra förmåner och samtidigt inte erbjuda ”riktiga” tjänster utan bara assistentläkartjänster som hade dåliga löne- och arbetsvillkor. Läkarna framstod här i sitt intresse som en homogen läkarkår och talade i detta sammanhang om ett ”läkarproletariat” och var emot läkarimport från andra länder (till exempel flyktingläkare från Hitlers Tyskland). Överskottsdiskussionen bör dock relateras till en allmän diskussion om akademikeröverskott som fördes under 1930-talet. Debatten svängde efter

121 SCB Sveriges officiella statistik SOS, Allmän hälso- och sjukvård 1911, 1920, 1922, 1940, 1950, 1960, 1970 samt SCB Statistisk årsbok för Sverige 1919, 1925, 1948, 1950, 1960, 1970.

att socialdemokraterna kom till makten på 1930-talet och argument framfördes att det inte var någon risk för överproduktion av läkare utan att det tvärtom var läkarbrist. Man hade sneplat på andra nordiska länder och kunnat konstatera att det utbildades för få läkare i Sverige jämfört med de andra länderna. I samband med Höjer-rapporten som kom 1948 föreslogs en ökning av intagningen från 150 till 400 platser om året till läkarutbildningen och man kritiserade i rapporten de medicinska fakulteternas begränsning av intagningen. Under hela efterkrigstiden fram till 1970-talets början var dock läkartätheten låg i jämförelse med andra länder. Men kring 1950-talets början hade en kraftig expansion skett som medförde en mångdubbling av läkartätheten.¹²² Frågan är hur detta påverkade exklusiviteten och den höga efterfrågan på läkare.

Åtgärderna från statens sida kan se som *statsinterventionism*, som innebär att staten tar på sig att långsiktigt planera och anpassa utbildningsutbudet samtidigt som den balanserar och undertrycker motsättningar,¹²³ något som Sveriges läkarförbund tidigare haft ett visst inflytande över. Andra tecken på en ökad statlig aktivitet inom området var att Sveriges läkarförbund hade haft kontrollen över specialistordningen och utfärdande av läkares specialistbevis, men förlorade denna till Medicinalstyrelsen i slutet av 1960-talet. Därigenom kom läkarkåren, som tidigare kunnat välja specialitet fritt, att tappa kontrollen över karriärvägarna efter grundutbildning då den nya ordningen innebar att staten via Medicinalstyrelsen styrde in läkares specialittjänstgöring till bristområden. Samtidigt skedde en förändring i Läkarförbundets möjligheter att få gehör för sina inlägg i remisser bland annat genom att en ny trend började ta form vad gällde principen hur man rekryterade experter till statliga utredningar inom hälso- och sjukvårdens område. Det hade tidigare varit vanligt med riksdagsledamöter från samtliga partier i kommittéerna, men deras medverkan avtog efter 1957. En sådan parlamentarisk bred uppslutning fanns bara i utredningarna om tandvården och vård för äldre. Ett fåtal socialdemokrater var med i utredningar som rörde organisatoriska frågor och mentalvården. Efter 1957 kom kommittésammansättningar att bygga på rekrytering från till exempel Medicinalstyrelsen, Socialstyrelsen, nationella organisationer och professionella organisationer, dvs. en ökning av ad hoc-utredningar och en minsk-

¹²² Einarsdottir 1997, s. 73–76.

¹²³ Svensson 1980, s. 13, 34–38, 65.

ning av parlamentariska utredningar samt en ökning av antal intressenter och byråkratiska representanter och en minskning av politiska. När det gäller remissförfarandet fanns det också en remisselit där 48 procent av de citat som förekommit i remisstexter från olika remissorgan sedan förekom i propositionerna. Företrädare för de medicinska fakulteterna visade sig ha starkt inflytande, till skillnad från de fackliga och professionella organisationerna, vars åsikter sällan respekterades.¹²⁴

Läkarprofessionen kan generellt sägas haft en god jordmån mellan 1940- och 1960-tal, med en kulminering på 1960-talet, utifrån en period av en stark tillväxt i antal läkare, de vetenskapliga framstegens omsättning i klinisk praktik och en gynnsam socialpolitik. Det är vid denna tidpunkt läkarna kommit så nära idealtypen *professionalism* man kan komma i en svensk medicinsk kontext.¹²⁵ Kampen för det förlorade skyddet för läkartiteln i samband med 1915 års lag om behörighet till läkaryrket återupptogs 1942 i ett förslag från Medicinalstyrelsen samt i samband med en kvacksalverutredning 1956, men realiserades inte. Dock fick man gehör 1960 då två nya lagar trädde i kraft; den ena reglerade behörighet till läkaryrket och den andra handlade om vissa förbud på hälso- och sjukvårdens område och fick namnet kvacksalverilagen. Den nya lagen om behörighet att utöva läkaryrket trädde i kraft 1961 och innebar att legitimation kan utfärdas till den som inom riket avlagt medicine licentiatexamen samt den som förvärvat utbildning utomlands och genomgått en av konungen föreskriven efterutbildning. I de fall den utländskt utbildade läkaren uppvisade en ”framstående skicklighet och särskild klinisk erfarenhet” kunde legitimation utfärdas utan efterutbildning. Kravet på svenskt medborgarskap som fastslagits i lagen från 1915 slopades därmed.¹²⁶ I samband med detta försvann också användningen av ordet läkekonst; man talade istället om läkaryrket som baserades på vetenskap och beprövad erfarenhet. Den nya skiljelinjen gick mellan vetenskap och okunnighet, i jämförelse med den förra skiljelinjen som gick mellan behörig och obehörig läkarverksamhet. Och skyddet av läkar- och doktorstiteln var åter i hamn.¹²⁷

¹²⁴ Bjurulf & Swahn 1980, s. 84, 96.

¹²⁵ Freidson 2001, s. 185.

¹²⁶ SOU 1961:8, s. 16–17.

¹²⁷ Eklöf 1998, s. 159–161. 1915 års lag om behörighet till läkaryrket innebar att läkarna blev av med sin skyddade yrkestitel och det var istället behörigheten till vissa sjukdomar och behandlingar som anförtröddes de utbildade läkarna, inte verksamheten som helhet.

Även om autonomin utmanades emellanåt klarade man av att värna sin legitimitet och till viss del sin relativa autonomi.¹²⁸ Det vill säga läkarkåren kunde kontrollera rekryteringen till yrket, utbildningen och dess innehåll, men till följd av en horisontell specialisering där till exempel laboratoriemedicinen utvecklades som egen specialitet fick läkarna mindre möjlighet att själva ha kontroll över alla moment i diagnosticeringen.¹²⁹

Bilden av en splittrad yrkeskår kan illustreras med långdragna och frekventa debatter inom läkarkåren. Skillnaderna i identiteter, intressen och ideal inom läkarkåren uttrycktes mellan den yngre och den äldre generationen läkare, mellan svenska och utländska läkare, mellan stadsläkarna och landsortsläkarna, mellan specialisten, generalisten och hygienikern samt mellan manliga och kvinnliga läkare. Debatterna handlade i mångt och mycket om bilden av den ideala läkaren, som skulle representera hela läkarkåren. Den kollektivt framträdande läkarkåren med sin ökande heterogenitet var därför en nackdel i ”imagehänseende”.¹³⁰

Sjuksköterskornas professionaliseringssträvanden

Sjuksköterskornas professionaliseringssträvanden hade hittills varit lyckade, i varje fall gällande en del av kåren. Kring 1920 hade det skapats en elit bland sjuksköterskorna och man hade avgränsat sig mycket kraftigt nedåt i hierarkin mot sjukvårdsbiträdena. Sjuksköterskorna hade visat att de kunnat utöva kontroll över sjuksköterskeutbildningen och över arbetsmarknaden. Framgångar var bland annat en förlängning av utbildningen till ett minimum av två år och att sjukskötersketiteln var bestämd och ämnad för dem som genomgått av staten godkänd sjuksköterskeskola. Vid samma tid inrättades också en särskild inspektris vid Medicinalstyrelsen som fick ansvar för sjuksköterskeväsendet och inspektioner. Genom förlängningen av utbildningen 1919 och nya krav på godkännande av sjuksköterskeskolor, kom antalet sjuksköterskeskolor att sjunka, från 57 år 1914 till 19 godkända sjuksköterskeskolor 1923.¹³¹

128 Eklöf 2000, s. 341–342. Se den Höjerska utredningen, då ifrågasattes läkarnas rätt att utöva privat eller halvprivat verksamhet vid de öppna mottagningarna samt deras exklusiva rätt till tjänst som klinikchef. Gustafsson 1987, s. 296.

129 Bejerot & Hasselblad 2003, s. 110–111, 107.

130 Eklöf 2000, s. 341–342.

131 Dillner 1963, s. 630–632.

Redan på 1930-talet började man från statligt håll att diskutera rationalisering och effektivitet inom vården, vilket så småningom bland annat vid 1960-talets slut ledde till att teoretiska och planerande uppgifter skildes åt från de manuella och utförande arbetsuppgifterna, och andelen hjälppersonal ökade.¹³² Den tekniska utvecklingen medförde att sjuksköterskorna alltmer kom att arbeta med medicinsk teknisk apparatur och i administration. I takt med sjukvårdens utbyggnad kom det att bli brist på sjuksköterskor. Den Thapperska utredningen, som var en i raden av utredningar som rörde hälso- och sjukvårdens organisation och som lade fram sitt betänkande 1962, presenterade förslag på hur man skulle lösa sjuksköterskebristen. Man öppnade för snabbutbildning av undersköterskor till sjuksköterskor, och nya yrkesgrupper som medicinsk-tekniska assistenter kom till, vilka skulle ersätta sjuksköterskor på röntgen- och operationsavdelningar. Därmed fördes sjuksköterskorna längre från patienten. Sjuksköterskornas underställda stab ökade i antal och med detta ökade också deras administrativa ansvar.

Sjuksköterskornas strategi hade klara paralleller med medicinarnas professionaliseringssträvanden som pågått sedan slutet av 1600-talet, då medicinarkollegiet Collegium medicum fick ansvar för tillsyn över sjukvårdsområdet samt för att utarbeta medicinalförfordningar. På samma sätt som gränser drogs upp för vad en riktig läkare var, dvs. den teoretiskt utbildade läkaren, drog sjuksköterskorna en linje mellan dem som skolats teoretiskt och dem som inte hade det. I ett fältteoretiskt sammanhang framstår det som om elitsjuksköterskorna, som ju utbildats av läkare, blivit konsektrade och ”insläppta” i det teoretiska medicinska universumet och givits en plats bredvid läkaren som assistent. Det gjorde att de själva måste erkänna den symboliska ordningen som en naturlig ordning och agera därefter, varvid de erkände enbart sjuksköterskor med teoretisk utbildning. En skillnad i jämförelsen med medicinarnas strategier var att sjuksköterskorna inte hade på dagordningen att bekämpa kvacksalveri, men de kunde inte klara sig utan alla sjukvårdsbiträden och sjukvakter, eftersom sjukvården i mångt och mycket vilade på deras praktiska insats i arbetet. Däremot skulle biträdenas ledas av sjuksköterskor. Denna gränsdragning mellan dem som leds och dem som leder kan dras som en parallell till de teoretiska medicinarnas behov av de hantverkarskunniga kirurgerna, vilka inordnades under den teoretiska

¹³² Gustafsson 1987, s. 385–387, 406.

medicinen när Collegium Medicum slogs samman med Chirurgiska Societeten 1797. Ett annat exempel är när ortopedi blev en medicinsk specialitet 1905, men ortopedgymnasterna som arbetat praktiskt med ortopediska metoder underordnades läkare och sjukgymnasterna definierades som underordnade hjälpare. Även där var närheten till det teoretiska och vetenskapen den egenskap och det symboliska värde som gjorde det möjligt att dra en sådan gräns, och att ha socialt kapital i form av läkarkollegor i riksdagen underlättade sannolikt att få legitimitet för ortopedin.¹³³

När det gällde utarbetandet av professionsideologin och utmejslingen av professionens karaktär hade man tidigt skapat en bild av sjuksköterskan som ansvarstagande, självdisciplinerad, ansvarig för hygien och ordning i sjukvården, underordnad i sin funktion som assistent till läkaren, men överordnad sjukvårdsbiträden. Värdsliga ting som löner och arbetstider var sådant som sjuksköterskan inte brydde sig om och därför inte behövde strida för i fackliga sammanhang – ett synsätt och resonemang som för övrigt kan hittas även hos läkarna under samma period.¹³⁴

Kring 1950 lanserades genom ordföranden i Svensk sjuksköterskeförening en skrift om de amerikanska sjuksköterskornas situation som kom att påverka idéutvecklingen om svensk sjukvård inom sjuksköterskekåren. Tankegodset var i korthet att hjälppersonalens ställning och roll accepteras samt att det är nödvändigt med en statushöjning av yrket genom en utbildning som både är allmänbildande och yrkesbetonad vid *högre* sjuksköterskeskolor. Här kan idén om den administrerande, arbetsledande och forskande sjuksköterskan framskymta. I skriften beskrevs ödesfrågan vara att formulera yrket och dess specifika innehåll och på så sätt klargöra yrket som klart avgränsat. Vägen dit skulle ske genom ett ”yrkesbetonat forskningsarbete och författarskap, vilket av somliga universitet betraktas som villkoret för att kunna bli upptaget i den högre utbildningens brödraskap”.¹³⁵ Senare kommer det att infrias, men först långt senare, vilket vi återkommer till.

Sjuksköterskorna har ju en lång historia av utestängning av undersköterskor och vårdbiträden. Samtidigt har man från politiskt håll försökt att ”höja baskompetensen” inom vården bland annat genom konvertering av underskötersketjänster och vårdbiträdestjänster till sjukskötersketjänster,

¹³³ Gustafsson 1987, s. 381; Holme 1996, s. 290–291; Carlhed 2007, s. 116.

¹³⁴ Eklöf s. 201–202, 220, 230.

¹³⁵ Gustafsson 1987, s. 385–387, 406.

vilket innebär en genväg till sjuksköterskeyrket och en minskning av den underställda personalen – vilket i sin tur förstärkt konkurrensen. För sjuksköterskorna handlade det således om en stängningsstrategi nedåt mot de underställda och en usurpation uppåt mot läkarna. Sjuksköterskorna gjorde anspråk på en överordnad position och var uttalat villiga att ta över ansvar för vården och medicinskt tekniska aktiviteter från läkarna.¹³⁶ Deras ansträngningar vid sekelskiftet att bilda en elit av sjuksköterskor och utestänga andra kan ses som en lyckad strategi, nämligen att från början se till att vissa typer av sjuksköterskor intog överordnade positioner och andra underordnade positioner samt att det fanns assistentkategorier till sjuksköterskearbetet. Men sjuksköterskornas arbete var ändå underordnat läkarnas, vars profession haft flera hundra år på sig att utvecklas.

Laboratorieassistenternas formering

För laboratorieassistenterna var laboratoriernas utbyggnadstakt och storlek av avgörande betydelse för deras formering. Utbyggnaden av lasaretten innebar större möjligheter att bygga ut sjukvårdslaboratorierna. I takt med den snabba utbyggnaden av laborieverksamheten blev det ohållbart att läkare själva skulle göra laborationerna, som ofta var tidsödande. Tekniken utvecklade även möjligheterna till fler olika slags undersökningar av medicinska och kemiska processer. Ämnesföreträdare fick med andra ord mer att göra då resultaten skulle analyseras och bearbetas, vilket bidrog till att de kämpade för att kunna få medel att avlöna laboratorieassistenter. Så småningom blev laboriearbetet mer och mer beroende av laborationsassistenter. Efter 1947 kom ”laborationsbiträde” att beteckna yrket och ”första laborationsbiträde” signalerade att man hade arbetsledande och självständigt arbete. Benämningen ”tekniska biträden” reserverades för mindre kvalificerade arbeten.¹³⁷

Under laboratorieassistenternas pionjärtid var deras tjänster helt beroende av externa medel i form av donationer och former. Den experimentella forskningens finansiering var således också beroende av extern finansiering. Genom statens ökade intresse för tillsättningen av fler professorer vid universiteten blev detta indirekt ett ekonomiskt stöd för

¹³⁶ Lannerheim 1994, s. 40, 42; Rehn 2008, s. 88ff.

¹³⁷ Persson 1994, s. 86–102, 182–183.

forskningen vid universiteten. Genom överlåtandet av de tekniskt laborativa arbetsuppgifterna till laboratorieassistenter skedde en arbetsdelning och en produktionshöjning av det vetenskapliga arbetet och av forskningsresultat men även framställandet av undervisningsmaterial. De var ett verktyg i forskningen. Denna arbetsdelning konsoliderades genom inrättandet av statliga laboratorieassistenttjänster och antalet tjänster för laboratorieassistenter ökade kraftigt i antal under 1930-talet. Vid 1930-talets slut fanns fasta tjänster för laboratorieassistenter vid 13 statliga institutioner som till exempel statsmedicinskt laboratorium, sjukhuslaboratorier och laboratorier vid ämnesinstitutioner.¹³⁸

Inte förrän på 1940-talet bildades yrkesföreningar för denna grupp, men de hade mycket liten möjlighet att påverka arbetsmarknad och utbildningsfrågor. Dock hade laboratorieassistenternas arbetsuppgifter en självständig prägel i och med att en ämnesföreträdare beställde preparat, men att laboratorieassistenten på egen hand och under eget ansvar skulle framställa det som efterfrågades. När det gällde anspråk på högre lön och bättre arbetsvillkor var de dock hänvisade till sin överordnade för bistånd i argumentationen.¹³⁹ Ett stort steg i utvecklingen var 1942 då de organiserade sig i två yrkesföreningar: Svenska Preparatistföreningen (SPF) vars medlemmar arbetade med histologiska, anatomiska och patologiska preparationsarbete och Svenska Laboratrisföreningen (SLsF) vars medlemmar arbetade med kemiska, bakteriologiska och fysiologiska laborationer. De engagerade sig i utbildningsfrågan och arbetade för ett erkännande av sitt yrke och högre lön. Inträdeskraven var att man skulle ha utbildning vid minst två laboratorier.

Den första utbildningen hölls av de två yrkesföreningarna. Utbildningen fick statligt bidrag 1947 och tre inriktningar skapades: histopatologi, medicinsk klinisk kemi och bakteriologi. Tio år senare blev utbildningen statlig och utbildningar startade i Göteborg 1957, i Lund och Uppsala 1958, i Stockholm 1959 och i Malmö 1959 och följdes av vidare utbyggnad. Det första året kallades för laborantskola och andra året var specialisering i klinisk kemi, patologi och mikrobiologi, och 1962 tillkom specialiseringar i klinisk fysiologi och allmän kemi.

I samband med organiseringen 1942 bestämde man sig för att titlarna skulle vara preparatris och laboratris, vilket också var en demarkation dels

¹³⁸ Persson 1994, s 161–167, 180, 223–226.

¹³⁹ Ibid., s. 266ff.

för det kvalificerade arbetet, dels mot de andra grupper av tjänstekategorier som arbetade i laboratorium men som inte hade lika lång utbildning som de. Från och med 1961 gick de två föreningarna upp i en, som tre år senare bytte namn till Svenska Laboratorieassistentföreningen (SLF). 1962 blev tjänstetiteln laborationsassistent.¹⁴⁰ Sammanslagningen kan ses som en amalgamerande aktivitet att stärka den publika jurisdiktionen hos en enhetlig yrkesgrupp som utför laboratorieuppgifter. Demarkationen mot övriga tjänstekategorier på laboratoriet stärkte jurisdiktionen på arbetsplatsnivå.¹⁴¹

Understödjande och paradoxala processer för professionalisering

Genom parallella och paradoxala processer skapades det en rad konsekvenser för hälso- och sjukvården och dess yrken. Å ena sidan kan den kraftiga *expansionen* av hälso- och sjukvårdssystemet och av en rad yrken inom hälso- och sjukvården iakttas samtidigt som *rationaliseringsrörelsen* fick inflytande över dess styrning, bland annat genom åtgärder i syfte att optimera hälso- och sjukvårdssystemet. Å andra sidan sker en *enhetliggörande* och amalgamerande process genom yrkenas professionalisering, dvs. skapandet av *ett* yrke, *en* enhetlig utbildning och facklig mobilisering i *ett* fackförbund. Ur ett professionsteoretiskt perspektiv är amalgamation en kognitiv professionaliseringsstrategi som gör det möjligt att utvidga jurisdiktioner genom att maximera abstraktionsnivån.¹⁴² Genom att samla diverse praktiker under samma beteckning ges därmed en vision av enhet, men det utgör samtidigt en grundbetingelse för *intern differentiering*, dvs. specialisering.¹⁴³ I de följande avsnitten sammanfattas dessa processer och deras konsekvenser för den professionella medicinen.

Expansion och rationalisering

När det gäller expansionen har det funnits ett antal kvantitativa take-off inom fältet, som beskrivits tidigare. Utbyggnaden av lasarett kom efter 1860-talet att skjuta i höjden samtidigt som en måttlig utbyggnad av läkartjänster

¹⁴⁰ Persson & Wilhelmsson 2008, s. 17–19.

¹⁴¹ Abbott 1988, s. 105, 107, 239.

¹⁴² Ibid., s. 105.

¹⁴³ Weisz 2003, s. 556.

skedde. På 1900-talet pekade kurvan av tjänster allt brantare, men det var framför allt mellan 1920 och 1940 som antalet vårdplatser fick en kraftig utveckling, underbyggd av nya vårdplatser inom sinnessjukvården. Efter 1940 hade sjuksköterskorna sin stora boom och kurvan över deras tjänsteutveckling följde tätt på antalet vårdplatser. En något mindre brant kurva följde läkartjänsterna, men 1940 var det år då kurvan blev brantare även för dem (figur 6.2).

Efterkrigstiden innebar en konjunkturuppgång och den välfärdspolitik som förts hade inneburit en rad förstärkningar i trygghet och hälsa. Detta medförde billigare och mer lättillgänglig sjukvård samtidigt som antalet vårdplatser sköt i höjden. De resurser som tillfördes hälso- och sjukvården innebar en förstärkning av redan befintliga strukturer, dvs. kroppsmedicinen och deras nyckelyrken. Detta gällde också tillsynen av den sociala delen av hälsan, vilken inte fick en egen tillsynsmyndighet utan tillsynen inordnades under den kroppsmedicinskt dominanta Medicinalstyrelsen.¹⁴⁴ Akutvårdsmodellen förstärktes, vilket kan beläggas genom den effektivitetsökning som skedde vad gäller antal vård dagar totalt i relation till medelvårdtiden per patient, vilken var stadigt sjunkande.¹⁴⁵ Reproduktionen av de befintliga strukturerna innebar också att arbetsdelningen konsoliderades könsmässigt och klassmässigt samt att de yrken som tagit befälet över och inom hälso- och sjukvården även förstärktes. Rationaliseringsrörelsen arbetade inom strukturerna, vilket innebar en ytterligare förstärkning av de elitära skikten inom läkarkåren och sjuksköterskekåren och medförde möjligheter för användning av stängningsstrategier nedåt i hierarkierna, vilket var tydligast hos sjuksköterskorna, då andelen underordnade yrkesgrupper ökade. Trots expansionen av sjukvården hade man från statligt håll redan på 1930-talet börjat diskutera rationaliseringar och effektivitet inom vården, vilket så småningom vid 1960-talets slut ledde till att teoretiska och planerande uppgifter skildes åt från de manuella och utförande arbetsuppgifterna, och andelen hjälppersonal ökade.¹⁴⁶

Sociala och kulturella legitimeringsprocesser fortsatte inom sjukskö-

¹⁴⁴ Till saken hör dock att många folkhälsofrågor kom att tas om hand av arbetsmarknadens parter, till exempel olycksfall och arbetssjukdomar i det s.k. arbetsskyddet som blev en av kärnfrågorna i den svenska modellen. Detta hade sin grund i det huvudavtal som är allmänt känt under namnet Saltsjöbadsavtalet 1938. Thörnquist 2005, s. 12, 223–303.

¹⁴⁵ Redovisas i figur 6.2.

¹⁴⁶ Gustafsson 1987, s. 385–387, 406.

terskekåren genom utmejslandet av en professionsideologi där sjuksköterskans uppgift skulle avgränsas och revirmärkas gentemot läkarna i termer av tekniska och administrativa ansvarsfulla arbetsuppgifter och mot de underställda undersköterskorna och vårdbiträdena i termer av ledaruppdraget.

Fram till 1960-talets mitt hade definitionsarbetet i läroböcker och tidskrifter fortsatt av vad sjuksköterskans professionella arbete var, nu i relation till patienten istället för som tidigare i relation till läkaren. Hennes arbete formulerades som medmänskligt och skulle kunna möta själsliga och andliga behov genom tröst och stöd. Men i slutet av perioden kom man alltmer att tala om sjuksköterskan som arbetsledare med ansvar för samordning och hälsofrämjande fostran. Härmed får professionen draghjälp av social- och beteendevetenskapliga diskurser för att utvidga sitt uppgiftsområde och därmed göra anspråk på en utvidgad jurisdiktion.¹⁴⁷

Specialiserings- och professionaliseringsprocesser

Utvecklingen av regionvården innebar en institutionell förstärkning för specialiteterna, ökade läkarnas meriteringsmöjligheter och var därmed också en viktig faktor för den medicinska specialiseringens fortsatta utveckling.¹⁴⁸ Medicinens allt ökande differentiering i olika specialiteter tudelades under den här perioden också till en horisontell specialiseringsordning, som innebär att man satsat på utvecklingen av laboratoriespecialiteter, s.k. prekliniska specialiteter, till skillnad från en vertikal specialisering. Den skulle byggas kring smalare kliniska specialiteter som verkade understödjande för att hävda en specifik professionell kunskap, eftersom läkaren där hade kontroll över alla moment i diagnosticering och behandling.¹⁴⁹ Läkaren som individuell integrationsfaktor av teori och praktik blev därmed utmanad med den nya horisontella specialiseringsordningen. Laboratorieassistenterna fyllde en viktig funktion i utvecklingen av laboratoriespecialiteterna och den rådande horisontella specialiseringsordningen. Under den här tiden mobiliserade de sig fackligt, men fungerade i stort sett som assistenter till

¹⁴⁷ Rehn 2008, s. 95ff, 126ff.

¹⁴⁸ SCB 1970b, s. 45; SOU 1958:26; Gustafsson 1987, s. 366–367.

¹⁴⁹ Att utifrån ett koherent klassifikationssystem dra inferenser till diagnos och verksam behandling. Abbott 1988, s 35ff.

laboratoriespecialisterna och som medel i en höjd effektivitet i diagnosticeringsleden på sjukhusens laboratorier.¹⁵⁰

Sammantaget teknologiserades medicinen alltmer under 1900-talet genom diagnosticering via laborationstekniker. Behandling och övervakning skedde allt oftare med apparater och industriellt framtagna mediciner. Teknologiseringen drevs i huvudsak från början av professionens egen kunskapsutveckling, och den individuella läkaren sågs som bärare av integration mellan teori och praktik. Men teknologiseringen bidrog till att skapa en mängd specialiseringar och nya relationer skapades mellan läkare och en industri av forskningsområden inom läkemedel, laborationstekniker och teknisk apparatur. Den vertikala specialiseringsutvecklingen hade konsekvenser för läkarens möjligheter att ha kontroll över alla moment i diagnosticeringen och därmed löpte de risk för att deras jurisdiktion försvagades. Läkaren var nu i mindre grad en individuell integrationsfaktor av teori och praktik. Det blev snarare så att kunskapen bars upp i materialiserad form, genom maskiner och läkemedel och kollektivt via samarbete mellan olika specialiteter.¹⁵¹

Specialiseringsprocessen är den som rör läkarna mest och som i mötet med professionaliseringsprocessen ger intressanta effekter. Läkares professionalisering bärs å ena sidan upp av en mytbildning kring medicin som ett enhetligt ämne och en huvudfigur – den kliniska läkaren med ett specifikt etos och som integrerar teori och praktik. Detta är ett resultat av *image making*, dvs. skapandet av en kulturell artefakt som ett led i övertygandet av en allmän publik och staten avseende anspråket på en viss jurisdiktion.¹⁵² Å andra sidan medför den ökande specialiseringen inom medicinen betingelser för uppkomst av *nya slags läkarkårer*, tydligast exemplifierad av mikrobiologer, patologer och medicinska kemister som ökar i antal i laboratoriespecialiteterna och som följer en horisontell specialiseringsordning. Den interna differentieringen kan ju både generera vad Abbott kallar för systemstörningar, *system disturbances*, eller att det professionella systemet *absorberar* dem.¹⁵³ Specialisering är något gemen-

150 Laboratorieassistenterna som har sitt ursprung i yrken som tekniskt biträde, laborationsbiträde eller preparator fick en enhetlig titel 1962. Persson och Wilhelmsson 2008, s. 17–19, 83–106.

151 Bejerot och Hasselbladh 2003, s. 110–111, 107.

152 Abbott 1988, s. 60.

153 Ibid., s. 117.

samt för samtliga professioner i denna analys. Även om det sker vid olika tidpunkter och på olika sätt, så är det frågan om hur en ökad intern differentiering framgent påverkar läkarprofessionen och de andra uppgiftsfält som behandlats i detta kapitel.

Den professionella medicinens transformationer och utmaningar

Avsnittet behandlar hur läkarnas professionella kunskap – medicinen – konstruerats genom utbildning och genom professionaliseringsstrategier som enhetlig bas för professionens arbete. Konsekvenser av detta enhetliggörande och dessa specialiseringsprocesser diskuteras. Kapitlet avslutas med en sammanfattning av den professionella medicinens framväxt, uppsving och glansdagar.

Den professionella medicinska kunskapens "kärna"

Medicinens professionella kunskap är ett konglomerat av olika ämnen som förmedlats via obligatoriska ämnen i utbildningen som konstruerats som medicinens "kärna". Det har varit naturvetenskapliga ämnen som fysik, kemi och biologi och humanvetenskapliga ämnen som anatomi, fysiologi och kirurgi. Frågan är hur man ska se på denna "kärna" då det som utgör medicin har förändrats över tid och i takt med nya vetenskapliga rön och beroende på nationell hälso- och sjukvårdspolitik. Det finns dock en vinst för en profession att enhetliggöra i det här fallet ett eget akademiskt område. Man kan med Abbotts terminologi se medicinens professionella kunskap som en *amalgamation*, dvs. en sammansmältning, som en strategi att upprätthålla maximal abstraktion över ett område där man gör anspråk på jurisdiktion.¹⁵⁴ Men genom det bakteriologiska genombrottet och det

154 Maximal abstraktion handlar i Abbotts mening om att ge något som inte uppenbart hänger samman ett intryck av helhet som gagnar professionen som helhetsidé. Ordet paraplybegrepp ligger nära till hands. Konstruktionen av "medicin" har bestått av en samling andra discipliner/sub-discipliner, t.ex. anatomi inkl. jämförande anatomi, fysiologi inkl. fysik, histologi, farmakologi, allmän patologi, medicinsk kemi, ämnen som ingick i medicine kandidatexamen 1907 (Bergstrand, 1963, s 112). "Medicin" är ett exempel på ett kollektivnamn eller kollektivart som enligt Svenska Akademiens Ordbok betyder: KOLLEKTIV-ART. bot. art (enl. äldre uppfattning) som omfattar flera varandra mycket närstående, men bestämt skilda, konstanta "småarter"; sammelart.

biomedicinska paradigmskiftet gick medicinen från att vara en mer eller mindre icke-hierarkisk samling av kunskaper från olika discipliner till en hierarkisk struktur, där den biomedicinska nosologin kom att utgöra en kompakt bas i medicinens kunskapskärna, dess *heartland*.¹⁵⁵

Medicinen har dock sträckt sig utöver sin jurisdiktion och är aktiv även inom områden där den biomedicinska modellen inte enväldigt kan gälla. Genom enhetliggörande av läkarkåren till *en* kår med *ett* uppgiftsfält, har man lyckats övertyga stat och allmänhet om denna professions kompetens och rätt till viss professionell verksamhet, med Abbotts terminologi publik och legal jurisdiktion. Professionen framstår då som homogen med skarpa gränser med objektivt definierade uppgifter, vilket gör att deras aktiviteter blir relativt lätta att förstå sig på och kan framställas som effektiva.¹⁵⁶ De negativa konsekvenserna av amalgamering är att man bygger in en heterogenitet, vilket skapar en inre spänning som hela tiden ska hållas under kontroll. Man kan säga att på samma gång som professionaliseringssträvandena började arbeta uniformerande eller enhetliggörande, så började specialiseringen arbeta differentierande. Resonemanget bygger på de tidigare avsnitten och analyseras här ytterligare i det följande avsnittet.

Medicinens specialiseringar har således utifrån de två urformerna medicin och kirurgi börjat en differentieringsprocess som i mångt och mycket bygger vidare på de akademiska ämnen som ingått i den tidiga läkarutbildningen. En viktig omorientering för läkarvetenskapen var dock den tanke som byggde på att man öppnade de avlidnas kroppar och studerade kroppens inre för att få veta vad de dött av. Ämnet anatomi knoppades av till en sjukdomslära, dvs. den anatomiska patologin. Genom studiet av kroppens organ och vävnader samt kroppens vätskor (blod, urin) och med mikroskop som verktyg fortsatte utvecklingen av möjlighetsbetingelser för specialiseringen för medicinsk kemi och fysiologi. Studier av cellerna och deras patologi utvecklade cellularpatologin och studiet av bakterier och svampar gav grunden för bakteriologin. Arbetet i laboratorierna förändrade också den teoretiska förståelsen av sjukdomar och förändrade nosologin från en symtomklassificering till en orsaksgrundad sådan.

Förutom argumenten att det är naturvetenskapen, teknikens och medicinens utveckling som leder till specialiseringen finns alternativa sätt att

¹⁵⁵ Nosologi, sjukdomsklassificering. Abbott 1988, s. 99, 104.

¹⁵⁶ Ibid., s. 105, 107, 239.

förklara detta. Sammanslagningen av teoretisk medicin och kirurgi till en profession samt skapandet av en enhetlig utbildning – och att forskningen kallades just medicin – var en viktig första grund. En andra förutsättning var den kollektiva viljan att utvidga medicinens område och att det bara var genom en specialisering som detta kunde ske, eftersom kunskapssynen inom den akademiska medicinen byggde på upprepade rigorösa observationer av ett stort antal sjukdomstillstånd. Det behövdes också stödjande institutionella villkor för att specialiseringen skulle kunna utvecklas vidare till etablerade specialiteter. Dessa institutionella villkor var relaterade till en framväxande administrativ rationalitet på 1800-talet med ursprung i Paris, vilken handlade om att hantera stora populationer genom en passande klassificering som sorterade människor i vårdkategorier.¹⁵⁷

Till utvecklingen av specialiteter har en rad omständigheter bidragit: ett kvalitativt take-off – en kognitiv vändning genom den patologiska anatomin när man började söka efter sjukdom inne i döda kroppar och inte i luft-sammansättningar m.m., samt den tekniska utvecklingen av verktyg som gjorde att man också kunna titta in i levande människors kroppar, vilket i sig förändrade det intressefokus som specialiteterna kunde utvecklas kring. Den parisiska medicinska skolan var uppdelad efter organ; en mer omfattande förändring skedde i synen på kliniska färdigheter och framför allt att utveckla kunskap och förmedla den. Härmed gjordes en distinktion mellan de mediokra läkarna, som kunde bli skickligare genom att fokusera på ett par sjukdomar, och de mer begåvade läkarna som genom specialisering verkligen kunde utveckla kunskapen. Denna distinktion kom från ett nytt framväxande medicinskt vetenskapligt sällskap i Paris. Läkare som var antingen medicinare eller kirurger fick samma legitimation, vilket innebar en sammansmältning till *ett* distinkt yrke och medförde samtidigt att en intern segmentering enkelt kunde ske. Utvecklingen av specialistsjukhus och specialavdelningar bidrog också till att upprätthålla principen om behovet av tillräckligt många patienter med samma sjukdom för att kunna studera sjukdomarnas förlopp. Med andra ord var det inte någon distinkt gräns mellan praktikern och forskaren från början, men senare kom det att bli fokus på den medicinska skolningen och forskningen.¹⁵⁸

Sammanfattningsvis kan specialiseringen sägas vara sprungen ur ett

¹⁵⁷ Weisz 2003, s. 536–575.

¹⁵⁸ Weisz 2003, s. 536–575.

system av konkurrens som baseras på utveckling av medicinsk kunskap, vilket i sig stimulerat specialisering samt hanteringen av klassificerande kategorier utifrån en byråkratisk rationalitet i stora institutionella strukturer.¹⁵⁹ Sedan 1950-talet har specialisering blivit karaktäristiskt för den nutida medicinen på grund av biomedicinens beroende av teknologi, biologisk forskning, storskaliga kliniska försök och höga kostnader. I likhet med andra länders utveckling av kontroll för medicinsk specialisering finns ett antal dilemman och utmaningar. Hälso- och sjukvårdssystemen har fått hantera den stora numerära utvecklingen av ett antal specialister, vilket i sig kan äventyra en integrerad primärvård. Ofta handlar det om att generalisten eller allmänläkaren får begränsa tillgången till specialister genom remissförfaranden. Kontrollsystemen ska begränsa tillgången till specialistutbildning och samtidigt stärka generalistkunskaperna eller skapa nya bredare specialiteter såsom opererande specialiteter eller invärtesmedicin. Många av specialiteterna har vuxit fram ur forskningens innovationer.¹⁶⁰ Andra har kommit ur ett behov av att göra något för en viss kategori, till exempel geriatrik avseende äldrevård (*klientdifferentiering* i Abbotts mening).¹⁶¹ Men de har genom sin stora ökning ansträngt de tidigare regulativa ramverken. En ojämn tillförsel av specialister är något som man även känt av internationellt, varvid man från statens sida försökt styra över specialister till bristområden. Skiljelinjen mellan generalisterna och specialisterna leder över till frågan om den interna differentieringen också har en hierarki.

Sjukdomars och specialiteters prestige ger en bild av ett högt värderat läkararbete som är handlingskraftigt, arbetar med objektiv diagnostik utifrån ett naturvetenskapligt förklaringsperspektiv och använder avancerad teknik för att behandla akuta, livshotande sjukdomar i "ärbara" organ som hjärta och hjärna på relativt unga människor. Och det motsatta gäller då för de mer kroniska tillstånden med oklar diagnosticering. Långvården kan exemplifiera botten i en medicinsk hierarki; dels beroende på åldrandets låga värde, dels beroende på distinktionen mellan botandet och vårdandet, där botandet har högre status.¹⁶² Prestigen hos olika specialiteter och sjukdomar kan förstås i relation till de historiska organiseringsmönstren i den

¹⁵⁹ Ibid., s. 554.

¹⁶⁰ Jfr Abbotts syn på teknologins utveckling som yttre påverkansfaktor på professionen och vars konsekvenser är bland annat absorption genom specialisering, Abbott 1988, s. 143ff.

¹⁶¹ Ibid., s. 122.

¹⁶² Orban 1992 i Einarsdottir 1997, s. 220–221.

svenska hälso- och sjukvårdens framväxt, närmare bestämt gränsen mellan kirurgi, ”konkret iakttagbara och snabbt fortskridande hjälpbehov”, och medicin, ”diffusa, svårtolkade och långsamt fortskridande otillräcklighetstillstånd”, och att hälso- och sjukvården huvudsakligen konsoliderats utifrån en akutvårdsmodell som grundlades kring 1860-talet.¹⁶³

Medicinska funktioner som bot och vård utgör således två poler utifrån en inre hierarkisk differentiering.¹⁶⁴ Dessa skillnader har även diskuterats internt av läkarkåren i termer av läkaren som ”social biktfader” eller ”medicinsk expert”. Men det finns även andra polariseringar och demarkationer inom läkaryrket. Dessa är status, karriärmönster, arbetstider, arbetsplatser, forskning och formella kvalifikationer. När det gäller specialitetens status finns det olika förklaringar. Det handlar om den biomedicinska kunskaps-hierarkin och vad som betraktas som medicinsk ren respektive oren kunskap. Här kan paralleller dras till teorin om intern differentiering inom professioner och där den högsta statusen tillfaller dem som arbetar i den mest ”rena” professionella miljön. En företeelse som enligt Abbott hör till *professionell regression*, vilken innebär att professionerna tenderar att dra ihop sig, bort från gränserna för deras jurisdiktioner.¹⁶⁵ En annan statushierarki är formad kring den professionella läkarrollen som handlar om kontinuumet mellan bot och vård, som nämndes tidigare, men som också kan hänföras till den professionella kunskapens kärna. Ytterligare en statushierarki rör sig kring hälso- och sjukvårdens sociala och fysiska organisering, där sjukhuset bildar säte för läkarens och medicinens självklara domän och där sjukvård utanför sjukhuset tenderar att minska läkarens auktoritet genom samarbeten med andra professionella där man måste kompromissa mer.¹⁶⁶

Status kring sjukdomars och medicinska specialiteter bidrar också till en viktig hierarkisk ordning och slutligen en statushierarki som bygger på forskningsanknytningen där den prekliniska (teoretiska) grundforskningen står i centrum, mellanpositionen innehas av klinisk forskning och till sist icke forskningsrelaterat kliniskt arbete är perifert. När det gällde allmän-medicinens och psykiatrins status kunde den förklaras av tre faktorer: yrkenas perifera positioner avseende kognitivt innehåll i relation till det biomedicinska paradigmet, arbetsplatsrelaterade faktorer avseende en perifer

¹⁶³ Gustafsson 1987, s. 329–333, 354–355.

¹⁶⁴ Einarsdottir 1997, s. 195; Carlhed 2007, s. 295ff.

¹⁶⁵ Abbott 1988, s. 118.

¹⁶⁶ Jfr *ibid.*, s. 120.

lokalisering samt slutligen deras relation till läkarrollen (bota eller vårda). Om man inte har tillgång till effektiva behandlingsmetoder utan kanske bara kan tillhandahålla en ”diagnostisk apparat” blir läkarrollen stympad, därför blir de specialiseringar som hanterar de mer oklara sjukdomsorsakerna och därmed oklara behandlingsmetoder också stympade.¹⁶⁷ Socialmedicinen är en sådan specialitet, som har en relativt sen debut inom universitetet. Den fick sina två första professurer 1958.¹⁶⁸ I relation till den statushierarki som presenterades ovan, kan man säga att socialmedicinen gör anspråk på att kunna diagnosticera, bota och vårda genom en diagnos på befolkningens ohälsa och ge förslag på interventioner som kan antingen bota eller lindra ohälsan. Relationen till det biomedicinska kunskapsparadigmet är dock en svag länk, då det är komplexa förhållanden i individers livsstil och miljö som ska sammankopplas med kroppsliga symtom.

Att formulera ett problem inom socialmedicin i termer av objektiva mätbara kvaliteter i likhet med naturvetenskapens epistemologi är svårt. Det är mycket lättare inom biomedicinen att presentera synbar evidens i form av en bakterie som invaderar en fysisk kropp. Socialmedicinen arbetar med en betydligt svårare konstruktion av forskningsproblemet samt en enorm komplexitet både i mätning av effektiva interventioner och i förklaringar av sjukdom sprungen ur sociala missförhållanden, sådant som inte direkt kan iakttas utan handlar om svårfångade fenomen. Även avståndet mellan livsstilssjukdomar och den biomedicinska förklaringsmodellen öppnar upp för jurisdiktionell sårbarhet.¹⁶⁹ Dessutom innebär socialmedicinens lösningar och interventioner ofta omvälvande förändringar av livsvillkoren generellt eller en rättvis tillgång till hälso- och sjukvård, vilket i sig handlar om politiska interventioner. Om problemet kan lösas politiskt och genom lagstiftning, riskerar professionen att tappa i legitimitet avseende synen på dem som experter, då lyckade professionaliseringsstrategier förmår hålla en viss del av kunskapen om orsaken/diagnosen av problemet och interventionen hemlig inom professionen. De huvudsakliga principerna i professionellt arbete är vetenskapen som grunden till legitimering av professionerna och hur man använder referensen till vetenskapen i sitt professionella arbete. Det är därför fun-

¹⁶⁷ Einarsdottir 1997, s. 195, 222–223. Hon bidrar även med en diskussion om doktorsexamen som en demarkation inom läkarkåren, *ibid.*, s. 113, 165–167, 268–270.

¹⁶⁸ Janlert 2009, s. 404, 406.

¹⁶⁹ Colligation i Andrew Abbotts terminologi, se Abbott 1988, s. 41.

damentalt för professioner att kunna klassificera ett problem (diagnostisering), kunna förklara det (inferens) och kunna agera utifrån informationen (behandling).¹⁷⁰

Konklusion – den professionella medicinens framväxt, uppsving och glansdagar

Genom denna exposé om den professionella medicinens framväxt i Sverige och ett par av dess yrken har en process av professionellt uppsving och glansdagar skisserats, dock med breda penseldrag.¹⁷¹ Analysen har rört sig kring utvecklingen av en specifik *medicin* – biomedicinen med ett specifikt vetenskapligt grundat kunskapsinnehåll. Detta kunskapsinnehåll har fungerat som en legitimerande resurs i läkarkårens professionaliseringssträvanden och anspråk på jurisdiktion. Förändringar i sättet att se på sjukdom/hälsa har setts som två kvalitativa take-off för läkarna, som i och med detta utvecklat ett professionellt kunskapsområde och ett abstrakt kunskapssystem. Den biomedicinska nosologin har fungerat som en kognitiv karta över deras *heartland* – dvs. ett uppgiftsområde som relateras till biomedicinsk vetenskap, där de har absolut kontroll och som är reglerat rättsligt. Medicinen har på så sätt en kompakt inre kunskapskärna om man talar med Abbotts terminologi.¹⁷² Dock uppvisar den interna sociala strukturen och framför allt differentieringen i specialiteter tecken på att försvaga professionen och istället ge uttryck för nya subläkarkårer som baseras på specialiteterna.

Professionaliseringsprocesserna har analyserats i relation till det framväxande och differentierade hälso- och sjukvårdssystemet samt till en framväxande statsadministration och välfärdsstat. Analysen har visat betydelsen av organisatoriska traditioner som guidat politiska investeringar och utbyggnad av hälso- och sjukvården. En tidig och snabb organisatorisk utbyggnad som följde akutvårdslogiken har varit en konsoliderande faktor för den professionella medicinen, dvs. det vi idag kallar för det biomedicinska paradigmet. De organisatoriska förutsättningarna och det nya paradigmet skapade en lyckad kombination av sociala och kognitiva faktorer

¹⁷⁰ Ibid., s. 35–58.

¹⁷¹ I Carlhed 2013 finns en koncentrerad framställning av föreliggande analys. I en kommande bok underbyggs resonemangen och analysen i detta antologibidrag utifrån ett mer detaljerat källunderlag, Carlhed Ydhag, under utgivning.

¹⁷² Abbott 1988, s. 71.

vilket underlättade vägen till legal och kulturell jurisdiktion. Interaktionen mellan expansion av hälso- och sjukvårdssystemet (ökat antal institutioner, tjänster, utbyggnad av utbildningarna) och senare rationaliseringsaktiviteter som trimmade systemet enligt organisatoriska traditioner samt parallellt professionaliseringsarbete (kamp om hegemonin samt uniformerande processer) skapade olika villkor för de olika yrkesgrupperna och fraktioner inom dessa. För sjuksköterskornas del har det handlat om att utvidga sin jurisdiktion gentemot läkarna, vilket medfört interprofessionella strider. Men de har också använt exkluderingsstrategier gentemot undersköterskor och vårdbiträden.

Om man ser till den sociala strukturen hos den medicinska professionen, har vi kunnat rekonstruera en kedja av transformationer i termer av dels konstituerande händelser, dels amalgameringar, dvs. vetenskapligt sällskap, facklig mobilisering, enhetliggörande av kåren och utbildningen. Läkarna fick även tidigt en stark övervakande funktion i fältet som hjälpte dem att effektivt hävda jurisdiktioner, både legalt och kulturellt. Samma typ av amalgamerande strategier kan iakttas hos sjuksköterskorna i början av 1900-talet och hos laborationsassistenterna drygt ett halvt sekel senare. Det politiska och mobiliserande arbete det innebar att enhetliggöra kårerna var identitetsformerande.

Om tiden före de gyllene åren kännetecknades av förvetenskapligande av samhällets områden och verksamheter, kan efterkrigstiden istället kallas för en tid av församhälleligande av vetenskapen. I en tillbakablick på den många hundra år gamla utvecklingen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kan man sluta sig till att det, utöver de kortare pendlingarna mellan decentralisering och centralisering, ändå varit en förskjutning till en centralisering av naturliga skäl, dvs. den framväxande nationalstaten och dess statsadministration som bildat en offentlig instans som en mellannivå mellan medborgare och sjukvård. Framväxten av den offentliga instansen har skett på bekostnad av en privat marknad. En förskjutning har således skett i betoning av efterfrågan på individers tjänster (kirurgen, jordemodern) till tjänster som kollektiv erbjuder (läkarkåren, sjuksköterskekåren eller biomedicinska analytiker), dvs. professionerna. Hur dessa professioner förhållit sig till att underordnas staten har detta kapitel analyserat.

En intressant fråga är i hur stor utsträckning läkaren som professionsfigur kan rymma en alltmer differentierad praktik samt hur ämnet medicin som paraplybegrepp tål den alltmer finfördelade specialiseringen.

Professionsforskare som är intresserade av hur vetenskaplig kunskap och professionell kunskap hänger samman med en samhällets arbetsdelning och mobilisering av professionella skikt behöver således i framtiden även rikta blicken mot specialiseringens ”professionaliseringsprojekt” och specialistens etos. Professionalismen är nog inte död men tar nya uttrycksformer.

Referenser

- Abbott, Andrew (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Abbott, Andrew (2005). ”Linked ecologies. States and universities as environments for professions”. *Sociological Theory* 23 (3): 245–274.
- Agevall, Ola & Olofsson, Gunnar (2013). The emergence of the professional field of higher education in Sweden. *Professions & Professionalism* 3 (2).
- Areskog, Nils-Holger & Ström, Gunnar (1983). ”Sektionen för klinisk fysiologi”. I: Rössner, Stephan (red.) *Svenska Läkaresällskapet 175 år*. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet, s. 84–87.
- Bejerot, Eva & Hasselblad, Hans (2003). ”Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården”. *Arbetsmarknad & Arbetsliv* 9 (2): 107–127.
- Bergstrand, Hilding (1963). ”Läkarekåren och provinisalläkareväsendet”. I: Kock, Wolfram (red.) *Medicinalväsendet i Sverige*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag.
- Beronius, Mats (1994). *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia. Eller till den vetenskapliggjorda moralens genealogi*. Stockholm: Symposion.
- Bjurulf, Bo H. & Swahn, Urban (1980). ”Health policy proposals and what happened to them: Sampling the twentieth-century record”. I: Heidenhemer, Arnold J. & Elvander, Nils (red.) *The shaping of the Swedish health system*. London: Croom Helm, s. 75–98.
- Björkquist, Erik & Flygare, Ivar (1963). ”Den centrala medicinalförvaltningen”. I: Kock, Wolfram (red.) *Medicinalväsendet i Sverige*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag.
- Bourdieu, Pierre (1995). *Praktiskt förnuft. Bidrag till en handlingsteori*. Göteborg: Daidalos.
- Bourdieu, Pierre (1996). *The state nobility. Elite schools in the field of power*. Cambridge: Blackwell & Polity Press.
- Brante, Thomas (2010a). ”State formations and the historical take-off of continental professional types: The case of Sweden”. I: Svensson, Lennart G. & Evetts, Julia (red.) *Sociology of professions. Continental and Anglo-Saxon traditions*. Göteborg: Daidalos.
- Brante, Thomas (2010b). ”Professional fields and truth regimes: In search of alternative approaches”. *Comparative Sociology* nr 9, s. 843–886.

- Callewaert, Staf (2003). *Fra Bourdieus og Foucaults verden – paedagogik og sociologi, diskurser og praktikker efter det moderne*. Köpenhamn: Akademisk Forlag.
- Carlhed, Carina (2007). *Medicinens lyskraft och skuggor – om trosföreställningar och symbolisk makt i habiliteringen 1960–1980*. Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala Studies in Education 116. Uppsala: Uppsala University.
- Carlhed, Carina (2013). The rise of the professional field of medicine in Sweden. *Professions & Professionalism* 3 (2).
- Carlhed Ydhag, Carina (under utgivning). *Uppkomsten av en legitim medicin. Läkares, sjuksköterskors och laboratoriebiträdens formering*. Stockholm University Press.
- Comte, Auguste (1991). *Om positivismen. Tre klassiska texter*. Göteborg: Bokförlaget Korpen.
- Desrosières, Alain (1998). *The politics of large numbers. A history of statistical reasoning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Dillner, Elisabet (1963). "Sjuksköterskeväsendet". I: Kock, Wolfram (red.) *Medicinalväsendet i Sverige*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag, s. 618–644.
- Einarsdottir, Torgerdur (1997). *Läkaryrket i förändring. En studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering*. Monographs from the Department of Sociology. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Eklöf, Motzi (1998). *Läkarna och kvacksalveriet*. Res Publica 40. Brutus Östlings Bokförlag.
- Eklöf, Motzi (2000). *Läkarens ethos. Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960*. Linköping Studies in Arts and Science 216. Linköping: Linköpings universitet.
- Emanuelsson, Agneta (1990). *Pionjärer i vitt. Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden 1851–1939*. Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund SHTF.
- Eriksson, Bengt Erik & Qvarsell, Roger (red.) (2000). *Samhällets linneaner: Kartläggning och förståelse i samhällsvetenskapernas historia*. Stockholm: Carlsson.
- Foucault, Michel (2000). *Klinikkens fødsel*. Köpenhamn: Hans Reitzels forlag.
- Freidson, Eliot (1970). *Professional dominance. The social structure of medical care*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Freidson, Eliot (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Blackwell Publishers & Policy Press.
- Förhammar, Staffan (2004). "Lytt, abnorm, invalid, handikappad och funktionshindrad". I: Förhammar, Staffan & Nelson, Marie C. (red.) *Funktionshinder i ett historiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Graninger, Ulrika (1997). *Från osynligt till synligt. Bakteriologins etablering i sekel-skiftets svenska medicin*. Linköping Studies in Art and Science 163. Stockholm: Carlssons förlag.
- Gustafsson, Rolf Å. (1987). *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i ett historie-sociologiskt perspektiv*. Stockholm: Esselte Studium.

- Gustafsson, Rolf Å. (2000). *Välfärdstjänstearbetet. Dragkampen mellan offentligt och privat i ett historie-sociologiskt perspektiv*. Göteborg: Daidalos.
- Holme, Lotta (1996). *Konsten att göra barn raka. Ortopedi och vanförevård i Sverige till 1920*. Linköping Studies in Art and Science 144. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Janlert, Urban (2009). Socialmedicinens väg till specialitet, *Socialmedicinsk tidskrift* vol. 5, s. 402–409.
- Johannisson, Karin (1990). *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*. Stockholm: Norstedts.
- Johannisson, Karin (1994). "The people's health: Public health policies in Sweden". I: Porter, Dorothy (red.) *The history of public health and the modern State*. Clio Medica, 26. Amsterdam: Rodopi, s. 165–182.
- Johnsson, Eva & Svensson, Lennart, G. (2013). "Social integration as professional field: Psychotherapy in Sweden". *Professions & Professionalism* 3 (2).
- Kock, Wolfram (1948). "Sjukhusväsendets utveckling i Sverige". I: Edén, Einar & Johansson, Sven (red.) *Svenska sjukhus. En översikt av det svenska sjukhusväsendets utveckling till 1900-talets mitt*. Första delen. Stockholm: Gothia.
- Kock, Wolfram (1963). *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962*. Stockholm: Nordiska Bokhandelns förlag.
- Kock, Wolfram (1989). *Medicinhistorisk exposé*. Södertälje: Fingraf.
- Lagerkvist, Ulf (1999). *Karolinska institutet och kampen mot universitetet*. Hedemora: Gidlunds.
- Lannerheim, Lena (1994). *Syster blir till. En sociologisk studie av sjuksköterskeyrkets framväxt och omformering*. Monographs from the Department of Sociology 55. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Ohlsson, Ingrid & Qvarsell, Roger (2000). "De handikappade i historien". I: Tideman, Magnus (red.) *Perspektiv på funktionshinder och handikapp*. Stockholm: Skyttmo förlag.
- Palmblad, Eva (1997). *Sanningens gränser. Kvacksalveriet, läkarna och samhället, Sverige 1890–1990*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Persson, Bodil (1994). *När kvinnorna kom in i männens värld. Framväxten av ett kvinnligt yrke – Laborationsassistent under perioden 1880–1941*. Studia psychologica et Paedagogica Lund: Lunds universitet.
- Persson, Bodil & Wilhelmsson, Margaretha (2008). *Biomedicinsk analytiker – en profession att vara stolt över*. Lund: Studentlitteratur.
- Rehn, Helena (2008). *Framväxten av sjuksköterskan som omvårdnadsexpert. Meningsskapande om vård under 1900-talet*. Stockholm: Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- SCB Sveriges officiella statistik. Allmän hälso- och sjukvård 1911, 1920, 1921, 1922, 1940, 1950a, 1955, 1960a, 1968, 1970a.
- SCB Sveriges officiella statistik. Statistisk årsbok för Sverige 1919, 1925, 1948, 1950b, 1960b, 1970b.
- Schöldström, Ulf (2003). "Läkarförbundet under ett sekel". I: Sjöstrand, Nils O. (red.) *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003*. Stockholm: Läkarförbundet.

- Sjöstrand, Glenn (2013). The field of technology in Sweden: The historical take-off of the engineering professions. *Professions & Professionalism* 3 (2).
- Sköld, Peter (2000). "Kunskap och kontroll – framväxten av den svenska befolkningsstatistiken". I: Eriksson, Bengt Erik & Qvarsell, Roger (red.) *Samhällets linneaner*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- SOU 1958:26. *Regionsjukvården*.
- SOU 1961:8. *Om läkarbehov och läkartillgång*.
- Stolt, Carl-Magnus (1997). *Kaos och kunskap. Medicinens historia till år 2000*. Lund: Studentlitteratur.
- Sundin, Jan; Hogstedt, Christer; Lindberg, Jakob & Moberg, Henrik (red.) (2005). *Svenska folkets hälsa i ett historiskt perspektiv*. R 2005:8. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Svensson, Lennart G. (1980). *Från bildning till utbildning Del III. Universitetens omvandling från 1870-talet till 1970-talet*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Thörnquist, Annette (2005). "Arbetskydd och samhällsförändring i Sverige 1850–2005". I: Jan Sundin et al. (red.) *Svenska folkets hälsa i ett historiskt perspektiv R 2005:8*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Torstendahl, Rolf (1991). "Knowledge and power. Constraints and expansion of professional influence in Western capitalist society". I: Trow, Martin & Nybom, Thorsten (red.) *University and society*. London: Jessica Kingsley Publishers, s. 35–46.
- Weisz, George (2003). "The emergence of medical specialization in the nineteenth century". *Bulletin History of Medicine* vol. 77, s. 536–575.
- Åmark, Klas (1990). "Klasskamp och kalkylerbarhet". *Sociologisk forskning* nr 1, s. 20–37.
- Åmark, Klas (2005). *Hundra år av välfärdsolitik. Välfärdsstatens framväxt i Norge och Sverige*. Umeå: Boréa.
- Ödman, Per-Johan (1995). *Kontrasternas spel II – en svensk mentalitets- och pedagogikhistoria*. Stockholm: Norstedts.