

”Utspädningen av den svenska läkarkåren med utländska element”¹

Sveriges läkarförbunds argument mot rekrytering av läkare från Österrike 1950

Olle Jansson

Under ett par januariveckor 1950 befann sig tre företrädare från Medicinalstyrelsen i Österrike för att förhöra sig om landets läkarutbildning, dess sjukvårdssystem och tillgången på läkare. Denna rundtur hade föranletts av att österrikiska myndigheter hört av sig om möjligheterna för läkare att emigrera till Sverige.² Detta passade Medicinalstyrelsen väl, då denna beräknade att det fanns ett underskott på 220 läkare i Sverige.³ Antalet läkare behövde således, så som myndigheten såg det, utökas. Både för att komma till rätta med det rådande underskottet och för att antalet läkare på sikt behövde ökas kraftigt för att framtida expansiva hälso- och sjukvårdsreformer skulle kunna genomföras. Den österrikiska propån sågs därför som en möjlighet som näppeligen kunde försittas. Planerna möttes emellertid av ett kraftigt motstånd från Sveriges läkarförbund (SLF). Det är om denna strid över den ”österrikiska läkarimporten” (som den kallades i debatten) och de argument som SLF framförde emot förslaget som denna artikel handlar. Artikelnen kommer att peka på hur SLF använde sig av vad jag vill benämna som en *nationalistisk professionsstrategi* som syftade till att stänga ute utlandsutbildade läkare. Motståndet var omfattande men fick inget större gehör hos statsmakterna. Förslaget att rekrytera läkare från Österrike godkändes utan något större motstånd i riksdagen (förutom från de sex läkare som satt i den) i maj 1950 och året efter hade Medicinalstyrelsen rekryterat 60 läkare.⁴

SLF representerade vid denna tid en liten högutbildad grupp som många skulle säga utgjorde en samhällselit (1950 var antalet läkare i Sverige under 5 000, mot cirka 70 000 idag). Läkare som yrkesgrupp anses därtill utgöra en profession. Tidigare forskning har diskuterat huruvida och på vilket sätt professionsyrken och deras organisationer särskiljer sig från andra yrkesgrupper, särskilt hur de tillskansar sig kontroll över konkurrensen i sitt marknadssegment genom att försöka upprätthålla eller skapa regler som medför att yrket endast får utövas av den med den rätta utbildningen.⁵ Det finns därtill en spirande forskning, framför allt inom sociologi och

närliggande discipliner, som undersöker hur professionella praktiker stänger ute eller försvårar för utlandsutbildade att accepteras i sitt nya hemland. Sådana studier genomförs ofta utifrån enskilda läkares eller sjuksköterskors perspektiv.⁶ Det saknas däremot i hög utsträckning studier av hur professionella och fackliga organisationer som företräder läkare och andra högutbildade yrkesgrupper agerar för att stänga ute invandrare från sina yrken på en institutionell nivå.⁷ Samtida forskning pekar ofta på att olika länders regleringar för rätt att utöva yrket, det vill säga legitimationskrav, påverkar den internationella migrationen av läkare, sjuksköterskor och andra reglerade professionsyrken. Men det är alltså sällsynt att professionernas egna organisationers inverkan på dessa regleringar studeras närmare ur ett institutionellt perspektiv.⁸

Det är därför intressant att undersöka de argument som SLF framförde emot läkarinvandring från Österrike åren runt 1950. Den för sammanhanget valda fallstudien bedöms vara en lämplig ingång för att studera sådana frågor. Sverige hade i samband med andra världskriget givit en del flyktingläkare behörighet att verka i landet och några enskilda läkare hade invandrat efter kriget. Men det var genom ”läkarimporten från Österrike” som flera frågor ställdes på sin spets – hur många läkare behövdes och vilka krav skulle ställas på utlandsutbildade läkare? Medicinalstyrelsens plan ledde till en omfattande debatt – ett tecken på dess principiella betydelse – som sin tur lämnat efter sig ett rikligt textmaterial som möjliggör denna studie. Det övergripande syftet med artikeln är att beskriva och därefter förklara de argument som SLF framförde mot förslaget att ta in läkare från Österrike utifrån ett teoretiskt perspektiv som betraktar argument som uttryck för en bakomliggande facklig-professionell strategi. Ambitionen är att utöka våra kunskaper om hur fackliga organisationer som företräder yrkesgrupper med professionsanspråk argumenterar i invandringsfrågor för att begränsa konkurrensen i sitt marknadssegment.

Teoretiska perspektiv

Med argument avses här skäl eller bevis som framförs för eller emot något. Artikelns utgångspunkt är att argument som framförs av en aktör avspeglar en bakomliggande strategi.⁹ Därtill bör inte invandringsfrågan ses som en fråga för sig själv, utan som en del av ett bredare komplex av fackliga eller professionella utgångspunkter, mål och strategier.¹⁰ Tidigare forskning om fackliga organisationers agerande med avseende på invandring under 1900-talet har bedrivits ur olika teoretiska perspektiv. Den har emellertid ofta haft som utgångspunkt att fackliga organisationer på olika sätt försöker begränsa och kontrollera konkurrensen på arbetsmarknaden.¹¹ Exempelvis

genom att med kollektivavtal hindra underbudskonkurrens. Organisationer på arbetsmarknaden kan således betraktas som en form av kartell.¹²

Bland organiserade intressen på arbetsmarknaden anses ofta läkarorganisationer utgöra en särskild grupp präglade av kårens professionella strävanden. Professioner så som läkare och jurister är, eller vill framställa sig själva, och uppfattas, som annorlunda än andra yrkesgrupper. Professionalism, eller en professionell strategi, utmärker sig genom att yrkesgruppens organisationer ofta strävar mot att upprätta utbildnings- eller legitimeringskrav för att få utöva yrket.¹³ Teoretiskt har denna strategi många gånger beskrivits som en form av social stängning, eller inhägnad.¹⁴ Med social stängning (*social closure*) avses olika metoder genom vilka olika sociala grupper försöker tillskansa sig en privilegierad position på bekostnad av andra grupper. En framgångsrik professionsstrategi kan ge medlemmarna en status, ställning och trygghet som få andra organiserade grupper på arbetsmarknaden kan uppnå.

Social inhägnad är emellertid ett vitt begrepp som inbegriper en rad olika metoder och praktiker som inte på något sätt är unika för professionella grupper. Såväl sociala praktiker som lagstiftning kan exempelvis nyttjas av manliga arbetare för att begränsa konkurrensen från kvinnor på arbetsmarknaden, utan att dessa har några professionella anspråk i övrigt.¹⁵ I förhållande till invandrings- och invandrapolitik är inte heller skillnaden mot fackliga organisationer för arbetare glasklar. Fackliga organisationer kan genom att försöka påverka statens invandrings- och invandrapolitik utestänga presumtiva konkurrenter på arbetsmarknaden genom att de förvägras inrese- eller arbetstillstånd eller begränsas till vissa arbeten. Vad som ofta pekas på som utmärkande för professioner är emellertid den ovan nämnda ambitionen att upprätta formella hinder för andra att verka inom deras yrkesområde. Denna strategi har emellanåt kallats *credentialism*, krav på akademiska examina eller motsvarande för rätten att få utöva yrket.¹⁶ Detta är en metod för en konkurrensbegränsande social stängning som de flesta andra fackliga organisationer saknar.¹⁷ Medan andra fackliga organisationer kan föra fram ekonomiska eller sociala argument emot invandring, kan professionen hävda att de presumtiva invandrarnas kunskaper och färdigheter helt enkelt inte duger.

Ytterligare en omständighet av betydelse för de strategier och de argument som framförs är föreställningar om vilka som ingår i den grupp som en organisation vill företräda. En nationell facklig organisation är inte per automatik solidarisk mot arbetstagare från andra länder och är heller inte i de flesta fall opåverkad av nationalistiska föreställningar om "vi och dem" som är förhärskande i det samhälle inom vilket den verkar. För en organisation med en strategi som bygger på sociala inhägnader baserad på

utbildning och kunskap blir det särskilt viktigt då det också blir en fråga om att godkänna den utlandsutbildades kunskaper och färdigheter som likvärdig med den inhemska utbildningen. Om läkarna i ett land inte uppfattar att de utlandsutbildade läkarna har fått den utbildning och besitter de kunskaper som ligger till grund för yrkesgruppens anspråk men ändå vill och tillåts verka inom landet, är detta ett hot mot den professionella strategin. Den inhemska läkarkårens solidaritet mot invandrade läkare kan därför tänkas vara begränsad. De är ur deras perspektiv i strikt mening inte läkare, i alla fall inte inom landets gränser, och således del av "dem" (utlänningar) snarare än del av ett "vi" (läkarkåren). Denna skillnad adderar presumtivt ytterligare en dimension till en professionsgrupps syn på invandrare som vill verka inom deras yrke.

Givet intresset av att förhindra konkurrens på arbetsmarknaden skulle man tänka sig att fackliga organisationer alltid kommer att vara emot invandring, i synnerhet om invandrarna inte uppfattas tillhöra den nationella eller fackliga gemenskapen. Så har dock inte alltid varit fallet. Att fackliga organisationer ibland kan acceptera arbetskraftsinvandring kan förstås som följden av ett fackligt dilemma i valet mellan samarbete och motstånd mot invandring på den politiska arenan. Detta dilemma har särskilt framhävts i Rinus Penninx och Judith Roosblads inflytelserika antologi om fackföreningsrörelser och invandring i Europa under efterkrigstiden. Samverkan eller acceptans kan under förhållanden med stor efterfrågan på arbetskraft vara ett bättre strategiskt val, då en vilja att kompromissa kan underlätta för den fackliga organisationen att få insyn och inflytande på beslutsprocessen och därigenom på invandringens omfattning och inriktning.¹⁸ Val av metoder för att minska eller kontrollera konkurrensen från invandrare är alltså samtidigt beroende på vilka reella möjligheter som föreligger. det vill säga i vilken utsträckning som en facklig organisation har en faktisk möjlighet att påverka de lagar och regler för invandrare som staten upprättar.

Ett fungerande utbyte med staten kan vara viktig för de flesta fackliga organisationer – det facklig-politiska samspelet mellan LO och Socialdemokraterna torde vara ett exempel på detta – men är särskilt viktigt för ett organiserat intresse som eftersträvar upprättandet av sociala inhägnader och kunskapsmonopol. En yrkesorganisation kan upprätta sin egen yrkescertifiering för att signalera medlemmarnas kompetens (så som moderna tidens mästarbrev) till kunder och arbetsgivare. Men för att mer framgångsrikt upprätta ett kunskapsmonopol är legitimationskrav som regleras och upprätthålls av staten särskilt viktigt och eftersträvansvärt,¹⁹ i synnerhet om dess organisationer får vara med och påverka reglernas utformning. Den framgångsrika professionens anspråk på att besitta särskilda kunskaper som berättigar upprättandet av sociala inhägnader runt yrket innebär att den

kan hävda att dess uppfattningar och bedömningar av samhällets behov och vilka politiska val som ska fattas bör väga tungt när staten upprättar eller ändrar yrkesregleringar i dess segment av arbetsmarknaden. Samtidigt utgör denna strategi en viss risk, då staten kan ändra reglerna för rätten att utöva yrket om den uppfattar att professionens föreslagna inskränkningar är alltför strikta för att staten ska se dem som ändamålsenliga.

Tidigare forskning

Utifrån artikelns syfte finns det ett par fält inom vilka tidigare forskningsresultat är av särskilt stort intresse att förhålla sig till. För det första tidigare forskning om hur professionella yrkesgruppers organisationer har förhållit sig till invandrare och hur och om de försökt upprätthålla sociala inhägnader som stänger ute yrkesutövare från andra länder. För det andra tidigare forskning om andra fackliga organisationers agerande och argument på svensk arbetsmarknad vid samma tid, det vill säga under den tidiga efterkrigstiden.

I och med den ökande omfattningen av högutbildade migranter överhuvudtaget, och inte minst migrationen av vårdprofessionella, har intresset för sådana arbetstagargruppers migrationsmönster tilltagit i omfattning.²⁰ I såväl svensk som internationell forskning finns det många exempel på studier av såväl betydelsen av regleringar (så som krav på yrkeslegitimation) som de svårigheter det ofta innebär för invandrare att anpassa sig till, och bli accepterade, som yrkesprofessionella i ett nytt sammanhang. Utlandsutbildade läkare upplever exempelvis ofta ifrågasättande och skepsis mot deras kvalifikationer och kompetens från såväl arbetsgivare och kolleger som patienter, även om deras legitimation har blivit godkänd av berörda myndigheter.²¹

Det är däremot ovanligt med studier som undersöker hur de organisationer som företräder högutbildade yrkesgrupper förhåller sig till högutbildade invandrare samt hur och i vilken utsträckning de försöker påverka regler och institutioner för att förenkla, eller försvåra, för dessa grupper av invandrare. Invandring antas oftast vara ett konkurrenshot för arbetare och svagare grupper på arbetsmarknaden, medan högutbildade snarare gynnas.²² Hur de krav på legitimation och andra former av yrkescertifikat, inte minst inom hälso- och sjukvården, som försvårar för invandrare att utöva det yrke de lärt sig utomlands, och som professionsforskning i andra sammanhang ofta betraktar som ett resultat av framgångsrika strävanden för upprättandet av sociala inhägnader runt yrket, har dock sällan problematiserats i tidigare forskning. Detta trots att det är känt att olika länders regleringar för legitimerade yrken har en påtaglig effekt på utlandsutbildades

möjligheter att komma in på arbetsmarknaden.²³ Ett noterbart undantag är Dimitria Groutsis studie som visar på hur läkarkåren i Australien, genom att företrädare sitter med i nämnder och andra organ som bestämmer över ackrediteringsprocessen för utlandsutbildade läkare, både kunnat begränsa antalet och därtill främst tillåta dem att verka i de delar av landet som uppfattas som minst attraktiva för de inhemska läkarna.²⁴

SLF:s motstånd mot (framför allt) judiska läkare under mellankrigstiden är närmast okänt.²⁵ Det saknas dock studier av SLF:s invandrings- och invandrarpolitik under efterkrigstiden,²⁶ i alla fall om vi bortser från forskning om främst samtiden.²⁷ Däremot finns det en studie av historikern Sune Dufwa om rekryteringen av sjuksköterskor från flyktingläger i Tyskland och Österrike under tidig efterkrigstid, och som alltså är samtida med denna artikels fallstudie. Svenska Sjuksköterskeförbundets (SSF) agerande står i bjärt kontrast till den skildring av SLF som framträder i denna artikel. SSF tog faktiskt självt initiativ till denna rekrytering, även om den sedan organiserades av Medicinalstyrelsen. Dufwa pekar på två omständigheter som bidrog till att deras agerande gick stick i stäv mot denna artikels teoretiska utgångspunkter. För det första att det rådde en stor brist på sjuksköterskor i Sverige. Denna brist var inte något som gynnade svenska sjuksköterskor i form av högre löner eller liknande. Istället ledde sjuksköterskebristen till en mycket ansträngande arbetssituation (likt i vår egen tid, vågar jag nog påstå). Dufwa tror därför att SSF:s agerande vilade på ambitionen att underlätta arbetsbördan för sina egna medlemmar, men kanske också var ett uttryck av solidaritet med klassfränder och kolleger som riskerade en klassresa nedåt om de inte kom ifrån Centraleuropas flyktingläger.²⁸

Vi har däremot en omfattande tidigare forskning om hur LO och flera av dess förbund, framför allt Metallindustriarbetareförbundet, ställde sig till invandring under den tid som denna artikel uppehåller. En vanlig ståndpunkt från fackligt håll var att påståenden om arbetskraftsbrist var överdrivna eller endast av övergående relevans. Invandring var därför inte nödvändigt. Inte sällan framfördes argumentet att de som hade svårt att rekrytera arbetare erbjöd för låga löner, dåliga arbetsförhållanden och undermåliga bostadsförhållanden.²⁹ Det kanske vanligaste argumentet från fackligt håll under efterkrigstiden var vidare att om det verkligen förelåg en brist så fanns det inhemska arbetskraftsreserver som kunde nyttjas istället: äldre, partiellt arbetsföra och, framför allt, kvinnorna.³⁰ Eftersom kvinnor i mindre omfattning än män vid denna tid förvärvsarbetade kunde deras arbetskraft mobiliseras för att täppa till underskottet. Detta skulle dessutom vara mer samhällsekonomisk effektivt än invandring, då kvinnorna redan fanns inom landets gränser. Det har dock diskuterats om det LO föreslog kanske var ett avsiktligt svärgenomförbart alternativ. Historiken Yvonne

Hirdman har framfört att hänvisningen till (de gifta svenska) kvinnorna som alternativ var ett sätt för LO att upprätthålla bristen på arbetskraft, då inga eller få åtgärder samtidigt vidtogs för att minska bördan från deras förväntade och förgivettagna ansvar för hem och barn.³¹

Argument för alternativ kan likväl inte vara alltför ogenomförbara för att tas upp eller accepteras av andra aktörer. En viktig aspekt av fackliga strategier på detta område under efterkrigstiden är att arbetskraftsinvandring med tiden kom att accepteras. Historiken Johan Svanberg har pekat på att Metallindustriarbetareförbundets initiala motstånd mot invandring under senare hälften av 1940-talet började tonas ned och blir alltmer accepterande. Invandring ansågs nu istället kunna leda till ökad produktivitet, ekonomisk tillväxt och i förlängningen möjliggöra finansieringen av efterlängttade välfärdsreformer.³² Det var därtill inte längre politiskt hållbart att upprätthålla mellankrigstidens invandringspolitik; efterfrågeöverskottet på arbetskraft var alltför stort. Samarbete uppfattades därför som en mer fördelaktig strategi så länge fackförbunden fick ett visst inflytande över invandringens omfattning och former. Samtidigt arbetade LO och dess förbund för att säkerställa en principiell likabehandling på arbetsmarknaden med avseende på löner och sociala förmåner.³³ Utöver att detta var – eller kunde framföras som – ett uttryck för solidaritet mot utländska arbetare hade det också fördelen att det gjorde det svårare för arbetsgivarsidan att medelst utländsk arbetskraft undergräva de infödda arbetarnas löner och förmåner.

Samtidigt har ett antal studier pekat på exempel där fackliga organisationer och deras medlemmar argumenterat emot invandring med hänvisning till att invandrare inte hörde hemma på den svenska arbetsmarknaden. Solidariteten hade sina gränser och alla var inte välkomna i den fackliga gemenskapen.³⁴ För svenskt vidkommande koncentrerar sig tidigare studier om invandring av läkare och SLF:s syn på denna framför allt på det starka motståndet mot utländska (i synnerhet, men inte enbart, judiska) läkare under 1930-talet. Läkaren Ulf Högberg, som studerat SLF:s och Sylfs (Sveriges yngre läkares förening) inställning och argument mot utländska läkare under framför allt mellankrigstiden och andra världskriget menar att deras motstånd inte enbart går att förstå utifrån en vilja att förhindra utbudskonkurrens, utan att de i sina ställningstaganden präglades av utlänningsfientliga och antisemitiska föreställningar.³⁵

Andra studier har dock pekat på att förekomsten av öppet xenofobiska och rasistiska resonemang inom arbetarrörelsen avtog under mellankrigstiden.³⁶ Även om sådana förställningar kan ha fortsatt att prägla aktörernas tankebanor under efterkrigstiden blev det sällsyntare att sådana skäl anfördes som uttalade argument emot invandring. Flera studier har likväl kunnat visa på att såväl politiker som företrädare för arbetsmarknadens parter

under efterkrigstiden i sina resonemang ofta utgick från föreställningar om etniska hierarkier.³⁷ Med detta avses att de såg vissa nationaliteter som bättre lämpade för den svenska arbetsmarknaden än andra utifrån underliggande föreställningar om etniska eller kulturella skillnader.³⁸ Det råder i stort sett en samsyn om att politiker, företagsledare och fackliga företrädare under 1940-talet föredrog nordbor (emellanåt refererade som brödrafolken) före andra grupper av invandrare.³⁹ Denna preferens avspeglade sig i upprättandet av en gemensam nordisk arbetsmarknad under efterkrigstiden.⁴⁰

Material och tillvägagångssätt

Studiens främsta empiriska material utgörs av *Svensk Läkartidning (SLT)* samt av protokoll från Läkarförbundets centralstyrelse och verkställande utskott, verksamhetsberättelse och tillhörande bilagor som finns att tillgå i SLF:s arkiv för åren 1947–1953.⁴¹ Tillsammans ger dessa källor en god överblick över vilka frågor som berörde och engagerade landets läkare genom att *SLT* noggrant bevakade såväl riksdagsdebatter och insända riksdagsmotioner samt utredningar och förslag från offentliga utredningar och Medicinalstyrelsen. Många av dem, och även SLF:s kommentarer och remissvar, återgavs i sin helhet i *SLT*. Materialet har genomsökts i sin helhet efter hänvisningar till utländska läkare i allmänhet och frågan om den ”österrikiska läkarimporten” i synnerhet. Därefter har de argument som anförts kategoriserats i olika typer. Dessa presenteras i artikelns empiriska genomgång. Materialet har därefter analyserats med hjälp av artikelns teoretiska perspektiv och relateras här avslutningsvis till tidigare forskning.

Läkarkåren mot ”läkarimporten”

Genomgången av studiens empiriska resultat har följande upplägg. Först ges en bakgrund och beskrivning av den politiska kontext som omgärdade frågan. Därefter sammanfattas argumenten emot ”läkarimport” från Österrike fördelat på tre olika teman som representerar tre vanligt förekommande argument. Dessa är (a) ifrågasättande om det faktiskt fanns en brist på läkare, (b) de alternativa lösningar som föreslogs samt (c) huruvida österrikiska läkare överhuvudtaget var lämpliga att verka som läkare i Sverige.

Bakgrund och förutsättningar

År 1949 var det två frågor som dominerande SLF:s politiska arbete. Förbundets inställning i dessa frågor kom också att avspegla sig i dess motstånd mot den ”österrikiska läkarimporten”. Den första frågan var att SLF försökte

motarbeta ett antal förslag på reformer av den svenska hälso- och sjukvården, så som införandet av en allmän sjukförsäkring. Den andra frågan var att förhindra en utökning av antalet kandidater på läkarutbildningen. Dessa två frågor var intimt sammanlänkade, då det för de reformer som Medicinalstyrelsen och regeringen ville genomföra behövdes mer utbildad sjukvårdspersonal.

Det i detta sammanhang viktigaste reformförslaget som SLF var emot var den utredning för den öppna läkarvården (SOU 1948:14) som ofta refererades som den Höjerska utredningen efter Medicinalstyrelsens generaldirektör Axel Höjer.⁴² I korthet syftade utredningen till att presentera förslag för att genom statens försorg tillhandahålla fri öppenvård för alla landets medborgare samt få till stånd en ökad standardisering och samordning mellan den öppna och den slutna vården. Förslagen i utredningen ogillades starkt av SLF. Argument emot utredningens förslag var bland annat att en fri vård utan avgifter skulle leda till en överkonsumtion av vård, att den ökade styrningen skulle rycka undan förutsättningar för läkare att arbeta som "fria yrkesutövare" och göra dem till "sjukvårdstjänstemän" (en "socialisering av läkarkåren"), att införandet av ett taxesystem skulle innebära att läkare inte längre skulle få välja vårdform utifrån sin egen medicinska bedömning, att det skulle leda till en utökad och onödig byråkrati samt att reformen skulle undergräva patientens förtroende för läkaren.⁴³

Utöver de principiella invändningar som SLF hade mot den Höjerska utredningen så menade de också att förslagen i praktiken var ogenomförbara. Det fanns varken finansiella eller (än mindre) personella resurser för att omstöpa hälso- och sjukvården på det sätt som generaldirektören föreslog, menade SLF. Höjer var emellertid medveten om detta och föreslog därför att läkarutbildningen skulle mer än fördubblas för att täcka framtidens behov av läkare.⁴⁴ Även i denna fråga var SLF av motsatt uppfattning. Även om de erkände ett visst latent underskott på läkare i sitt remissvar till utredningen (ett "skenbart eller verkligt om än måttligt underskott") menade de att en expansion av läkarutbildningen inte kunde genomföras så snabbt som förslagen krävde. För det första ansåg de att det behövdes en noggrannare utredning av frågan, då det annars fanns en risk att situationen snart förbyttes i ett läkaröverskott. För det andra så skulle en kraftig utökning av antalet antagna till de medicinska fakulteterna ta akademiska arbetskraftsresurser från andra delar av samhället (fler läkare skulle leda till färre jurister eller lärare; det förutsattes alltid att det inte fanns några begåvningsreserver i samhället utanför den elit de själva tillhörde) och medföra en kraftig kvalitetsförsämring av den framtida svenska läkarkåren, då fler platser på utbildningarna skulle medföra att sämre kandidater antogs.⁴⁵

SLF:s och Sylfs motstånd mot en expansion av läkarutbildningen hade djupa rötter. Oro för en ”proletarisering” av läkarkåren hade förekommit sedan slutet av 1800-talet och läkarorganisationerna krävde återkommande neddragningar av antalet antagna till de medicinska fakulteterna under 1920- och 1930-talen. Andra, kanske framför allt socialdemokratiska politiker, menade snarare på det motsatta och hänvisade till det låga antalet läkare per invånare i Sverige i jämförelse med de flesta andra länder, inte minst grannländerna.⁴⁶ Företrädare för läkarkåren ville emellertid hävda att läkartätheten i ett land sade föga om folkhälsan.⁴⁷ SLF och Medicinalstyrelsen hade kort sagt diametralt olika uppfattningar om läkarbristens omfattning och hur den skulle bedömas.

Just bristen på samsyn med andra aktörer kan sägas ha präglat SLF:s roll och agerande i politiken under 1940- och 1950-talen. I tidigare forskning om SLF:s roll i samhället råder det i stort enighet om att förbundet på grund av sin ovilja att kompromissa och söka överlappande intressen med andra intressenter misslyckades att vinna inflytande på den förda politiken under stora delar av 1900-talet. En forskare har uttryckt det som att SLF under denna tid försökte överföra mellankrigstidens konfrontationer till efterkrigstiden.⁴⁸ Oviljan att kompromissa medförde att de ofta blev ignorerade och åsidosatta. Detta yttrade sig bland annat i att SLF fram till slutet av 1940-talet sällan var representerat i de kommittéer och utredningar där hälso- och sjukvårdens prioriteringar och framtidsplaner stakades ut.⁴⁹

Denna konflikt handlade om sakfrågor och om ideologi men var också i viss utsträckning personlig. SLF:s ordförande Dag Knutson och generaldirektör Höjer hade vid denna tid varit ovänner i över ett decennium.⁵⁰ Knutson hade som ordförande för Sylf varit en skarp kritiker av utländska läkare före och under andra världskriget (han var medgrundare av och medlem i det pronazistiska Samfundet Manhem).⁵¹ Socialdemokraten Höjer hade däremot i sin roll på Medicinalstyrelsen förordat intagandet av judiska läkare och då hamnat i konflikt med många framträdande läkare och då även Sylf och dess ordförande.⁵²

Frågan om ”läkarimporten” debatterades således i en kontext som präglades av konflikt och misstro mellan förbundet och statsmakterna. Men låt oss nu gå vidare till argumenten som anfördes i sakfrågan.

Ifrågasättande av det faktiska behovet

Den bakomliggande orsaken till att Medicinalstyrelsen ville rekrytera läkare från Österrike var den läkarbrist myndigheten ansåg förelåg. SLF:s första argument emot ”läkarimporten” var därför att, precis som tidigare i frågan om behovet av en utbyggd läkarutbildning, ifrågasätta att det fanns någon

brist. Det efterfrågades därför en ordentligare genomgång av läkarbristen innan det togs beslut för "läkarimport".⁵³ Då SLF inte litade på att Medicinalstyrelsen skulle beräkna läkarbristen på "rätt sätt" påbörjade förbundet sin egen undersökning.⁵⁴ I den kom SLF fram till att den totala bristen uppgick till 19 läkare, eller möjligen 64 om man räknade sådana tjänster som varit vakanta delar av året som gått. Läkarbristen fanns alltså, erkände SLF, men den var mycket mindre än vad Medicinalstyrelsen hävdade. Att ta in hundra läkare från ett annat land var inte en berättigad lösning på ett sådant marginellt problem. Därtill hävdade SLF även att läkarbristen, om den nu fanns, var direkt kopplad till den rådande högkonjunkturen. Det var den goda ekonomin som gjorde att människor sökte vård och om konjunkturen skulle gå ned skulle bristen minska och därmed också regeringens och Medicinalstyrelsens behov av att rekrytera österrikiska läkare.⁵⁵ Därför förelåg en risk, menade SLF, att när de österrikiska läkarna väl lärt sig tillräckligt för att göra någon skillnad, så kunde en lågkonjunktur medföra att efterfrågan på läkare minskat och att österrikarna då skulle vara överflödiga.⁵⁶

Just synen på framtiden var viktig i debatten. Det handlade inte bara, eller i första hand, om att förutspå utbudet av läkare under de kommande åren – detta var något så när förutsägbart, givet hur många som var inskrivna som kandidater vid de medicinska fakulteterna – utan om framtidens behov och efterfrågan.⁵⁷ Både SLF och Medicinalstyrelsen hade anlitat varsin aktuarie för att försöka förutse framtiden. Flera läkare som var aktiva i debatten gjorde dessutom sina egna beräkningar. De kom till olika resultat vilket kan sammanfattas med följande citat där *SLT* (troligen genom Knutson) kritiserar Medicinalstyrelsens aktuarie som i sin tur nyss kritiserat SLF:s rapport:

Vid bedömning av behovet av läkare måste noga särskiljas behovet av arbetskraft för den nuvarande sjukvårdsorganisationen och behovet för en kommande utveckling av densamma. Det är det förstnämnda behovet, som av läkarförbundet ansetts behöva i första hand utredas och det är med anledning av ett sålunda erhållet utredningsresultat man kan bilda sig en uppfattning om möjligheterna att utan särskilda åtgärder beträffande läkarnas numerär vidtaga en utbyggnad av sjukvårdsorganisationen. En sund och riktig utveckling fodrar att utbyggnaden håller jämna steg med tillgången på arbetskraft. Det har varit helt naturligt att vid utredningen hänsyn kunnat tagas endast till nuvarande sjukvårdsorganisation och de utvecklingstendenser, som nu kunna skönjas inom ramen av denna.⁵⁸

Oaktat beräkningsmetoder så handlade alltså den avgörande skillnaden mellan olika prognoser om vilka behov som skulle tillgodoses i framtiden. Hälso- och sjukvården i Sverige skulle enligt SLF anpassas till det inhemska utbudet av läkare, inte utifrån de välfärdsambitioner och reformförslag som Medicinalstyrelsen eller regeringen hade. Detta utbud var dessutom på både kort och lång sikt begränsat, men om man gav upp ambitionerna att utöka hälso- och sjukvården i landet så fanns det inte heller något problem. I alla fall inte något problem som inte med tiden skulle lösa sig självt.⁵⁹

De läkartjänster som vid denna tid var svåra att tillsätta var framför allt tjänster på ofta avsidens belägna sanatorier, på de statliga sinnessjukhusen samt provinsialläkartjänster i delar av Norrland. Kritiker av ”läkarimporten” menade att detta problem inte egentligen gällde läkarbrist i absolut mening, utan att just dessa tjänster av olika anledningar var oattraktiva. Det handlade om löner, arbetsförhållanden, att det inte var särskilt meriterande att inneha dessa tjänster, att de var avsidens belägna, eller att skattenivåerna i inre Norrland var för höga.⁶⁰ Ett ofta återkommande förslag var därför att åtgärder borde vidtas för att göra dessa tjänster mer attraktiva. Då skulle den befintliga läkarkåren fördelas mer ändamålsenligt mellan olika regioner och tjänster. En del andra förslag gick ut på att i viss utsträckning begränsa möjligheterna för yngre läkare att stanna kvar vid de större sjukhusens specialkliniker i början av sina karriärer.⁶¹ En läkare föreslog exempelvis att nyexaminerade under åtta månader skulle åläggas av Medicinalstyrelsen att tjänstgöra på platser med läkarbrist.⁶²

I några fall ifrågasattes det om en del läkartjänster verkligen behövdes och att läkarna kunde fördelas mer rationellt om dessa tjänster inte tillsattes. Exempelvis framförde Sylf, i sitt remissyttrande till Österrikedelegationens rapport, uppfattningen att några av provinsialläkardistrikten i södra och mellersta Sverige inte behövde delas upp utan kanske till och med kunde slås ihop. Detta förslag etiketterades av Johan Pontén, en provinsialläkare från Fellingsbro, som vare sig ansåg att Sylfs resultat var rättvisande eller att det var yngre läkares ensak att ha åsikter om provinsialläkares arbetsbörda, som ett ”attentat mot provinsialläkarkåren”.⁶³ En inlaga som även om den bemöttes kritiskt av Svenska provinsialläkarföreningens styrelse,⁶⁴ snart fick bifall från en grupp provinsialläkare i Örebros län.⁶⁵ Arbetsbelastningen för många läkargrupper, inte minst provinsialläkare, var ofta betungande, och detta var något som också Höjer genom sina reformförslag ville komma till rätta med. Att då försöka förminska det föreliggande läkarbehovet riskerade att slå tillbaka på läkarna själva. Fler läkare hade ju kunnat lätta på deras egen, enligt deras egen uppfattning, omfattande och slitsamma arbetsbörda.

Alternativa lösningar

Som nämnts i genomgången av tidigare forskning var det vanligt att LO och dess förbund vid samma tid pekade på möjligheterna att nyttja alternativa arbetskraftsreserver för att lösa efterfrågeöverskottet. Detta torde vid första anblicken inte vara ett alternativ för SLF eller förenligt med en professionell strategi. Antalet läkare var ju känt och begränsat genom att det krävdes legitimation eller uppbärande av allmän behörighet från Kungl. Maj:t (mer om detta nedan). Några substitut borde rimligen inte accepteras. Dessutom var ju SLF starkt emot idén att utöka antalet utbildningsplatser på de medicinska fakulteterna.

Trots detta pekade SLF, Sylf och några andra debattörer på vissa möjligheter att bättre nyttja de inhemska läkarresurserna. Skatteregler skulle kunna ses över så att kvinnliga läkare lättare fick råd med hemhjälp och barnpassning.⁶⁶ Ett annat förslag var att ersättningen skulle kunna ses över så att pensionerade läkare kunde få ut en högre ersättning om de gick in som vikarier.⁶⁷ Det mest ambitiösa förslaget kom från Sylf som samlade in listor på alla medicine studenter som skulle kunna tänka sig att hoppa in som vikarier.⁶⁸ Att använda sig av ännu ej färdigutbildade läkare hade dock sina baksidor. Dels för att de ju inte var färdigutbildade (även om SLF verkar ha tagit tämligen lätt på det problemet), dels (vilket sågs som ett större problem) försenades därigenom deras utbildning. Detta riskerade få som effekt att läkarbristen (om den nu fanns) sköts på framtiden utan att egentligen lösas.

Den främsta alternativa lösningen som framfördes var dock att åberopa den kvinnliga arbetskraftsreserven. Utökandet av antalet sjuksköterskor, vårdbiträden och andra (från läkarnas perspektiv) understödjande yrkesgrupper var ett återkommande argument från SLF och läkare som deltog i debatten mot såväl en expanderad läkarutbildning som läkarinvandring. De menade att hälso- och sjukvårdens stora arbetskraftsproblem inte var brist på läkare, utan brist på sjuksköterskor.⁶⁹ Det var genom att utöka antalet i dessa yrkesgrupper som hälso- och sjukvårdsproblemen bäst löstes, definitivt inte genom att "importera" läkare från andra länder.⁷⁰ "Arbetskraftsproblemet inom hälso- och sjukvården" var följdriktigt temat för det 25:e allmänna svenska läkarmötet 1950. Frågor som diskuterades var framför allt hur fler kvinnor kunde fås att läsa till sjuksköterskor samt hur man skulle få sjuksköterskor och biträden att stanna kvar i yrket.⁷¹

Ett problem med att försöka lösa läkarbristen genom att istället utöka antalet anställda sjuksköterskor och sjukbiträden var emellertid att sjuksköterskebristen var minst lika påtaglig som läkarbristen.⁷² Det var ju bland annat därför SSF själva föreslog rekrytering av sjuksköterskor från utlandet.⁷³ Sjukvårdens arbete behövde därför, och i sak fanns det här en

relativt stor enighet, rationaliseras för att bättre nyttja den arbetskraft som fanns.⁷⁴ Dessa rationaliseringar och förändringar skulle emellertid inte direkt beröra läkarna och deras arbete, bortsett från att de skulle befrias från den pappersexercis som ansågs ta alltför mycket av deras tid. Pappersexercisen kopplades dessutom samman med den byråkratisering av sjukvården som SLF av andra skäl var emot.⁷⁵ På detta sätt försökte SLF argumentera emot behovet av fler läkare, och därigenom hindra ökad konkurrens från utlandet, samtidigt som de försökte undvika att detta skulle medföra ökade krav på rationaliseringar och kontroll över deras arbete. Problemet skulle lösas genom att fler kvinnor, i en till läkarna underordnad och av sjukvårdssystemet mer kontrollerad arbetsgrupp, skulle utökas och fås att arbeta mer effektivt.

Ifrågasättande av lämplighet att utöva yrket

En viktig del av Medicinalstyrelsens Österrikedelegations uppgift var att bedöma hur den österrikiske läkarens kunskaper och utbildning stod sig utifrån den svenska läkarutbildningen. Från början var tanken att i första hand söka efter specialister, eller i alla fall erfarna läkare, men efter att ha studerat förhållandena i Österrike resonerade delegationen i sin rapport att det troligen förelåg bättre möjligheter att rekrytera yngre läkare som nyligen fullföljt sin turnustjänstgöring (en treårig praktik efter utbildningen som ungefär motsvarar senare tiders AT-tjänstgöring i Sverige). Förutsättningen för detta var emellertid att dessa läkare genomgick en noggrann individuell prövning, då kvaliteten på läkarna och deras utbildning bedömdes som ojämnare än den i Sverige. Därtill föreslogs att de sedan skulle genomgå en provtjänstgöring med tillhörande utbildning i svenska.⁷⁶

SLF och flera enskilda läkare vände sig emellertid snart emot denna lösning och överhuvudtaget idén att läkare från ett annat land skulle kunna utföra ett fullgott arbete i Sverige. Knutson uttalade sig i *Svenska Dagbladet* och argumenterade emot "läkarimport" som princip:

Principiellt är import av läkare säkerligen den sämsta utväg som kan tillgripas för att förstärka ett lands läkarkår och ytterst få länder i världen har tänkt sig att pröva den. Indien och Kina och möjligen också någon enstaka sydamerikansk republik är hittills de enda som icke mycket strängt omgärdat sin egen läkarkår eller uppställa höga krav för beviljandet av rätt att utöva läkaryrket för utlänningar.⁷⁷

I såväl SLF:s som Sylfs remissyttranden till utredningen ifrågasattes de österrikiska läkarnas kompetens. SLF ansåg att redovisningen av den österrikiska läkarutbildningen i delegationens rapport inte var tillräcklig och

ifrågasatte utbildningens kvalitet. De pekade på att utbildningsresultaten var ojämna och att då Österrike knappast ville bli av med sin elit riskerade Sverige att få en andrasortering. Detta "experiment" riskerade därigenom att försämra den svenska läkarkårens höga standard. Oaktat denna oro valde SLF senare, när rekryteringen genomfördes, att tacka nej till att delta i uttagandet på plats i Österrike. Detta trots att Medicinalstyrelsen vid ett par tillfällen försökte bjuda in dem att sända med sin egen representant.⁷⁸

Dessutom var det inte enbart utbildningskvaliteten som var av betydelse då det "för en läkare gäller mer än för de flesta andra att vara djupt förtrogen icke blott med patientens språk utan också med hans allmänna livsinställning, hans levnadsvanor och allmänna sedvänjor, hans miljö".⁷⁹ En god förtrogenhet med det svenska språket sågs som en absolut nödvändighet. Läkare från Österrike kunde ju dessutom förväntas ha en annan trosuppfattning och därmed en annan syn på exempelvis aborter och steriliseringar, påpekade Sylf i sitt remissvar.⁸⁰ SLF kopplade i sina argument starkt samman möjligheten att utöva läkaryrket i Sverige med en intim kunskap om svenska förhållanden. Läkare från andra länder höll närmast definitionsmässigt inte måttet. Detta yttrade sig bland annat i att SLF ansåg att utländska läkares erfarenheter från perioden innan de kom till Sverige inte skulle tas i beaktande vid tjänstetillsättningar.⁸¹

Som redan omnämnts i förbifarten så kunde invandrade läkare inte få svensk legitimation, då det för detta sedan en lagändring 1934 krävdes både svensk läkarexamen och dessutom svenskt medborgarskap. Legitimation var emellertid inte ännu ett absolut krav utan man kunde få behörighet att arbeta som läkare efter beslut av Kungl. Maj:t. Utländska läkare kunde även få mer begränsade förordnanden för en viss läkartjänst.⁸² Dessa möjligheter hade tidigare använts mycket restriktivt, men under andra världskriget lättades såväl bestämmelser som praxis.⁸³ Detta var något som ogillades av SLF, som menade att Medicinalstyrelsen lättvindigt delade ut behörighet till personer som inte höll måttet.⁸⁴ Det fanns emellertid flera läkarintyg och förrättningar som enligt lag endast fick skrivas eller utfärdas av legitimerade läkare. 1952 (alltså efter att läkarna från Österrike kommit till Sverige) ville Medicinalstyrelsen lätta på dessa bestämmelser och i all väsentlighet göra läkare som fått behörighet av Kungl. Maj:t likställda med legitimerade läkare.⁸⁵ Detta motiverades bland annat med att svensk sjukvård var beroende av medverkan från utländska läkare och att man inte borde försvåra möjligheterna att nyttja dem inom sjukvården. Läkarförbundet höll för all del med om att man inte skulle lägga hinder i vägen, men att möjligheterna att faktiskt använda utländska läkare var beroende på deras medicinska kompetens och kunskap om svenska förhållanden och det svenska språket. Därför ville de inte se några lättnader i lagstiftningen och påtalade därtill att

offentliga tjänster i första hand skulle viggas till svenska medborgare.⁸⁶ SLF var också mycket tveksamt till att ta emot behöriga utländska läkare som saknade svensk legitimation som medlemmar i förbundet, utan hänvisade dem i första hand till lokalföreningarna.⁸⁷

Samtidigt som SLF ville beskära utländska läkares möjligheter att få en rad olika tjänster och uteslöt dem från förbundets gemenskap, förekom en del yttranden som kan tolkas som uttryck för en omsorg för de österrikiska läkarna. SLF oroade sig för deras framtida öde efter att de genomgått ett första år av praktik, då förbundet föreställde sig att de skulle bli fastlåsta vid bestämda, mindre attraktiva tjänster. Detta då de inte skulle ha någon större möjlighet att konkurrera med svenska läkare. Detta trodde SLF skulle leda till ett stort missnöje och en känsla av inbundenhet. De ansåg också att de som kom från storstaden Wien knappast skulle trivas på de småorter där många av de svenska sinnessjukhusen låg och där läkarbristen var som störst.⁸⁸ En minnesteckning av en av de österrikiska läkarna som kom till Sverige 1951 indikerar att det var just där de initialt hamnade.⁸⁹

Det går knappast att se det på något annat sätt än att det särskiljande mellan svenska och utländska läkare som SLF förordade skulle bidra till att försvaga utländska läkares ställning och möjligheter. En marginalisering som i sin tur kunde medföra att utländska läkare skulle kunna användas av motparten för att undergräva SLF:s arbete. Läkaren Gunnar Biörck diskuterade i en serie artiklar i *Ny Tid* konflikten mellan framför allt läkare och politiker och menade att läkarkåren uppfattade det som politikernas mål att "kväsa vad som återstod av ett fritt och oberoende yrke" och att "det är bl.a. som bricker i spelet [att försvaga och krossa läkarförbundet] de importerade österrikarna kommit att figurera".⁹⁰ På ett snarlikt sätt resonades det i en insändare till *SLT* att politikerna hoppades "lättare kunna hålla [de importerade läkarna] i nackskinnnet och att, sedan de undergått sina prov, få ut dem på svältkur i den glest befolkade delen av Sveriges landsbygd".⁹¹ Med en principiell inställning till utländska läkare med behörighet som varit mer lik den LO hade gentemot utländska arbetare med arbetstillstånd hade dessa problem möjligen kunnat motverkas. Då hade dock SLF behövt erkänna att utländska läkare var likvärdiga svenska läkare, vilket inte hade gått att kombinera med deras syn på betydelsen av kunskap i svenska och om svenska förhållanden.

En aspekt av debatten värd att notera var att flera av dem som motsatte sig rekrytering av läkare från Österrike presenterade ett utbyte av nordiska läkare som ett alternativ. Tidigare hade SLF även varit emot nordiska läkare. I den Höjerska utredningen hade just läkare från andra nordiska länder framhävts som ett möjligt komplement till dess utbyggnaden av läkarutbildningen skulle bära frukt.⁹² SLF hade emellertid varit skeptiskt till

denna lösning som de inte ville tillmäta någon större betydelse. De menade att förhållandena i grannländerna var snarlika och att det knappast fanns några fördelar för läkare i andra länder att flytta till Sverige.⁹³ Men när det österrikiska alternativet dök upp, och rapporten från Medicinalstyrelsens delegation uttryckte sig försiktigt positiv, började företrädare för läkarkåren omvärdera möjligheterna att rekrytera nordiska läkare, som trots allt sågs som ett bättre alternativ än österrikare.

I Sylfs remissyttrande till delegationens rapport framhövdes att de på eget initiativ tagit kontakt med systerorganisationerna i Danmark och Finland för att med dem diskutera möjligheterna för yngre läkare att komma och praktisera i Sverige under en begränsad tid.⁹⁴ Det är noterbart att svensk-språkiga finländska läkare i detta förslag inte förväntades behöva en längre tids anpassning, då Sylf föreslog att dessa skulle roteras ut på nio månader. När Kungl. Maj:t 1932 hade givit en person med svenskt medborgarskap men finsk läkarutbildning behörighet hade Sylf vänt sig emot detta med hänvisning till att de finska medicinstudierna inte var jämnogoda med de svenska.⁹⁵ Runt 1950 var det däremot ingen som ifrågasatte om danska eller svenskspråkiga finska läkare eller till och med medicine kandidater kunde arbeta inom svensk sjukvård.⁹⁶ SLF började under hösten 1950 förhandla med Medicinalstyrelsen om behörighetsvillkoren för nordiska läkare medan de försökte motverka förslagen att undergräva kraven från läkare från andra länder.⁹⁷ Samtidigt utvecklades kontakterna och överläggningarna med läkarförbunden i grannländerna.⁹⁸ Det främmande som uppfattades som problematiskt hos de österrikiska läkarna och som gjorde dem olämpliga för arbete inom den svenska sjukvården och ett hot mot kvaliteten på landets läkarkår sågs inte som lika problematiskt när det gällde nordiska läkare – i alla fall inte längre. Tidigare oöverstigliga nationella professionsgränser hade närmast försvunnit i tomma luften.

Avslutande diskussion

I denna artikel har argument som SLF anförde mot förslaget att rekrytera läkare från Österrike 1950 kategoriserats och analyserats. Utgångspunkten för studien är att argument som anförts av en aktör på arbetsmarknaden avspeglar ambitioner att begränsa konkurrensen för sina medlemmar och dem som organisationen vill företräda. SLF förväntas, som representant för läkarkåren, argumentera utifrån en professionell strategi som vill stänga ute konkurrenter genom upprätthållandet och bevakandet av sociala inhägnader. De som inte når upp till den standard som SLF förordar ska inte heller få verka som läkare inom Sveriges gränser. Samtidigt behöver argumenten förstås i sitt sammanhang och inte minst visavi argumentens adressater

(regering, riksdag, Medicinalstyrelsen), som förhoppningsvis ska övertygas om att i möjligaste mån agera i linje med SLF:s önskemål.

De argument som SLF anförde mot rekrytering av läkare från Österrike kan delas in i tre kategorier. De första två – ifrågasättandet av det faktiska behovet och utpekandet av alternativ – är i stora drag sådana som även framfördes av andra fackliga organisationer vid samma tid och som överhuvudtaget kan betraktas som vanliga argument mot invandring från fackliga organisationer. Ett delargument SLF anförde var att den å ena sidan och regeringen samt Medicinalstyrelsen å den andra hade helt olika uppfattningar om inriktningen för framtiden. Medan LO vid samma tid kunde finna vissa sammanfallande intressen med sina motparter så ville inte SLF kompromissa. Lite tillspetsat kan man säga att SLF vid denna tid var emot det moderna välfärdssamhället. SLF såg inte heller några fördelar med fler läkare som skulle kunna underlätta sina medlemmars arbetsbörda, vilket SSF däremot tycks ha gjort. SLF:s intresse av att begränsa konkurrensen och motverka risken för ett läkaröverskott, något som drabbat många av dem under mellankrigstiden, kom till synes först. Att SLF därtill pekade på inhemska alternativ till läkarinvandring är ett oväntat fynd i undersökningen. I SLF:s fall utgjordes detta alternativ av sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden. Genom att utbilda och anställa fler kvinnor i underlydande ställning samt ytterligare rationalisera deras arbete (men inte läkarnas) så skulle läkarna kunna avlastas och ”läkarimporten” undvikas. Hirdman har för LO:s räkning betraktat detta som ett argument för att upprätthålla arbetskraftsbristen. Detta kan definitivt sägas ha varit fallet här. Realistiskt eller ej var det en lösning som hade gynnat läkarnas intressen oavsett utfall.

Om de första två argument-kategorierna är snarlika dem som LO och dess förbund anförde vid samma tid rör sig den tredje kategorin – ifrågasättande av de österrikiska läkarnas lämplighet att verka som läkare i Sverige – däremot inom den professionella strategins område. SLF och de flesta läkare som deltog i debatten uppvisade ett utpräglat avståndstagande till idén att från utlandet rekrytera läkare. Deras resonemang byggde på föreställningar om ett intimt samband mellan svenskhet och möjligheten att verka som läkare i Sverige: ”Blott Sverige svenska läkare har”, för att parafasera Carl Jonas Love Almqvist. Denna övertygelse var nationalistisk men samtidigt förenlig med en professionell strategi som gick ut på att utestänga konkurrenter genom att hävda att vissa kunskaper är nödvändiga för att kunna utöva yrket. Detta, som jag vill benämna som en nationalistisk professionell strategi, är inte förenlig med kompromisser i invandringsfrågan. Oavsett hur god läkarutbildningen i andra länder var i avseende på de medicinska kunskaper som förmedlades ingick förstas aldrig intima kunskaper om

svenska förhållanden. Att en medicinsk profession i så hög grad trycker på nationella eller etniska egenskaper är idag mindre vanligt, även om SLF i och för sig fortfarande anser att språket är viktigt i mötet med patienterna.⁹⁹ Denna uppfattning speglade emellertid den svenska läkarkårens självbild under mellankrigstiden och den tidiga efterkrigstiden.¹⁰⁰

Genom det starka lagkrav som fanns för läkarlegitimation – krav på både svenskt medborgarskap och svensk läkarutbildning – hade SLF en stark social inhägnad att luta sig mot för att upprätthålla sin nationalistiska professionsstrategi. Problemet var att det fanns sätt för Medicinalstyrelsen att kringgå detta monopol för svenska läkare. Därigenom skapades en tvådelad läkarkår, där behöriga men ej legitimerade utländska läkares möjligheter var beskurna. Denna lösning kan vara fördelaktig för den inhemska läkarkåren, så som Groutsis beskrivit det för Australiens vidkommande, genom att mer eftertraktade poster var förbehållna inhemska läkare. Nackdelen blev emellertid snart uppenbar för SLF, som såg att Medicinalstyrelsen använde möjligheten att själva avgöra vilka utländska läkare som höll måttet, ofta från länder med ett påtagligt läkaröverskott, och sedan började bereda möjligheterna att jämställa rättigheterna för behöriga och legitimerade läkare. Det går därför att se förslagen att tillåta nordiska läkare som en kompromiss förenlig med anspråk på vad en läkare är som samtidigt inte sänkte kraven och hindrade alltför mycket ökad konkurrens från Europa. SLF utökade sin definition av läkare från svenska läkare till nordiska läkare – en i sammanhanget modest geografisk expansion som enbart inkluderade länder utan några läkaröverskott och som låg i linje med en i samhället vedertagen syn på nordbor – för att fortsatt kunna stänga ute resten av Europa, där det i många fall fanns ett läkaröverskott.

Artikelns övergripande ambition har varit att utöka våra kunskaper om hur fackliga organisationer som företräder yrkesgrupper med professionsanspråk argumenterar för att begränsa konkurrensen från invandring inom sitt marknadssegment. Resultaten pekar på att även om SLF använde sig av argument som förekommer hos de flesta fackliga organisationer så utgjorde en nationalistisk professionsstrategi deras främsta metod för att försöka stänga ute invandrare från läkaryrket. Medan det finns såväl historisk som samtida forskning som både pekar på det motstånd som invandrade läkare (och andra professionella grupper) möter i sin vardag, och en omfattande internationell forskning om hur hälso- och sjukvårdens regleringar i olika länder försvårar internationell migration, är det vanligt att organiserade intressens roll i detta förbises. Denna artikel är ett litet bidrag som förhoppningsvis kan leda till ett ökat intresse för denna fråga.

Summary

"The Dilution of the Medical Profession with Foreign Elements". The Swedish Medical Association's Arguments Against the 1950 Recruitment of Austrian Physicians

This article studies the arguments put forth by the Swedish Medical Association (Sveriges läkarförbund, SLF) against government plans presented in 1950 to recruit physicians from Austria, and the aim is to describe and analyse the arguments made by the SLF in opposition to these plans. The arguments are gathered from the SLF archives and the organisation's weekly paper *Svensk Läkartidning*. The analysis is based on the theoretical perspective that organisations representing professionals use different strategies and methods, and hence different arguments, against migrants compared to labour unions representing blue-collar workers. The key theoretical terms here are social closure and credentialism. A key strategy adopted by organisations representing professionals in order to reduce competition in their segment of the market is to close off the occupation for those lacking the necessary credentials to gain the right to practice.

The study finds that the SLF in many regards did pursue such a nationalist professional strategy based on social closure against foreign physicians. According to the SLF, only those with a deeper understanding of the Swedish language and society, as well as a medical degree from a Swedish university, had the proper credentials to work as a physician in the country. On top of this, the association also presented other, more common union arguments, such as greatly exaggerating the shortage of physicians in Sweden. The SLF argued for pursuing other venues in order to solve these problems, such as streamlining hospital work and training more nurses.

In the end, the SLF was not successful. A drawback of a professional strategy is that it often relies on government regulations to help the profession establish a monopoly. When the goals and ambitions of the SLF differed from that of the state, the National Swedish Board of Health started making suggestions to lower the bar for acceptance into the medical profession. In anticipation of this, the SLF started advocating for accepting physicians from the Nordic countries, as they were closer to the association's ideal of what a proper Swedish physician was and ought to be.

Keywords: migration, physicians, professionalism, medical associations, migration policies

Noter

- 1 Arbetet med denna artikel har möjliggjorts genom stöd från Åke Wibergs stiftelse (H20-0033) samt Gunvor och Josef Anérs stiftelse (FB20-0048). Rubriken är ett citat från "Centralstyrelsens verksamhetsberättelse 1949-1950", *Sveriges Läkareförbunds årsbok 1951*, Stockholm 1951, bilaga A7, s. 232.
- 2 "Centralstyrelsens berättelse över läkarförbundets verksamhet 1948-1949", *Sveriges Läkareförbunds årsbok 1950*, bilaga A1:1, s. 4-6.
- 3 Proposition 1950:134, Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående åtgärder i syfte att till Sverige överföra vissa läkare; given Stockholms slott den 10 mars 1950.
- 4 *Första kammarens protokoll*, nr 10, 10/5 1950; *Andra kammarens protokoll*, nr 17, 12/5 1950.
- 5 Exempelvis Magali Sarfatti Larson, *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley 1977. För resonemang kring svenska förhållanden, se Rolf Torstendahl, "Professionell och facklig strategi", i *Fackliga organisationsstrategier*, Anders L. Johansson (red.), Solna 1997, s. 39-58.
- 6 Se exempelvis Lisa Salmonsson, *The 'Other' Doctor. Boundary Work Within the Swedish Medical Profession*, Uppsala 2014, särskilt forskningsöversikten på s. 19-32.
- 7 Se dock Olle Jansson, *Läkarförbundet, Vårdförbundet och professionernas internationella mobilitet*, Uppsala 2017.
- 8 Sådan forskning efterfrågas exempelvis i Michel Grognon, Yaw Owusu & Arthur Sweetman, "The International Migration of Health Professionals", i *International Handbook on the Economics of Migration*, Amelie F. Constant & Klaus F. Zimmermann (red.), Cheltenham 2013, s. 75-97.
- 9 För diskussion om strategibegreppet i förhållande till fackliga organisationer och invandring, se Zeki Yalcin, *Facklig gränspolitik. Landsorganisationens invandrings- och invandrarpolitik 1946-2009*, Örebro 2010, s. 70-72.
- 10 Jämför Johan Svanberg, *Arbetets relationer och etniska dimensioner. Verkstadsföreningen, Metall och esterna vid Svenska stålpressnings AB i Olofström 1945-1952*, Växjö 2010, s. 100-102.
- 11 Exempelvis Tomas Hammar, *Sverige åt svenskarna*, Stockholm 1964; Joachim Nelhans, *Utlänningen på arbetsmarknaden*, Lund 1973; Wuokko Knocke, "Sweden: Insiders Outside the Trade-Union Mainstream", i *Trade Unions, Immigration and Immigrants in Europe 1960-1993*, Rinus Penninx & Judith Roosblad (red.), New York 2000, s. 157-182; Christer Lundh, "Invandrarna i den svenska modellen: hot eller reserv?", *Arbetarhistoria*, 18:2 1994, s. 23-26; Jesper Johansson, "Så gör vi inte här i Sverige. Vi brukar göra så här". *Retorik och praktik i LO:s invandrarpolitik 1945-1981*, Växjö 2008; Svanberg 2010; Yalcin, 2010.
- 12 Christer Lundh, *Arbetsmarknadens karteller*, Stockholm 2008.
- 13 Larson 1977.
- 14 Frank Parkin, *Marxism and Class Theory. A Bourgeois Critique*, London 1979; Klas Åmark, "Open Cartels and Social Closures. Professional Strategies in Sweden 1860-1950", i *Professions in Theory and History*, Michael Burrage & Rolf Torstendahl (red.), London 1990.
- 15 Yvonne Hirdman, *Med kluvan tunga. LO och genusordningen*, Stockholm 1998.
- 16 Raymond Murphy, *Social Closure. The Theory of Monopolization and Exclusion*, Oxford 1988.
- 17 Samtida ambitioner att göra undersköterska, organiserade av LO-förbundet Kommunal, till ett legitimationsyrke är ett i och för sig intressant undantag.
- 18 Penninx & Roosblad 2000, s. 4.
- 19 Burrage & Torstendahl 1990; Terry Johnson, Gerry Larkin & Mike Saks (red.), *Health Professions and the State in Europe*, London 1995.

- 20 En relativt nytutkommen antologi på svenska är ett exempel på detta: Maja Povrzanovic Frykman & Magnus Öhlander (red.), *Högutbildade migranter i Sverige*, Lund 2018.
- 21 Salomonsson 2014.
- 22 Exempelvis Lucie Cerna, "The Varieties of High-Skilled Immigration Policies. Coalitions and Policy Outputs in Advanced Industrial Countries", *Journal of European Public Policy*, vol. 16 (2007), s. 144–161.
- 23 Linda Sturesson, Magnus Öhlander, Gunnar H. Nilsson, Per J. Palmgren & Terese Stenfors, "Migrant Physicians' Entrance and Advancement in the Swedish Medical Labour Market. A Cross-Sectional Study", *Human Resources for Health*, vol. 17 (2019).
- 24 Dimitra Groutsis, "The State, Immigration Policy and Labour Market Practices. The Case of Overseas-trained Doctors", *Journal of Industrial Relations*, vol. 45 (2003), s. 67–86.
- 25 Motzi Eklöf, *Läkarens ethos. Studier i den svenska läkarkärens identiteter, intressen och ideal 1890–1960*, Linköping 2000, s. 143–147; Ulf Högberg, *Vita rockar och bruna skjortor. Nazimedisin och läkare på flykt*, Malmö 2013.
- 26 Frågan omnämns dock, bland annat Eklöf 2000; Annika Berg, *Den gränslösa hälsan: Signe och Axel Höjer, folkhälsan och expertisen*, Uppsala 2009.
- 27 För perioden efter EG-inträdet, se Jansson 2017.
- 28 Sune G. Dufwa, "Våra systrar snart här. Import av sjuksköterskor till Sverige från flyktingläger i Österrike och Tyskland efter andra världskriget", i *Sveriges mottagning av flyktingar – några exempel*, Jan Ekberg (red.), Växjö 2007, s. 49–84.
- 29 Nelhans 1973, s. 146–150, 186–201.
- 30 Gunhild Kyle, *Gästarbetarska i manssamhället. Studier om industriarbetande kvinnors villkor i Sverige*, Stockholm 1979, s. 199–232.
- 31 Hirdman 1998, s. 195. Se även Yalcin 2010, s. 144–155.
- 32 Svanberg 2010, s. 162–163.
- 33 Johansson 2008, s. 353–356.
- 34 Björn Horgby, *Dom där. Främlingsfientligheten och arbetarkulturen i Norrköping 1890–1960*, Stockholm 1996, s. 26.
- 35 Högberg 2013.
- 36 Håkan Blomqvist, *Nation, ras och civilisation i svensk arbetarrörelse före nazismen*, Stockholm 2006.
- 37 Se Rudolf Tempsch, *Från Centraleuropa till folkhemmet. Den sudettyska invandringen till Sverige 1938–1955*, Göteborg 1997, s. 147 för ett illustrativt exempel.
- 38 Svanberg 2010; Mikael Byström, *En broder, gäst och parasit. Uppfattningar och föreställningar om utlänningar, flyktingar och flyktingpolitik i svensk offentlig debatt 1942–1947*, Stockholm 2006.
- 39 Byström 2006. Se också exempelvis Johansson 2008, s. 133–134 för LO och den nordiska invandringen.
- 40 Nelhans, 1973, kap. 9.
- 41 Läkarförbundets arkiv finns hos TAM-arkiv, Grindstuvägen 48–50, 167 33 Bromma. Det ska nämnas att arkivet inte är fullt förtecknat, men att förbundets arkivarie i skrivande stund arbetar med detta. Det är alltså möjligt att referenser här inte direkt kommer motsvara den förteckning som arkivet slutgiltigt får.
- 42 SOU 1948:14, *Den öppna läkarvården i riket. Utredning och förslag*, Stockholm 1948.
- 43 "Läkarförbundets remissyttrande över Höjerska förslaget", *SLT* 1949:3, s. 109–139.
- 44 SOU 1948:14, s. 263, 309, 390–392.
- 45 "Läkarförbundets remissyttrande över Höjerska förslaget", *SLT* 1949:3, s. 109–139. Se även exempelvis Gösta Tunevall, "Det framtida läkarbehovet", *SLT* 1948:45, som menar att "det bör anmärkas, att den ökade intagningen kan medföra standardsänkning hos

- de intagna", s. 2152 och Stig Holms inlägg i *Göteborgs Handels- och Sjöfarts-Tidning* att det "är närvarande råder en mycket stor brist på intellektuell arbetskraft i allmänhet" och att "en bottenkrapning av de intellektuella resurserna får också en betydande standardsänkning till följd", Stig Holm, "Hälso- och sjukvårdens arbetskraftsproblem", *Göteborgs Handels- och Sjöfarts-Tidning*, 16/7 1948.
- 46 Eklöf 2000, s. 77–80.
 - 47 Gunnar Berg, "Läkartäthet och 'folkhälsan'", *SLT* 1949:34, s. 1783.
 - 48 Arnold J. Heidenheimer, "Conflict and Compromises Between Professional and Bureaucratic Health Interests 1947–72", i *The Shaping of the Swedish Health System*, Arnold J. Heidenheimer & Nils Elvander (red.), London 1980, s. 121.
 - 49 Heidenheimer & Elvander 1980; Peter Garpenby, *The State, and the Medical Profession. A Cross-National Comparison of the Health Policy Arena in the United Kingdom and Sweden 1945–1985*, Linköping 1989; Eklöf 2000.
 - 50 Höjer beskriver i sin självbiografi att han identifierade Knutson som en huvudfiende första gången de träffades i en tågkupé 1937: J. Axel Höjer, *En läkares väg. Från Visby till Vietnam*, Stockholm 1975, s. 540–541.
 - 51 Högberg 2000. Om Samfundet Manhem, se Lena Berggren, "Nationalism, folkbildning och intellektualism", *Tvårsnitt*, nr 2, 2000.
 - 52 Berg 2009, s. 220–229; Eklöf 2000, s. 143–147; även Högberg 2013.
 - 53 Särskilt framträdande i "Sylfs remissyttrande", *SLT* 1950:9, s. 508–522.
 - 54 Gunnar Berg, redaktör för *SLT*, föreslog att då statsmakten inte objektivt klarade av att studera socialmedicinska frågeställningar så borde den svenska läkarkåren skapa sitt eget utrednings- och prognosinstitut: Berg 1949, s. 1783.
 - 55 SLF fick häri stöd av flera av de medicinska fakulteterna och universitetskanslern, se "Frågan om läkarimport från Österrike", *SLT* 1950:12, s. 697–721.
 - 56 "Läkarförbundets remissyttrande över delegationens rapport", *SLT* 1950:9, s. 498–508.
 - 57 Tidigare utredningar hade också försökt skatta det framtida behovet, se SOU 1948:14 samt SOU 1945:56, *Betänkande med utredning och förslag angående läkarutbildningen*, Stockholm 1945, s. 27–35.
 - 58 "Kommentar till medicinalstyrelsens kritik av läkarförbundets utredning rörande läkarbehov och läkartillgång", *SLT* nr 1, 5/1 1951, s. 48–49.
 - 59 "Centralstyrelsens verksamhetsberättelse 1949–1950", s. 233–234.
 - 60 Exempelvis Bengt J. Lindberg, "Psykiatrien i fara!", *SLT* 1950:1, s. 35–36.; "Pressreferat. Läkarimport och psykisk sjukvård", *SLT* 1950:2, s. 100–103; "Pressreferat. Läkarbrist och läkarimport", *SLT* 1950:8, s. 463–465.
 - 61 Maurits Lindblad, "Den aktuella läkarbristen, dess orsaker och åtgärderna till dess avhjälpande", *SLT* 1950:20, s. 1187–1192.
 - 62 "Pressdiskussionen om läkarimporten", *SLT* 1950:16, s. 966–967.
 - 63 Johan Pontén, "Attentat mot provinsialläkarkåren?", *SLT* 1950:15, s. 881–891
 - 64 "Kommentar av Svenska provinsialläkarföreningens styrelse", *SLT* 1950:15, s. 893–894.
 - 65 "Kommentar till Johan Ponténs artikel i *Läkartidningen* nr 15. 1950: 'Attentat mot provinsialläkarkåren'", *SLT* 1950:17, s. 1029.
 - 66 "Arbetskraftsproblemet inom hälso- och sjukvården. Diskussionen vid 25. Allmänna svenska läkarmötet", *SLT* 1950:37, s. 2051–2125.
 - 67 Sven Hyllner, "Till debatten om arbetskraftsproblemet", *SLT* 1950:37, s. 2125–2127.
 - 68 "Frågan om läkarimport från Österrike. Sylfs utredning om disponibla medicine kandidater i Lund har ingivits till departementet. Utredningen beträffande Uppsala klar närmaste dagarna." *SLT* 1950:14, s. 833–840.
 - 69 Antalet läkare per capita var lägre i de flesta andra länder som Sverige jämfördes med

- men SLF menade att antalet läkare inte spelade någon roll för det allmänna hälsotillståndet i landet, utan snarare på hur kompetenta och kunniga läkarna var.
- 70 "Läkartillgång och läkarbehov i Sverige", *SLT* 1950:35, s. 1185–1905.
- 71 "Arbetskraftsproblemet inom hälso- och sjukvården. Diskussionen vid 25. Allmänna svenska läkarmötet", *SLT* 1950:37, s. 2051–2125.
- 72 Gunnar Berg, "Den slutna sjukvårdens krisläge", *SLT* 1950:33, s. 1785–1801.
- 73 Dufwa 2007.
- 74 "Arbetskraftsproblemet inom hälso- och sjukvården", *SLT* 1950:36, s. 1185–1972.
- 75 Det ska noteras att SSF:s Staaff, som satt med som expert i arbetstidsutredningen anmärkte att "så länge inte rationaliseringssakkunniga får sticka sin näsa in polikliniker och andra specialavdelningar eller titta på läkarnas arbete över huvud taget, kunna vi inte komma fram till ett tillfredställande resultat", "Arbetskraftsproblemet inom hälso- och sjukvården", *SLT* 1950:36, s. 1967; "Läkarförbundets remissyttrande över delegationens rapport", *SLT* 1950:9, s. 498–508.
- 76 "Rapporten ang. 'läkarimport' från Österrike", *SLT* 1950:8, s. 453–463.
- 77 Dag Knutson intervjuad i *Svenska Dagbladet* 7/2 1950, återgivet i "Läkarimporten debatteras", *SLT* 1950:8, s. 466–467.
- 78 Mötesprotokoll, Verkställande utskottet, 28/2 1951, § 59 SLF:s arkiv.
- 79 "Läkarförbundets remissyttrande över delegationens rapport", *SLT* 1950:9, s. 498–508, citat från s. 499.
- 80 "Sylfs remissyttrande", *SLT* 1950:9, s. 508–522.
- 81 "Läkarförbundets cirkulärskrivelse till överläkarna missuppfattad i dagspressen", *SLT* 1951:1, s. 54–58; "Meritvärdering för de utländska läkarna", *SLT* 1951:8, s. 493–497; Mötesprotokoll, Verkställande utskottet 21/12 1949, § 269, SLF:s arkiv.
- 82 I mitten av 1950 fanns 127 läkare som fått allmän behörighet och 327 med ett begränsat förordnande från Medicinalstyrelsen, ofta för att uppbära ett vikariat.
- 83 Eklöf 2000, s. 147. Läkarlegitimation blev ett absolut krav först 1965.
- 84 I "Centralstyrelsens berättelse över läkarförbundet verksamhet 1948–1949", s. 6 benämns de som "Epadoktorer".
- 85 Håkan Rahm, "Ändrade behörighetsbestämmelser för icke legitimerade läkare", *SLT* 1952:44, s. 2730–2735.
- 86 "Remissvar angående förslag till ändringar i gällande behörighetsregler m.m. betr. utländska läkare", R1/52, SLF:s arkiv.
- 87 "Centralstyrelsens berättelse över läkarförbundet verksamhet 1948–1949", s. 5–6; "PM rörande utländska läkares behörighet och medlemskap i läkarförbundet" 11/6 1951, Läkarförbundets stencil 88/51, R1/52, SLF:s arkiv.
- 88 "Läkarförbundets remissyttrande över delegationens rapport", *SLT* 1950:9, s. 507.
- 89 Herbert Müssbichler, "Till 50-årsminnet av läkarimporten från Österrike till Sverige", *Läkartidningen*, 2001:19, s. 2350.
- 90 Gunnar Biörck, "Rättvisa åt politikerna", *Ny Tid*, 20/11 1951.
- 91 W. Gårdlund, "Är läkarförbundets nya organisation tillfredsställande?", *SLT* 1952:20, s. 1307–1325, citat s. 1323.
- 92 SOU 1948:14, s. 310.
- 93 "Läkarförbundets remissyttrande över Höjerska förslaget", *SLT* 1949:3, s. 116.
- 94 "Sylfs remissyttrande", *SLT* 1950:9, s. 521.
- 95 Eklöf 2000, s. 143.
- 96 Även flera av de medicinska fakulteterna var positiva till nordiska, kanske framför allt danska, läkare som alternativ i sina remissvar på förslaget till överföring av österrikiska

- läkare. "Medicinska fakultetens i Uppsala remissyttrande" samt "Medicinska fakultetens i Lund remissyttrande", *SLT* 1650:12, s. 697–701, s. 701–706.
- 97 "Villkor för utländska läkare att vinna behörighet att i Sverige utöva läkarkonsten", Verkställande utskottets protokoll 22/11 1950, § 322, *Sveriges Läkarförbunds årsbok 1951*, Stockholm 1951.
- 98 Se exempelvis "Överläggningar i Stockholm den 15–17 mars 1951 mellan de nordiska läkarorganisationerna verkställande tjänstemän angående den medicinska utbildningen, villkor för vinnande av behörighet m.m", Läkarförbundets stencil 103/51, R1/52, SLF:s arkiv.
- 99 Om SLF i nutid, se Jansson 2017.
- 100 För en studie av den svenska läkarkårens självbild under 1900-talet, se Eklöf 2000.