



IFAU

Institutet för arbetsmarknads- och
utbildningspolitisk utvärdering

Läkarförbundet, Vårdförbundet och professionernas internationella mobilitet

Olle Jansson

RAPPORT 2017:19

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) är ett forskningsinstitut under Arbetsmarknadsdepartementet med säte i Uppsala. IFAU ska främja, stödja och genomföra vetenskapliga utvärderingar. Uppdraget omfattar: effekter av arbetsmarknads- och utbildningspolitik, arbetsmarknadens funktionssätt och arbetsmarknadseffekter av socialförsäkringen. IFAU ska även sprida sina resultat så att de blir tillgängliga för olika intressenter i Sverige och utomlands.

IFAU har som policy att en uppsats, innan den publiceras i rapportserien, ska seminariebehandlas vid IFAU och minst ett annat akademiskt forum samt granskas av en extern och en intern disputerad forskare. Uppsatsen behöver dock inte ha genomgått sedvanlig granskning inför publicering i vetenskaplig tidskrift.

Tryckta rapporter kan beställas från IFAU. Kontaktuppgifter och mer information om IFAU och våra rapportserier finns på webbplatsen www.ifau.se

ISSN 1651-1158

Läkarförbundet, Vårdförbundet och professionernas internationella mobilitet^a

av

Olle Jansson^b

2017-09-20

Sammanfattning

Syftet med denna rapport är att studera om, och i så fall hur, de arbetstagarorganisationer som företräder läkare (Läkarförbundet) och sjuksköterskor (SHSTF/Vårdförbundet) har försökt inverka på de regleringar som på olika sätt påverkar i utlandet utbildade läkare och sjuksköterskors möjligheter att få legitimation och arbeta i Sverige. Utgångspunkten är att förbunden förväntas försöka påverka regleringar av yrket och förändringar av kraven på i utlandet utbildade yrkesutövare på ett sådant sätt att det minskar (eller håller tillbaka ökningen av) utbudskonkurrensen på deras segment av arbetsmarknaden. Rapportens slutsats är att förbundens politik endast delvis verkar i denna riktning. Det långsiktiga målet att säkerställa yrkets status och ställning tycks i de flesta fall vara viktigare för förbunden, än att på kortare sikt försöka motverka den utbudskonkurrens som invandring och invandrare utgör.

^a Rapporten är en sammanfattning av forskningsstudien ”Organized Interests and foreign-educated professionals: The case of the associations for physicians and nurses in Sweden”, IFAU Working paper 2017:18, som innehåller en mer detaljerad genomgång av studerat material.

^b Ekonomisk-historiska institutionen, Uppsala universitet, olle.jansson@ekhist.uu.se

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Teoretiska perspektiv och tidigare forskning.....	5
3	Metod och material.....	9
4	Migration och migrationspolitik.....	9
4.1	Bakgrund.....	10
4.2	Förbundens ställningstaganden.....	11
4.3	Sammanfattning.....	12
5	Validering och komplettering.....	13
5.1	Bakgrund.....	13
5.2	Förbundens ställningstaganden.....	14
5.3	Sammanfattning.....	16
6	Yrkets reglering.....	17
6.1	Bakgrund.....	17
6.2	Förbundens ställningstaganden.....	18
6.3	Sammanfattning.....	20
7	Slutsatser.....	21
	Referenser.....	25

1 Inledning

Frågor om hur fackföreningar ställer sig till invandring och invandrare på arbetsmarknaden, samt hur de genom sitt inflytande påverkar regleringar av invandringen är ett omfattande forskningsområde, såväl i Sverige som internationellt (se exempelvis Hollifield, 1992; Freeman, G. 1995; Freeman, R.B. 2006; Menz och Caviedes, 2010; Castles, Haas och Miller, 2014; Lundh, 1994; Johansson, 2008, 2014; samt Yalcin, 2010, för ett axplock av internationell och svensk forskning). Denna forskning har oftast fokuserat på arbetstagarorganisationer som företräder arbetare inom industri, service och handel. Det föreligger emellertid anledning att även studera andra organisationer, som inte företräder stora grupper på arbetsmarknaden, eller de vars löner, anställning och arbetsvillkor tydligt är hotade av invandring. Denna rapport bidrar till att bredda forskningen om arbetstagarorganisationers syn på invandring och invandrare på arbetsmarknaden genom att undersöka hur Läkarförbundet och SHSTF/Vårdförbundet¹ försökt påverka regleringar och reformer som har följder för utlandsutbildade läkare och sjuksköterskors möjligheter att arbeta i Sverige. Undersökning är avgränsad till perioden från det att Sverige skrev på EES-avtalet i början av 1990-talet fram tills idag.

Rapportens utgångspunkt är att ståndpunkter hos organisationer som företräder arbetstagar i hög utsträckning kommer att präglas av sina medlemmars egenintresse och en önskan att kontrollera och begränsa konkurrensen på arbetsmarknaden. Detta innebär i det aktuella fallet att Läkarförbundet och SHSTF/Vårdförbundet förväntas försöka påverka reformer rörande regleringar av yrket och förändringar av kraven på i utlandet utbildade yrkesutövare på ett sådant sätt att det minskar (eller håller tillbaka ökningen av) utbudskonkurrensen på deras segment av arbetsmarknaden. Rapportens övergripande syfte är därför att studera om och hur de fackliga organisationer som företräder läkare (Läkarförbundet) och sjuksköterskor (SHSTF/Vårdförbundet) har försökt inverka på de regleringar som på olika sätt påverkar i utlandet utbildade läkare och sjuksköterskors möjligheter att få legitimation och verka i Sverige. (Det bör påpekas att detta i princip även gäller svenska medborgare utbildade i utlandet.)

Det finns ett par anledningar till varför det i ljuset av tidigare forskning är intressant att studera Läkarförbundet och SHSTF/Vårdförbundets inställning till läkar- respektive sjuksköterskeinvandring under de senaste decennierna. För det första är läkare och sjuksköterska reglerade yrken. Detta innebär att möjligheten att verka inom dessa yrken inte enbart begränsas av regleringar av

¹ SHSTF, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, bytte 1998 namn till Vårdförbundet.

invandringen och invandrare på arbetsmarknaden, utan även av vilka möjligheter som den i utlandet utbildade läkaren eller sjuksköterskan har att få sin utbildning och tidigare erfarenhet erkänd i sitt nya hemland. Detta medför att organisationer som företräder reglerade yrken i princip har andra, och fler, möjligheter att försvåra för invandrare att konkurrera på deras segment av arbetsmarknaden än de flesta andra arbetstagarorganisationer. Detta hänger i sin tur samman med läkare och sjuksköterskors syn på sig själva som professioner, för vilka yrkeskunskap samt kontrollen över denna kunskap är av största vikt för att förhindra underbudskonkurrens på arbetsmarknaden (Parkin, 1979; Abbott, 1988). Förekomsten av yrkesregleringar och denna självbild torde innebära att förbund som representerar dessa yrkesgrupper använder sig av andra strategier för att skydda sig själv mot den ökade konkurrens på arbetsmarknaden som invandring och liberala reformer av invandringsspolitiken presumtvt innebär (jämför Torstendahl, 1997). Dessa förhållanden är emellertid i väldigt liten utsträckning undersökt i tidigare forskning.

För det andra har perioden i fråga ofta präglats av ett efterfrågeöverskott på läkare och sjuksköterskor, såväl i Sverige som i flera andra länder i västvärlden. Denna situation har inneburit att många stater och andra offentliga och privata aktörer försökt underlätta invandring av hälso- och sjukvårdspersonal (Salt, 1997; Iredale, 2001; Kingma, 2006; Bach, 2007; Inoue, 2010; OECD, 2015). Det föreligger således ett yttre tryck att underlätta en mobilitet som möjligen kan försämra löner och villkor även för dessa högutbildade yrkesgrupper. I Sveriges fall har dessutom medlemskapet i EU och en allt mer liberal invandringsspolitik presumtvt inneburit nya utmaningar när gamla etablerade gränsdragningar mellan svenska och utländska läkare och sjuksköterskor har försvunnit eller slipats ner (jämför Krings, 2009). Befintlig forskning på hur organisationer som företräder reglerade yrken inom hälso- och sjukvårdssektorn reagerat på denna utveckling är dock begränsad (Grignon, Owusu och Sweetman, 2013).

Rapporten har följande upplägg. Kapitel 2 ger en teoretisk ram för hur arbetstagarorganisationer, och speciellt då organisationer som företräder professioner, förväntas förhålla sig till invandring och invandrare på arbetsmarknaden. Kapitel 3 diskuterar kortfattat rapportens metod och material. Kapitel 4–6 utgör rapportens empiriska kapitel. Kapitel 4 undersöker förbundens inställning till invandring av läkare och sjuksköterskor och reformer av regleringen av invandring. Kapitel 5 undersöker hur förbunden ställt sig till den validering och komplettering som läkare och sjuksköterskor som inte automatiskt får sin utbildning godkänd måste genomgå för att få en svensk legitimation. Kapitel 6 fördjupar sig i hur förbunden har förhållit sig till

anpassningar till EU/EES, vilket påverkar möjligheterna att stänga ute utlandsutbildade från den svenska arbetsmarknaden. Rapportens slutsatser sammanfattas och diskuteras i kapitel 7.

2 Teoretiska perspektiv och tidigare forskning

För att studera Läkarförbundets och SHSTF/Vårdförbundets strävanden att inverka på reformer som kan tänkas öka utbudskonkurrensen i form av invandring av utlandsutbildade läkare och sjuksköterskor kommer denna rapport använda sig av teoretiska perspektiv från två olika forskningsområden. Det första forskningsområdet behandlar organiserade intressen och migrationspolitik. Det andra forskningsområdet handlar om professioner och deras strategier. Båda dessa områden berör, på lite olika sätt, regleringar på arbetsmarknaden.

Synen på syftet med regleringar – oavsett om det är frågan om regleringar av invandring, regleringar av arbetsmarknaden eller inom hälso- och sjukvården – kan delas upp i normativa och positiva perspektiv. Medan normativa perspektiv pekar på att regleringar syftar till att exempelvis rätta till marknadsmisslyckanden (Armstrong, Cowan och Vickers, 1994), menar företrädare för en positiv syn på regleringar att dessa främst är upprättade intressen som vill begränsa konkurrens och skydda sina egna intressen (Olson, 1965; Stigler, 1971). Denna rapport utgår från positiv regleringsteori. Försök att förhindra utlandsutbildade läkare och sjuksköterskor att arbeta i Sverige kommer därför att tolkas som ett försök att minska konkurrensen. Detta ska dock inte tolkas som att normativa aspekter inte också kan vara av betydelse för reglernas utformning. I fallet med reglerade legitimationsyrken såsom läkare och sjuksköterskor är det troligen inte svårt att från patientens perspektiv se fördelarna med att det föreligger en garanti på att personen som utför en behandling har vissa grundläggande yrkeskunskaper.

En vanlig utgångspunkt i tidigare forskning är att arbetstagarorganisationer är intresserade av att begränsa invandringen för att hålla nere utbudskonkurrensen på arbetsmarknaden och därigenom skydda sina medlemmars löner och anställningar. I vilken mån de lyckas med detta beror på deras styrka visavi andra intressen, såsom arbetsgivare som vill öka utbudet av arbetskraft, och deras förmåga att sluta allianser med andra intressegrupper och politiska partier (Freeman, 1995). Många undersökningar av arbetstagarorganisationers agerande har emellertid visat på att det många gånger inte är fullt så enkelt att förklara arbetstagarorganisationers ställningstaganden (Penninx och Roosblad, 2000). Fackliga strategier tycks inte vara oberoende av kontextuella omständigheter, förekomsten och utformningen av olika institutioner, förhållanden på

arbetsmarknaden och det samhälle inom de verkar (exempelvis Hansen, 2002; Haus, 2002; Watts, 2002; Lahav och Guiraudon, 2006; Stratham och Geddes, 2006). En del forskare har exempelvis pekat på att organisationernas agerande kan förklaras med att de försöker upprätthålla etablerade system, såsom den svenska modellen på arbetsmarknaden (Bucken-Knapp, 2009). I många länder har dessutom arbetstagarorganisationer blivit mer positiva till invandring under senare tid. Detta kan dock bero på att fackliga organisationer har blivit svagare och därigenom inte heller har möjlighet att hindra arbetskraftsinvandring i samma utsträckning som tidigare (Avci och McDonald, 2010).

Det är emellertid så att tidigare forskning i första hand studerat större arbetstagarorganisationer eller organisationer som företräder grupper av arbetstagare som är särskilt utsatta för ökad invandring, såsom lågutbildade arbetare inom service- och tillverkningsindustrin. Studier av vad organisationer som företräder högutbildade arbetstagare anser om, och hur de försöker påverka, invandringspolitik och regleringar är däremot ovanliga. Så har också varit fallet i forskning om svenska förhållanden. Det har dock påpekats att Saco och flera av dess förbund var positiva till den utveckling mot en mer liberal reglering av arbetskraftsinvandring som framförallt yttrade sig i en reform 2008. Detta kan tolkas som att åtminstone Saco har övergivit den protektionistiska svenska modellen för arbetskraftsinvandring som syftat till att begränsa utbudskonkurrensen från invandrare. Denna kursändring har emellertid tidigare forskning haft svårigheter att förklara. Cerna (2009) menar att högutbildade grupper, vilket inkluderar Saco och dess förbunds medlemmar, vinner på en ökad invandring om denna i första hand utgörs av arbetstagare som är komplementära till dem. Det vill säga personer som inte är högutbildade (se även Boräng och Cerna, 2017). Murhem och Dahlkvist (2011) i sin tur spekulerar i om denna nya hållning kan bero på att lönerna för många Saco-grupper är högre i utlandet (till skillnad från de flesta LO-grupper), och att de därför hoppas att ökad internationell mobilitet ska höja, snarare än sänka, deras löner.

Argumentet som framförs och studeras i denna rapport är att ovanstående fenomen kan förklaras med att professionsyrken, och därigenom också deras organisationer, är annorlunda än andra kategorier av arbetstagare. Inte minst är det en uppfattning som ofta förfäktas av professionerna själva. En profession och dess företrädare innehar med ett sådant synsätt en professionell kompetens; en specifik kunskap samt yrkesetik och normer, som syftar till att gagna samhället. Därigenom har de ofta förvärvat ett större inflytande över vem som får utöva deras profession än andra grupper av arbetstagare och företagare. Medan denna syn på professioner inte sällan accepterades okritiskt av äldre professionsforskare började forskare under 1970-talet från Weberska och

Marxistiska perspektiv ifrågasätta denna bild (Brante, 2014). Dessa kritiker såg istället professioner som yrkesgrupp som organiserade sig för att monopolisera ett segment av arbetsmarknaden med syftet att kontrollera efterfrågan på deras tjänster. Professionalism, eller professionella strategier, är utifrån detta perspektiv ett sätt genom vilket andra grupper stängs ute från ett inhägnat segment av arbetsmarknaden. Larson (1977) skriver exempelvis att

“professionalization is... an attempt to translate one order of scarce resources – special knowledge and skills – into another – social and economic reward. To maintain scarcity implies a tendency to monopoly: monopoly of expertise in the market, monopoly of status in a system of stratification.” (s. xvii)

För att upprätthålla kunskap och yrkesmonopol, och därigenom kontrollera konkurrensen på arbetsmarknaden, försöker professionen begränsa tillgången till yrket genom krav på uppfyllande av specifika utbildnings- och kunskapskriterier (Åmark, 1990). Så medan en facklig strategi utmärks av att fackliga organisationer ställer krav och anspråk på löner och arbetsvillkor för sina medlemmar, utmärks den professionella strategin av upprättandet och försvarandet av de stängsel som kringgärdar yrket (Parkin, 1979; Torstendahl, 1997). En framgångsrik professionsstrategi kan ge medlemmarna en status, ställning och trygghet som få andra organiserade grupper på arbetsmarknaden kan uppnå med en facklig strategi.

I en del fall är det professionernas egna organisationer som upprätthåller denna kontroll, men många gånger är det staten som står för regleringen av yrket. Genom att erkänna och reglera yrket skapar staten monopol för en yrkesgrupp inom ett segment av arbetsmarknaden på ett sätt som professioner och deras organisationer sällan kan driva igenom på egen hand. Statens reglering av yrket blir därigenom ofta en förutsättning för upprätthållande av professionens monopol (Johnson, 1982; Burrage och Torstendahl, 1990; Erichsen, 1995). Av denna anledning vill professionerna ofta bli reglerade av staten. Särskilt om deras organisationer samtidigt får vara med och påverka reglernas utformning (jmf *regulatory capture*, Stigler, 1971). Samtidigt innebär detta risker för professionen, som förlorar i kontroll, och möjliggör för staten att öka konkurrensen genom att exempelvis utöka antalet utbildningsplatser eller tillåta arbetskraftsinvandring (Lundh, 2008, se även Finotelli, 2014).

Ett av få tidigare studier av hur sådana förhållanden påverkar invandring och invandrare är Groutsis (2003). Groutsis pekar i sin artikel på hur utbildningskonkurrensen från utländska läkare har kunnat hållas nere i Australien genom att staten gett ansvaret att utfärda läkarlegitimationer till institutioner som kontrolleras av läkarkåren. Därigenom har den australiensiska läkarkåren,

genom sin kontroll av centrala institutioner och en restriktiv hållning gentemot utlandsutbildade läkare, kunnat undvika ökad utbudskonkurrens, trots att det många gånger existerar ett efterfrågeöverskott på läkare. Att ha inflytande över statens reglering samt myndighetsutövande blir därigenom centralt för professionen i dess strävan att stänga ute och minska konkurrensen på deras arbetsmarknad.

Sammanfattningsvis har fackliga organisationer försökt minska konkurrensen och skydda löner och anställningar för sina medlemmar genom upprättandet av koalitioner med varandra och andra aktörer. I Sveriges fall har centralorganisationerna LO, TCO och Saco hållit en enad linje fram till reformen av arbetskraftsinvandringen år 2008, då Saco och många av dess förbund antog en liberal linje. Saco-förbundens ändrade hållning har varit svår att förklara i tidigare forskning. I denna rapport föreslås en förklaring som utgår från de skillnader som finns mellan professioner och andra arbetstagare, vilket avspeglar sig i delvis andra strategier. Vad som skiljer yrken som läkare och sjuksköterskor från många andra yrken är att de är reglerade. Detta medför att det finns andra vägar att skydda medlemmarna från utbudskonkurrens. Genom att hänvisa till nödvändigheten av vissa kvalifikationer och kontroller för att säkerställa patientsäkerheten är deras organisationer inte på samma sätt bundna till att hänvisa till arbetsmarknadssituationen när de vill förhindra utbudskonkurrens från utlandet. Istället kan de potentiellt använda sitt inflytande inom staten och upprätta delvis andra koalitioner för att hålla nere utbudet inom sina inhägnade segment av arbetsmarknaden. (Den avgörande bedömningen ligger i praktiken hos Socialstyrelsen och lagen om erkännande av yrkeskvalifikationer snarare än Ams/Arbetsförmedlingen och lagstiftningen för arbetskraftsinvandring.)

Baserat på dessa teoretiska perspektiv går det att formulera en forskningshypotes om de studerade organisationernas mål och strategier beträffande mobilitet och internationell migration. Denna är att professionella organisationer kommer att försvara behoven av specifika och av staten reglerade och övervakade kriterier för att utlandsutbildade läkare och sjuksköterskor ska få legitimation och rätt att verka inom dessa yrken i Sverige. Hypotesen används därefter för att analysera svaren på rapportens tre frågeställningar. Frågeställningarna relaterar var för sig till de tre politikområden som rapporten undersöker. Varje politikområde utgör i sin tur ämnet för ett empiriskt kapitel.

- Hur har Läkarförbundet och SHSTF/Vårdförbundet reagerat på invandring och reformer av invandringspolitiken?

- Hur har Läkarförbundet och SHSTF/Vårdförbundet reagerat på frågor som rör skillnader i kunskapskriterier mellan de som fått sin utbildning i Sverige respektive utlandet?
- Hur har Läkarförbundet och SHSTF/Vårdförbundet förhållit sig till förändringar av kriterierna för att få legitimation som uppstått när svenska utbildningar och regleringar anpassats till EU/EES och resten av världen?

De studerade politikområdena är invandring och invandringspolitik (kapitel 4), valideringsprocessen för i utlandet utbildade läkare och sjuksköterskor (kapitel 5) samt förbundens uppfattning om anpassningen till EU/EES (kapitel 6). Givet rapportens hypotes förväntas förbunden för det första efterfråga kontroll av invandrare läkare och sjuksköterskors kvalifikationer snarare än att försöka begränsa invandringen i sig. För det andra förväntas förbunden kräva att sjuksköterskor och läkare som är utbildade i ett annat land har kunskaper som (minst) når upp till och motsvarar deras syn på vad som krävs av en läkare och sjuksköterska utbildad i Sverige. För det tredje förväntas förbunden motsätta sig alla försök att minska eller förändra minimumkrav inom EU/EES som riskerar att påverka dem negativt, exempelvis genom att det möjliggör ökad mobilitet eller sänker yrkets kvalifikationskrav och status generellt.

3 Metod och material

För att studera om och hur Läkarförbundet och SHSTF/Vårdförbundet har försökt påverka på de regleringar som på olika sätt påverkar i utlandet utbildare läkare och sjuksköterskors möjligheter att få legitimation och verka i Sverige använder sig rapporten främst av textmaterial i form av remisser och liknande inlagor, samt uttalanden hämtade från förbundens två husorgan, *Läkartidningen* samt *Vårdfacket/Vårdfokus*. Remissvaren valdes som huvudmaterial eftersom dessa är de studerade förbundens officiella ställningstagande. Remissvar och uttalanden av företrädare för förbunden i tidningsartiklar betraktas som retoriska dokument som kritiserar det organisationerna ogillar, understryker vad de uppskattar och presenterar en vision av hur de skulle vilja att det förhöll sig istället. Analysen går ut på att relatera yttranden till rapportens frågeställningar och jämföra dessa med rapportens hypotes och förväntade resultat.

4 Migration och migrationspolitik

Detta kapitel kommer undersöka förbundens uttalanden om migration och migrationspolitik. Det förväntade resultaten givet rapportens hypotes och tidigare forskning om professioner och deras strategier är att det mycket väl

kan vara positiva till invandring i princip. Däremot förväntas de använda sig av en professionell strategi som går ut på att fokusera på, och ifrågasätta, invandrade läkares utbildning och kompetens. För att motverka utbudskonkurrens förväntas de efterfråga kontroller och regleringar för att försvåra för utlandsutbildade att snabbt och enkelt kunna börja arbeta som läkare eller sjuksköterska i Sverige. Medan dessa kompetenskrav antas syfta till att begränsa konkurrensen kommer de framförallt motiveras med syftet att värna kvaliteten inom svensk sjukvård.

4.1 Bakgrund

Sedan Sverige skrev på EES-avtalet 1992 har arbetsmarknaden för läkare och sjuksköterskor öppnats upp allt mer för internationell konkurrens. Genom avtalet var Sverige bunden till att automatiskt erkänna läkare och sjuksköterska från andra länder inom avtalsområdet och utfärda svensk legitimation till dem. (se kapitel 6) Under perioden därefter har det dessutom genomdrivits ett antal reformer som direkt eller indirekt påverkat möjligheten att migrera till Sverige som läkare eller sjuksköterska. 2004 expanderade EU med tio nya länder där lönerna för vårdpersonal i de flesta fall var påtagligt lägre än i Sverige (SOU 2002:116; Lundborg, 2014). Slutligen genomfördes en reform 2008 som underlättade arbetskraftsinvandring från tredje land (det vill säga länder utanför EU) (SOU 2005:50; SOU 2006:87; Ds 2007:27).

Av dessa reformer tycks främst expansionen av EU haft en betydelse för andelen utlandsutbildade läkare. Delvis på grund av att allt fler svenska medborgare läser till läkare i exempelvis Danmark och Ungern (dessa medborgare förväntas förbunden också försöka stänga ute med hjälp av sina strategier, då dessa försöker kringgå de begränsningar som förbunden försöker upprätthålla för att minska konkurrensen på arbetsmarknaden).

Tabell 1 Andel utlandsutbildade läkare och sjuksköterskor och Sverige

	2000	2006	2012–14	OECD
Läkare	13,9 %	19,3 %	24,3 %	17,1 %
Sjuksköterskor	2,7 %	2,8 %	2,7 %	6,1 %

Källa: OECD, 2015, tabell 3.3 samt 3.4

Tabell 1 visar på andelen läkare och sjuksköterskor i Sverige som fått sin utbildning i ett annat land åren 2000, 2006 och 2012–14 (även OECD-snittet). Redan runt millennieskiftet utgjorde utlandsutbildade läkare en icke försumbar andel av läkarkåren i Sverige och denna andel har ökat sedan dess. Andelen sjuksköterskor utbildade i utlandet har däremot i stort sett legat kvar på samma

förhållandevis låga nivå, även om uppgifter från Socialstyrelsen pekar på en stegring under de senaste åren (NPS, 2016). En delförklaring till detta kan vara att skillnader i löner och arbetslöshet inom EU/EES för dessa yrken inte varit tillräckligt stora för att driva på några större migrationsströmmar i någon riktning (OECD, 2009, 2015). Ett undantag från detta är dock den stora (ofta tillfälliga och cirkulära) migrationen av svenska sjuksköterskor till Norge.

4.2 Förbundens ställningstaganden

Mobilitet och internationell migration var inte något som förbunden uppmärksammade i någon större omfattning under 1990-talet. Invandringen blev en prioriterad fråga för Läkarförbundet först runt millennieskiftet, vilket torde hänga samman med att invandringen då ökade (*Läkartidningen*, 42/2005). Vårdförbundet tycks inte ägnat frågorna någon större uppmärksamhet förrän relativt nyligen, delvis för att ansvaret för migrationspolitiska frågor ofta lämnats över till TCO, förbundets centralorganisation.

Representanter för Läkarförbundet började i större utsträckning uppmärksamma invandringen några år innan EU:s expansion och innan reformeringen av arbetskraftsinvandringspolitiken kom upp på regeringens agenda. Det som de mer konkret reagerade på var ett antal landstings aktiva rekrytering i länder utanför EU (framförallt Polen) (SOU 2002:116). Företrädare för Läkarförbundet vände sig emot hur rekryteringen gick till och menade att detta bröt mot den svenska modellen för arbetskraftsinvandring som etablerades på 1960-talet. Detta innebar, menade de, att inhemsk arbetskraft, vilket nu, enligt förbundets sätt att resonera, inkluderade EU-medborgare, skulle gå före (*Läkartidningen*, 7/2000, 8/2000, 39/2000). I sitt motstånd mot läkarinvandring refererade Läkarförbundet till såväl de invandrade läkarnas löner och arbetsvillkor som deras kvalifikationer. I ett uttalande 2002 menade förbundets ordförande Bernhard Grewin att förbundet var positivt till invandring, men att det var viktigt att läkare som invandrat uppnådde svenska läkares standard. Annars hotades hela läkarkårens rykte och anseende, menade han (*Läkartidningen*, 38/2002). Med tiden blev Läkarförbundet allt mer positivt till rörlighet men fortsatte hänvisa till betydelsen av kvalifikationer (*Läkartidningen*, 42/2004). 2005 ansåg ordförande för Medicine Studerandes Förbund (MSF), Johan Zalano, att anställningstrygghet för den enskilde läkaren inte längre skulle komma från en läkarbrist utan genom deras kompetens. Genom att säkerställa att den svenska läkarutbildningen höll den högsta kvalitén skulle framtiden se ljus ut även med EU-konkurrens (*Läkartidningen*, 15/2005).

Den allt mer positiva attityden till internationell mobilitet hos Läkarförbundet avspeglar sig också i förbundets inställning till reformer av

invandringspolitiken. En statlig utredning inför EU:s expansion föreslog att Sverige skulle införa övergångsregler, vilka under en tid skulle försvåra rörligheten till landet från de nya medlemsländerna (SOU 2002:116). I sitt remissvar menade Läkarförbundet att det inte behövdes några övergångsregler. De ansåg emellertid att invandrade läkare behövde en introduktion i det svenska sjukvårdssystemet för att de ska ”förstå den svenska sjukvårdskulturen och traditionen” (Läkarförbundets remissvar 9/4 2003). För invandrade läkare från tredje land var de emot restriktioner, såsom krav på heltid för att få arbetstillstånd, samtidigt som de var positiva till en liberalisering av svensk politik för arbetskraftsinvandring (Läkarförbundets remissvar 31/10 2007). De ville dock även framöver ha insyn, vara involverade och ha kvar möjligheter att föreslå avstrykning av arbetstillstånd som de hade innan reformen.

Vårdförbundet har inte i någon större utsträckning uttalat sig om invandring av sjuksköterskor förrän relativt nyligen. Detta har rimligen att göra med att invandringen av utlandsutbildade sjuksköterskor varit förhållandevis liten (*Vårdfacket*, 3/2002; *Vårdfokus*, 9/2005). Under de senaste åren har emellertid arbetsgivarnas aktiva rekrytering av sjuksköterskor från länder som Ungern, Polen, Spanien, de baltiska länderna och Filipinerna ökat i omfattning (*Vårdfokus*, 9/2015, 8/2016). Många av de invändningar som företrädare för Vårdförbundet på lokal och central nivå haft mot invandring har handlat om löner och villkor. Det föreligger delade uppfattningar om huruvida sjuksköterskebristen skulle kunna lösas genom högre löner snarare än invandring eller om bristen på sjuksköterskor är absolut och således enbart kan lösas genom rekrytering utomlands. Samtidigt har företrädare vid tillfällen också ifrågasatt de invandrare sjuksköterskornas kvalifikationer. Vid ett fall då Landstinget i Dalarna rekryterade ungerska och litauiska sjuksköterskor menade en lokal företrädare att de rekryterade sjuksköterskornas bristande språkkunskaper innebar att de inte kunde utföra dokumentationen. Då dokumentationen var en del av en sjuksköterskas arbetsuppgifter menades att de som inte behärskade dokumentation inte heller var kvalificerad för andra arbetsuppgifter.

4.3 Sammanfattning

Läkarförbundet resonerar i flera avseenden som förväntat givet slutsatser från tidigare forskning. Initialt försvaras den svenska modellen för arbetskraftsinvandring men några år in på 2000-talet blir förbundet allt mer liberalt i sin inställning till invandring. Detta har emellertid inte inneburit att förbundet förordat en striktare kontroll av utlandsutbildade läkares kompetens än tidigare. Visserligen går det att finna uttalanden som pekar på att de uppfattar det som problematiskt att utlandsutbildade läkare inte alltid är införstådda med det

svenska sjukvårdssystemet och i vissa fall saknar den kompetens som de bedömer som nödvändig. Men detta har inte avspeglats i deras yttranden kring reformer av regleringarna, utan i dessa frågor har de hållit en liberal linje under de senaste 10–15 åren.

Vårdförbundets uttalanden är mer i linje med det förväntade givet hypotes och tidigare forskning. Förbundet har agerat som en facklig organisation och pekat på situationen på arbetsmarknaden och då särskilt löner och arbetsförhållande som argument mot invandring och aktiv rekrytering av sjuksköterskor utomlands. Samtidigt har de vid flera tillfällen ifrågasatt de i utlandet utbildade sjuksköterskornas kompetens och kvalifikationer.

5 Validering och komplettering

Genom att läkare och sjuksköterska är reglerade yrken kan staten ställa krav på att de som utbildat sig i ett annat land måste gå igenom en valideringsprocess och komplettera sin utbildning innan de får legitimation och rätt att utöva yrket. I Sveriges fall handhas detta av Socialstyrelsen. Frågan för detta kapitel är om förbunden har bedömt valideringsprocessen och tillhörande kompletteringar som tillräckliga för i utlandet utbildade läkare och sjuksköterskor. Det förväntade resultatet är att förbunden ska förordna utökad statlig övervakning och kontroll av de i utlandet utbildades kompetens och kvalifikationer. De förväntas hänvisa till de specifika kunskapskriterier som förbunden anser är nödvändiga för att kunna verka inom den svenska hälso- och sjukvården. De kan också förväntas söka allianser med andra aktörer, såsom universitetsinstitutioner och andra organisationer med inflytande som befolkas av företrädare för professionen.

5.1 Bakgrund

Valideringsprocessen för reglerade hälso- och sjukvårdsyrken har varit ett ämne för återkommande utvärderingar och reformförslag (Socialstyrelsen, 2004; Ds 2007:45; RiR 2011:16; Karlberg, 2013; Ds 2016:35; SOU 2017:18). De steg som den i utlandet utbildade läkaren och sjuksköterskan måste gå igenom har förändrats en del under åren och det är inte här möjligt att gå igenom dem alla. I princip har processen dock varit snarlik och förändringar har i första hand rört administration, samordning mellan olika aktörer samt tilldelningen av resurser. Det första steget är ett språktest. Det andra steget är det medicinska kunskapstestet, eller Tule-testet, för läkare. Ett prov som fram tills relativt nyligen genomfördes av Karolinska institutet (KI) två gånger per år och bestod av ett tredagarstest av såväl teoretiska som praktiska kunskaper.

Även sjuksköterskor har haft snarlika, men något mindre omfattande, tester. Därefter har den sökande fått gå som praktikant på en avdelning i ett antal månader (ungefär motsvarande AT-tjänsten för läkare) för att sedan, förutsatt att praktikanten bedömdes som godkänd, söka om svensk legitimation.

Även om förändringar av processen säkerligen haft påtagliga konsekvenser för de som varit och är direkt berörda av den, är det här främst av betydelse vilka som behöver valideras samt kompletteras och inte. Det automatiska erkännandet av yrkeskvalifikationerna inom EU/EES innebär att de som har en legitimation från något av dessa länder inte behövde få sin utbildning validerad eller kompletterad. Detta inkluderade fram tills nyligen även språktester, vilket i de äldre direktiven bedömdes som en form av diskriminering utifrån nationalitet (se kapitel 6). I och med det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet är det emellertid nu återigen möjligt för Socialstyrelsen att ställa krav på och pröva den sökandes språkkunskaper innan myndigheten utfärdar legitimationer till reglerade yrken inom hälso- och sjukvården.

5.2 Förbundens ställningstaganden

Läkarförbundet har under de senaste 15–20 åren utvecklat sitt intresse för validering och kompletterande utbildning för utlandsutbildade läkare. År 1999 författade de tillsammans med Läkaresällskapet ett handlingsprogram för hur invandrade läkares väg till legitimation i Sverige och deltog också i ett antal olika regionala projekt som syftade till att underlätta introduktionen (Läkarförbundet, 2001; Lindgren, 2003). Läkarförbundets intresse för utländska läkares introduktion under sent 1990-tal och framåt kan förstås utifrån vissa rådande omständigheter. Vid denna tid hade arbetsgivare börjat intressera sig för att rekrytera läkare utomlands, mot vilket Läkarförbundet initialt var skeptiska (se kapitel 4). Samtidigt fanns det relativt många invandrade läkare från tredje land för vilka det i snitt tog fem år i Sverige innan de fick svensk läkarlegitimation.

Den politik som Läkarförbundet fört består i att de återkommande efterfrågat ökade resurser till valideringsprocessens olika steg. Politiken kan sammanfattas med att de eftersträvar att Socialstyrelsen ska ha ett övergripande ansvar för processen, men med Läkarförbundets bistånd. Den uttryckta anledningen till denna inställning är att de inte vill att ansvaret för processen ska ligga enbart hos individen och arbetsgivaren, då detta skulle innebära att läkare från tredje lands möjligheter att få en svensk legitimation skulle bli beroende av ebb och flod på arbetsmarknaden (Läkarförbundets remissvar 9/9 2004). Läkarförbundets krav på ökad involvering av det offentliga tycks således inte i första hand vara för att försvåra för utlandsutbildade läkare genom att öka på kraven

för svensk legitimation, utan att skydda sina (framtida) medlemmar från marknadskrafterna.

Vid ett antal tillfällen har Läkarförbundet dessutom vänt sig emot förslag att öka kraven för läkare med examen från tredje land. Detta var exempelvis fallet då en rapport från Socialdepartementet föreslog förändringar som Läkarförbundet menade skulle göra processen svårare och längre (Karlberg, 2013; *Läkartidningen*, 9–10/2013). Ett annat tillfälle ägde rum när arbetsmarknadsminister Ylva Johansson kritiserades av företrädare för AT-nämnden för att den förra anmärkt på vad hon menade var onödiga dröjsmål i validerings- och kompletteringsprocessen (*SvD*, 12/6 2015). Johansson replikerade tillsammans med Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren och menade fortsatt att vägen till legitimation för utländska läkare var onödigt snårig (*SvD*, 17/6 2015), även om Stensmyren drygt ett år senare fastslog att patientsäkerheten inte fick äventyras (*DN*, 12/7 2016).

Ett återkommande spørsmål för Läkarförbundet är AT-tjänstgöringen (allmäntjänstgöring) eller liknande praktik och dess vara eller icke vara. AT-tjänst är en period på minst 18 månader (tidigare 21 månader) som måste fullföljas efter det att utbildningen är färdig för att läkaren ska få en fullvärdig legitimation. Genom att antalet AT-platser ofta varit färre än antalet sökande är frågor kring AT-tjänstgöringen en återkommande fråga för Läkarförbunden i många sammanhang, och så även i invandringsfrågor. Å ena sidan innebär kraven på praktik för läkare från tredje land att dessa i vissa fall konkurrerar med svenskt utbildade läkare om dessa AT- och praktikplatser. Å andra sidan så har medlemskapet i EU/EES inneburit att utlandsutbildade läkare från dessa länder inte behöver genomgå AT-tjänstgöring för att få legitimation och verka som läkare i Sverige. Det förra kan potentiellt leda till konflikter mellan olika kategorier av ej ännu legitimerade läkare. 1996 föreslog en distriktsläkare och tillika studierektor för södra Dalarna i en insändare till *Läkartidningen* att det skulle upprättas särskilda AT-kvoter för i utlandet utbildade läkare för att dessa inte skulle tränga ut svenskt utbildade från dessa platser. Förslaget mötte emellertid motstånd från såväl Läkarförbundet som Sylf (Sveriges Yngre Läkares Förening) som menade att det borde vara upp till staten att påminna landstingen om att det är deras ansvar att verka för att det finns tillräckligt med AT-platser (*Läkartidningen*, 50/1996, se även *Läkartidningen*, 37/1997).

Under senare tid har Läkarförbundet snarare bekymrat sig över att utlandsutbildade läkare från EU/EES inte *får* genomgå en AT-tjänstgöring. Förbundet uppfattar enligt egen utsago denna som en god introduktion i det svenska sjukvårdsarbetet och att det därför är en förlust för de utlandsutbildade läkarna som missar chansen till denna introduktion. För att lösa detta problem föreslog

Läkarförbundet i samband med den senaste utredningen av läkarutbildningen, att AT-tjänsten skulle avskaffas och utbildningen istället förlängdes till sex år samt att AT skulle ersättas av något de kallar BasT (Bastjänstgöring) (Läkarförbundet, 2013). Denna tjänstgöring skulle vara en introduktion i sjukvårdsarbete i Sverige som skulle vara obligatoriskt för alla, oavsett var de fått sin utbildning och sin legitimation utfärdad (se även *Läkartidningen* 36/2012, 12/2013, det bör påpekas att detta förslag inte är förenligt med EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv).

SHSTF/Vårdförbundet har i mycket mindre utsträckning kommenterar frågor kring valideringsprocessen för sjuksköterskor utbildade i tredje land (Vårdförbundets remissvar 13/9 2004, 3/5 2008). De kommentarer och inlägg som finns indikerar emellertid att SHSTF i början av 2000-talet hade kommit till snarlika uppfattningar som Läkarförbundet. År 2002 skrev det ett gemensamt uttalande tillsammans med Kommunförbundet och Landstingsförbundet där de efterfrågade en förenklad väg till legitimation för utlandsutbildade sjuksköterskor (*Regeringskansliets arkiv*, N2002/3428/A). De har också efterfrågat ökade resurser till valideringsprogram och har kritiserat när sådana resurser och program dragits tillbaka.

5.3 Sammanfattning

Både Läkarförbundet och SHSTF/Vårdförbundet har sedan (åtminstone) millennieskiftet efterfrågat ökade resurser till validerings- och kompletteringsprogram med det uttalade syftet att underlätta för läkare och sjuksköterskor från tredje land att tillskansa sig svensk legitimation. Resultaten indikerar därför inte att förbunden försöker använda sitt inflytande för att försvåra denna process och därigenom hålla nere konkurrensen på sina delarbetsmarknader. I vissa fall har de till och med föreslagit att processen kan förenklas eller underlättas med hjälp av mer resurser och program. I många avseenden tycks förbunden således se läkare och sjuksköterskor från tredje land som presumtiva kollegor i professionen och medlemmar i sina organisationer. Läkarförbundet har dessutom vid flera tillfällen talat emot andra aktörer och tänkbara allierade till professionen som kommit med förslag som skulle försvåra för utlandsutbildade att validera och komplettera sin utbildning. Därigenom går resultaten snarare emot hypotesen.

Däremot framkommer det även att förbunden inte betraktar utlandsutbildade, vilket även inkluderar de från andra EU/EES-länder, som fullt kvalificerade för arbete inom svensk hälso- och sjukvård utan någon form av komplettering. Läkarförbundets idé om en bastjänstgöring för alla, inklusive

läkare med legitimation från andra EU/EES-länder, kan ses som ett uttryck för detta.

6 Yrkets reglering

EES-avtalet och medlemskapet i EU har inte enbart inneburit att möjligheterna att invandra och arbeta som läkare eller sjuksköterska i Sverige ökat. Det har också inneburit att svenska kriterier har behövt anpassas till EG/EU. På EU-nivå har det sedan länge förts en politik med den uttalade ambitionen och förhoppningen att ökad mobilitet ska bidra till lägre arbetslöshet och högre ekonomisk tillväxt inom unionen. En anpassning till denna politik medför samtidigt ett potentiellt hot mot professionernas inhägnader, då det kan leda till en jämkning till de lägsta kriterierna för yrket som föreligger inom EU. Det förväntade resultat är därför att förbunden kommer att argumentera för striktare regleringar, kontroller eller utbildningskrav för legitimation, oavsett om dessa är de som för stunden är rådande i Sverige eller om det är de som föreslås.

6.1 Bakgrund

Det är i stort sett vid två tillfällen som EES och EG/EU direkt påverkat de reglerade hälso- och sjukvårdsyrkena. Det första tillfället var när Sverige skrev på EES-avtalet 1992, vilket medförde vissa anpassningar av svenska regleringar (Ds 1992:34), samt vid den nyligen genomförda implementeringen (SOU 2014:19) av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet (Direktiv 2013/55/EU). Till detta kan läggas spörsmålen beträffande titeln Europaläkare, en titel som skapades i samband med EES-avtalet och som sedermera avskaffades 2012. Medan detta tillägg kanske vid första anblicken kan betraktas som en mindre fråga i sammanhanget, så är det kanske tydligaste exemplet på hur intressen uppbyggda kring en aspekt av det svenska sjukvårdssystemet krockar mot EU:s försök att skapa och upprätthålla generella regleringar som möjliggör mobilitet.

De EU-direktiv som berör hälso- och sjukvårdsyrken syftar till att underlätta mobilitet på arbetsmarknaden. Detta uppnås framförallt genom ett etablera minimikrav för utbildningarnas längd och innehåll inom EU. Detta innebär att andra medlemsländer automatiskt måste erkänna utbildningen, och utfärda legitimation, för individer utbildade i ett annat land var utbildningar uppnår dessa krav. Det innebär också att de enskilda medlemsländerna förlorar i inflytande över regleringen av de yrken som berörs i direktiven. Därigenom flyttas konflikter och förhandlingar kring yrkets gränser, vilket är av största vikt för professioner, från den nationella till den europeiska nivån. När Sverige

skrev på EES-avtalet 1992 hade landet, och även förbunden, att anpassa sig till rådande direktiv. I samband med det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet har däremot förbunden haft möjlighet att själva involvera sig i processen, vilket det också gjort.

6.2 Förbundens ställningstaganden

Även om direktiven reglerar flera olika sakfrågor är det i det stora hela endast ett par frågor som kan betraktas som centrala och av särskilt intresse för förbunden. Dessa är språkfrågan samt utbildningarnas längd.

De direktiv som gällde i början på 1990-talet fastslog att enskilda länder inte fick ställa krav på vare sig språkkunskaper eller kunskap i de regler och förordningar som gällde för yrkesutövandet i landet innan en legitimation från ett annat medlemsland erkändes. Detta motiverades i direktiven med att språkkrav kunde betraktas som en form av diskriminering. För att tillgodose detta föreslogs emellertid att Socialstyrelsen skulle se till att utlandsexaminerade kände till medicinska förordningar samt att det skulle finnas möjlighet att få utbildning i svenska om så behövdes. Det var framförallt SHSTF som i sitt remissvar till Ds 1992:24 påpekade att detta kunde bli problematiskt för att säkerställa att utlandsutbildade sjuksköterskor hade dessa kunskaper och var allt för vagt formulerat. De fick i det stora medhåll från bland annat den medicinska fakulteten vid Uppsala universitet och Kommunförbundet, som förordade krav och etablerade system för att säkerställa att invandrade vårdprofessionella fick dessa kunskaper och kompetenser. Läkarförbundet uttalade sig däremot inte i denna fråga (*Riksarkivet*, S92/3842/J).

I samband med moderniseringen av yrkeskvalifikationsdirektivet öppnades frågan upp igen genom att det blev möjligt att på nationell nivå återigen pröva språkkunskaperna innan utfärdandet av legitimationen (SOU 2014:19; Remissvar i *Riksarkivet*, S2015/1433/FS; se även *Socialstyrelsens arkiv*, Dnr 2015/4.1.1.29011). Både Läkarförbundet och Vårdförbundet välkomnade denna möjlighet. Läkarförbundet påpekade dessutom att detta innebar att de krav som ställdes på de utbildade i tredje land och inom EU/EES närmade sig varandra, vilket bedömdes som positivt ur en rättvisesynpunkt. De förordade däremot att språkraven inte skulle vara allt för strikta och att Socialstyrelsen skulle få ansvar för att upphandla eller på annat sätt tillgodose att sådana kurser fanns tillgängliga.

Utbildningskraven torde potentiellt vara en än mer känslig fråga genom att det inte bara handlar om möjligheterna att stänga ute de personer som inte bedöms behärska språket, utan direkt berör kärnan i professionens anspråk på en särskild kunskap (eller i alla fall hur lång tid det tar att skaffa sig denna

kunskap). Läkarutbildningen har under hela den undersökta perioden varit fem och ett halvt år. Frågan kring hur denna längd förhåller sig till utbildningslängden i andra medlemsländer (ofta sex år men i många fall med kortare terminer) har kommenterats och diskuterats av Läkarförbundet, men utan att anpassningen till EU har ansetts vara något större problem. En uppskattning är att den svenska läkarutbildningen i timmar räknat är 8 000 timmar lång (AT-tjänsten oräknat), medan minimumkraven i yrkeskvalifikationsdirektivet är på 5 500 timmar. En anledning till denna passiva inställning i samband med EES-avtalet tycks ha varit att Läkarförbundet inte förväntade sig att detta skulle medföra någon ökad invandring av läkare från EES-länder utanför Norden, för vilket det redan fanns ett särskilt avtal sedan början på 1980-talet. (Däremot har frågan om AT-tjänstgöringen varit en mer diskuterad fråga, vilket täckts i kapitel 5 ovan.)

I detta avseende är SHSTF/Vårdförbundets yttranden tydligare än Läkarförbundets. I början av 1990-talet hade SHSTF inget att invända mot de krav på utbildningens längd som gällde i det dåvarande sektorsdirektivet. Detta torde inte förvåna, då det något tidigare fattats beslut om att utöka sjuksköterskeutbildningens längd från två till tre år. Delvis som en anpassning till kraven in EG (Ds 1991:81; Erlöv och Petersson, 1998). På så sätt kan implementerandet av EES-avtalet sägas ha hjälpt sjuksköterskorna att höja yrkets status och de krav som omgärdar tillträdet till professionen.

Drygt 20 år senare var situationen däremot en annan. Striden stod dock inte kring utbildningens längd utan dess förkunskapskrav. I Sverige är sjuksköterskeutbildningen en högskoleutbildning. I en del andra länder är det däremot mer att betrakta som en yrkesutbildning. Frågan var om förkunskapskravet för att få påbörja en sjuksköterskeutbildning ska vara tio eller tolv års skolgång. Detta avgjorde i sin tur utbildningens innehåll; om det är en yrkes- eller högskoleutbildning. Såväl Vårdförbundet som EFN (*European Federation of Nurses*, en organisation för sjuksköterskeförbund inom EU) förordade ett krav på tolv år. När några stater, framförallt Tyskland och Polen, motsatte sig kravet på tolv år reagerade Vårdförbundet kraftigt (*Vårdfokus*, 3/2011). I en debattartikel i Dagens Nyheter menade ordföranden för såväl Vårdförbundet och Svenska Barnmorskeförbundet att ”Tyskland är ett mansdominerat samhälle där kvinnodominerade utbildningar inte står högt i kurs. Där genomförs sjuksköterske- och barnmorskeutbildning på gymnasienivå. Utbildningen till sjuksköterska motsvarar undersköterskans kompetens i Sverige” (*DN*, 30/11 2012). Senare i texten påpekades att tyska sjuksköterskor som kom till Sverige, och genom de regler som innebär att deras legitimation blir automatiskt erkänd, har svårigheter att utföra sina arbetsuppgifter i svensk sjukvård då de saknar

reell kompetens för detta. I slutändan skrevs den något märkliga kompromissen att förkunskapskraven skulle vara tio eller tolv år in i det moderniserade direktivet. Vårdförbundet och EFN hävdar däremot att högre krav är bättre för såväl patientsäkerheten som vårdens kvalitet och effektivitet (EFN, 2007, 2011a, 2011b).

En fråga där utbildningens längd varit viktig för Läkarförbundet, eller i alla fall delar av det, är frågan om allmänspecialister och Europaläkare. Inom det svenska sjukvårdssystemet har allmänspecialisten en viktig roll. Precis som alla andra specialister är kraven för att bli allmänspecialist i Sverige fem års specialisttjänstgöring (ST). Andra länder har emellertid andra sjukvårdssystem och flera av dem saknar allmänspecialister eller innebär delvis andra krav och uppgifter. I samband med att Sverige skrev på EES-avtalet upprättades titeln Europaläkare för de som inte uppnådde kraven för allmänspecialist i Sverige men uppfyllde de krav som ställdes av EG för att få arbeta gentemot medlemsländernas offentliga försäkringssystem. Redan då uttalade sig några remissinstanser oroande om vad detta skulle kunna innebära för det svenska systemet med allmänspecialister (*Riksarkivet*, S92/3842/J). Läkarförbundet hoppades att skapandet av denna titel inte skulle innebära att allmänspecialister nu skulle kunna ersättas med läkare med mindre kompetens. De fick stöd i detta av bland annat institutionen för allmänmedicin vid KI och den Medicinska fakulteten vid Uppsala universitet.

Europaläkarfrågan lyftes igen en tid innan processen för att modernisera yrkeskvalifikationsdirektivet påbörjades när en nederländsk läkare, som sökte legitimation i Sverige, fick en legitimation som Europaläkare istället för en specialist i allmänmedicin. Hon anmälde detta till Europakommissionen 2009 (Ds 2012:2). Den svenska staten, som i detta stöddes av såväl Distriktsläkarförbundet inom Läkarförbundet som Svensk förening för allmänmedicin, försökte försvara den rådande ordningen. Efter att ärendet prövats av EU-domstolen tvingades emellertid Sverige avskaffa ett system med två kompetensnivåer (*Dagens Medicin*, 7/2009; *Läkartidningen*, 47/2010, 41/2011). Därigenom blev det möjligt för läkare från andra EU/EES-länder med lägre specialistutbildning än fem år att få legitimeras sig som specialister i allmänmedicin i Sverige.

6.3 Sammanfattning

SHSTF/Vårdförbundets ståndpunkter går att betrakta som i linje med rapportens hypotes. När Sverige skrev på EES-avtalet, och detta medförde vissa förändringar för de legitimerade hälso- och sjukvårdsyrkena i Sverige, var förbunden i det stora hela villiga att acceptera denna utveckling. För SHSTF

var denna inställning knappast förvånande, då denna anpassning bidragit till att göra sjuksköterskeutbildningen treårig. Drygt 20 år senare var Vårdförbundet inställning en annan, då anpassning till EU:s direktiv tycktes undergräva sjuksköterskelegitimationens status och innehåll. Det möjliggjorde dessutom invandring av sjuksköterskor från Tyskland och Polen som Vårdförbundet menar inte når upp till de kompetenskrav som föreligger i Sverige. De har också sedan första början varit skeptiska till bristen på språkkrav för svensk legitimation för sjuksköterskor utbildade i andra EU/EES-länder.

Den liberala inställningen hos Läkarförbundet är däremot svårare att tolka på detta sätt (jämför med kapitel 4). Däremot har Läkarförbundet och flera andra aktörer varit intresserade av att på olika sätt försöka anpassa vissa aspekter av direktiven till svenska förhållanden (se förslaget om BasT i kapitel 5). Det är framförallt när flera olika institutioner kring professionen går samman för ett gemensamt mål (vilket är hur professionaliseringsforskare oftast tenderar att betrakta professioner) som deras styrkor blir tydliga, även om de inte lyckats vinna mot EU med avseende på kraven på specialister i allmänmedicin.

7 Slutsatser

Rapportens övergripande syfte är att undersöka om och hur de organisationer som företräder läkare (Läkarförbundet) och sjuksköterskor (SHSTF/Vårdförbundet) har försökt inverka på de regleringar som på olika sätt påverkar i utlandet utbildade läkare och sjuksköterskors möjligheter att få legitimation och verka i Sverige. För detta syfte har remissvar samt uttalanden av företrädare för förbunden i deras respektive husorgan sedan början av 1990-talet studerats. Utgångspunkten har varit att Läkarförbundet och SHSTF/Vårdförbundet kommer att försöka påverka reformer rörande regleringar av yrket och förändringar av kraven på i utlandet utbildade yrkesutövare på ett sådant sätt att det minskar (eller håller tillbaka ökningen av) utbudskonkurrensen på deras segment av arbetsmarknaden. Denna utgångspunkt grundas på en hypotes om att professionella organisationer kommer att försvara behoven av specifika och av staten reglerade och övervakade kriterier för att utlandsutbildade läkare och sjuksköterskor ska få legitimation och rätt att verka inom dessa yrken i Sverige. Förbundens uttalanden har studerats inom tre områden: invandring och invandringspolitik (kapitel 4), valideringsprocessen och kompletterande utbildning för i utlandet utbildade läkare och sjuksköterskor (kapitel 5), samt förbundens uppfattning om anpassningen till EU/EES (kapitel 6).

Kontentan av rapportens analys är att förbundens yttranden enbart delvis överensstämmer med den framlagda hypotesen. Särskilt Läkarförbundet resonerar i mångt och mycket så som en profession som försöker upprätthålla en stängd kartell förväntas göra. Yttranden hänvisar oftare till patientsäkerhet, nödvändigheten av specifika kunskapskrav samt behov av kontroller, snarare än till förhållanden på arbetsmarknaden. Förbundet har emellertid endast i begränsad utsträckning använt dessa strategier för att försöka stänga ute utlandsutbildade läkare från den svenska arbetsmarknaden. SHSTF/Vårdförbundets yttranden är något mer svårtolkade. Delvis för att förbundet och dess företrädare inte yttrar sig lika ofta som Läkarförbundet, vare sig i form av remissvar till utredningar eller i sin egen tidning. Man skulle dock kunna säga att SHSTF/Vårdförbundet använder sig av en blandning av fackliga och professionella strategier (något som även Torstendahl (1997) teoretiserar om).

Avseende förbundens inställning till invandring och invandringspolitik resonerar Läkarförbundet i mångt och mycket som förväntat. I början av den undersökta perioden, försvarar förbundet emellertid den svenska modellen och en mer restriktiv politik gentemot arbetskraftsinvandring. Strax efter millennieskiftet ändras förbundets politik till att bli allt mer liberal i fråga om migration och mobilitet. När Läkarförbundet övergick till en mer liberal inställning gentemot migration och mobilitet i början av 2000-talet skulle man kunna förväntat sig att de istället skulle skydda den svenska läkarprofessionens intressen genom att hänvisa till utbildning, kvalifikationer och kompetens för att därigenom försvåra för utlandsutbildade läkare att verka i Sverige. Så tycks i det stora hela inte vara fallet. SHSTF/Vårdförbundets uttalanden är mer i linje med det förväntade givet hypotes och tidigare forskning. Förbundet har agerat som en facklig organisation och pekat på situationen på arbetsmarknaden och då särskilt löner och arbetsförhållanden som argument mot invandring och aktiv rekrytering av sjuksköterskor utomlands. Samtidigt har de vid flera tillfällen ifrågasatt de i utlandet utbildade sjuksköterskornas kompetens och kvalifikationer.

Beträffande frågor som rör validering och kompletterande utbildning för läkare och sjuksköterskor från tredje land stödjer resultaten utgångspunkterna i det avseendet att båda förbunden har en uppfattning om vissa minimikrav och kvalifikationer som är nödvändiga att uppnå. De använder dock inte sådana krav för att stänga ute utlandsutbildade. Både Läkarförbundet och SHSTF/Vårdförbundet har istället förespråkat att ytterligare offentliga resurser ska tillföras för att processen ska underlättas för utlandsutbildade läkare och sjuksköterskor. Genom att kräva mer resurser kan förbunden bevaka sina intressen att upprätthålla professionens kvalifikationskrav och status samtidigt

som de underlättar för utlandsutbildade att nå dessa krav. Genom att hävda att validering och komplettering är en rättighet så betraktar förbunden de utlandsutbildade läkarna och sjuksköterskorna snarare som kollegor som implicit behöver hjälp för att uppnå en högre standard och skyddas från marknadskrafterna, än ett hot som ska stängas ute.

I frågor som rör legitimationen och utbildningens anpassning till EU/EES ligger framförallt SHTF/Vårdförbundets yttrande närmast vad som kunde förväntas utifrån hypotesen att förbunden kommer försvara behoven av specifika och av staten reglerade och övervakade kriterier för att utlandsutbildade ska få svensk legitimation. När Sverige skrev på EES-avtalet bidrog detta till att utbildningen till sjuksköterska förlängdes från två till tre år. I det läget hade SHSTF inga invändningar mot en anpassning till EG:s direktiv, även om de kritiserade borttagande av Socialstyrelsen möjlighet att pröva språkkunskaperna för de som ansökte om svensk legitimation. Däremot har Vårdförbundet under senare år aktivt vänt sig mot att yrkeskvalifikationsdirektivets krav för sjuksköterskor snarare motsvarar kraven på en undersköterska i Sverige. Genom att de som utbildats i exempelvis Tyskland och Polen får sin utbildning automatiskt erkänd i Sverige utgör detta ett hot mot den svenska sjuksköterskeprofessionens inhägnad och kan på sikt leda till att yrket förlorar sin ställning. Läkarförbundets ofta positiva och liberala inställning är däremot, som sagt, något svårare att förklara med hjälp av rapportens hypotes. Med undantag för frågan om Europaläkare och specialister i allmänmedicin, samt möjligen genom idén om obligatorisk bastjänstgöring (BasT) för alla, verkar inte Läkarförbundet vilja motverka ökad mobilitet inom EU. Med tanke på att kraven för en svensk läkarlegitimation är högre än för många andra EU-länder (så länge den obligatoriska AT-tjänsten räknas in) är detta resultat något förvånande och svårförklarat.

Tidigare forskning har visat på att fackförbunds strategier inte är oberoende av kontextuella omständigheter, såsom förekomsten av olika institutioner, förhållanden på arbetsmarknaden och det samhälle inom de verkar. Detta torde även vara fallet för de organisationer som företräder sjukvårdsprofessioner. Då de senaste åren präglats av återkommande personalbrist inom svensk sjukvård är det måhända inte konstigt att förbunden inte kan använda sig av balansen på arbetsmarknaden som skäl för att argumentera emot invandring av utlandsutbildade läkare och sjuksköterskor. Det är under sådana förhållanden viktigare för professionens företrädare att upprätthålla yrkeskraven än att försöka kontrollera hur många som uppnår dessa krav. Att förbunden inte har något direkt inflytande över regelverk och utfärdandet av legitimationer, vilket förekommer i en del andra länder, samt en mer allmän liberal inställning bland

högutbildade i dagens Sverige, kan också bidra till att förklara förbundens inställning. Andra tänkbara förklaringar som kanske framförallt gäller Läkarförbundet, och möjliga frågor för framtida forskning, är att förbundet uppfattar utlandsutbildade läkare som ett komplement till svenskutbildade. Med komplement avses här att utlandsutbildade i en situation med efterfrågeöverskott inte ersätter svenskutbildade, utan snarare får de mindre eftertraktade posterna medan mer eftertraktade positioner tillfaller de i landet etablerade läkarna. En annan tänkbar förklaring är att en liberal politik också underlättar för deras medlemmar att flytta utomlands, exempelvis till länder där lönerna är högre än i Sverige.

Referenser

Arkiv

Riksarkivet

SE/RA/S92/3842/J, Remisser till Ds 1992:34

SE/RA/326126, Utredningen om genomförandet av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet

Regeringskansliets arkiv

N2002/3428/A, Förslag att förenkla vägen till svensk legitimation för invandrade sjuksköterskor med en utbildning utanför EU/EES

U2014/2885/UH, Remissyttranden över betänkande av utredningen om genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet

S2015/1433/FS, Remisser till Samlat genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet

Socialstyrelsens arkiv

2015/4.1.1.29011, Remiss avseende förslag till nya föreskrifter om erkännande av yrkeskvalifikationer inom hälso- och sjukvården

Tidningar och tidskrifter

Dagens Medicin

DN, Dagens Nyheter

SvD, Svenska Dagbladet

Vårdfacket

Vårdfokus

Internetkällor

Läkarförbundets remissvar, www.slf.se/Vi-tycker/Remisser/Remissvar/

Vårdförbundets remissvar, www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sa-paverkar-vardforbundet/remissyttranden/

Litteratur och tryckta källor

Abbott, A. (1988), *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.

Armstrong M., Cowan, S och Vickers, J. (1994), *Regulatory reform: economic analysis and British experience*, London, MIT Press Series.

- Avcı, G. och McDonald, C. (2000), "Chipping away at the fortress: Unions, immigration and the transnational labour market", *International Migration*, 38(2), s. 191-213.
- Bach, S. (2007), "Going global? The regulation of nurse migration in the UK", *British Journal of Industrial Relations*, 45(2), s. 383-403.
- Boräng, F. och Cerna, L. (2017), "Constrained Politics: Labour Market Actors, Political Parties and Swedish Labour Immigration Policy", *Government and Opposition*, s. 1-24, DOI: <https://doi.org/10.1017/gov.2016.51>
- Brante, T. (2014), *Den professionella logiken: hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapsamhället*, Stockholm, Liber.
- Bucken-Knapp, G. (2009), *Defending the Swedish model: Social Democrats, trade unions, and labor migration policy*, Plymouth, Lexington.
- Burrage M. och Torstendahl, R. (red.) (1990), *Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage.
- Castles, S., De Haas, H. och Miller, M.J. (2014), *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Cerna L. (2009), *Changes in Swedish labour immigration policy: A slight revolution?*, SULCIS Working Papers, Stockholm.
- Ds 1991:81, *Sjuksköterskeutbildningen mot 2000-talet*, Stockholm, Utbildningsdepartementet.
- Ds 1992:34, *Införande av EES-rätt: ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården m.m.* Stockholm, Socialdepartementet.
- Ds 2007:27, *Ett effektivt och flexibelt system för arbetskraftsinvandring*, Stockholm, Justitiedepartementet.
- Ds 2007:45, *Vägen till svensk legitimation för personer med hälso- och sjukvårdsutbildning från tredje land*, Stockholm, Utbildningsdepartementet.
- Ds 2012:2, *Specialist i allmänmedicin: en yrkeskvalifikation för läkare i allmänpraktik*, Stockholm, Socialdepartementet.
- Ds 2016:35, *Ett nytt regelverk för nyanlända invandrades etablering i arbets- och samhällslivet*, Stockholm, Arbetsmarknadsdepartementet.

- EFN (2007), *EFN Policy Statement, EU Directive on Mutual Recognition of Professional Qualifications*, http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2011/11/EFN_Policy_Statement_SynergyMRPQ-Bologna-EQF_EN_final102008.pdf [nedladdad 2017-03-11].
- EFN (2011a), *Concerning: Consultation on the Professional Qualification Directive*, <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2011/11/EFNResponseToDGInternalMarketMRPQConsultation15032011.pdf> [nedladdad 2017-03-11].
- EFN (2011b), *Concerning: EFN Input to the Green Paper on Modernising the Professional Qualifications Directive*, http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2011/11/GreenPaper-ModernisingPQD-EFNInputtoConsultation-Final_000.pdf [nedladdad 2017-03-11].
- Erichsen, V. (1995), "State traditions and medical professionalization in Scandinavia", i Johnson, T, Larkin, G. och Saks, M. (red.) *Health Professions and the State in Europe*, London, Routledge.
- Erlöv, I. och Petersson, K. (1998), *Från kall till akademi: ideologiska faser i sjuksköterskeutbildningen under 1900-talet*, Lund, Studentlitteratur.
- Finotelli, C. (2014), "In the Name of Human Capital", *Comparative Migration Studies*, 2(4), s. 493-517.
- Freeman G. (1995), "Modes of immigration politics in liberal democratic states", *International Migration Review*, 2(4), s. 881-902.
- Freeman G. (2002), "Winners and losers: Politics and the costs and benefits of immigration", i Messina, A. (red), *Western European Immigration and Immigration Policy in the New Century*, Praeger, Westport.
- Freeman R. B. (2006), "People flows in globalization", *Journal of Economic Perspectives*, 20(2), s. 145-170.
- Grignon, M., Owusu, Y. och Sweetman, A. (2013), "The international migration of health professionals", i Zimmermann, K.F. & A.F. Constant (red.), *International handbook on the economics of migration*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing.
- Groutsis, D. (2003), "The state, immigration policy and labour market practices: The case of overseas-trained doctors", *Journal of Industrial Relations*, 45(1), s. 67-86.

- Hansen, R. (2002), "Globalization, embedded realism, and path dependence: The other immigrants to Europe", *Comparative Political Studies*, 35(3), s. 259-283.
- Haus, L. (2002), *Unions, Immigration and Internationalization: New Challenges and Changing Coalitions in the United States and France*, New York, Palgrave.
- Hollifield, J. (1992), *Immigrants, Market, and States: The Political Economy of Postwar Europe*, Cambridge, Harvard University Press.
- Inoue, J. (2010), "Migration of Nurses in the EU, the UK, and Japan: Regulatory Bodies and Push-Pull Factors in the International Mobility of Skilled Practitioners", *Discussion Paper Series A No.526, Institute of Economic Research*, Kunitachi, Tokyo.
- Iredale, R. (2001), "The migration of professionals: theories and typologies", *International Migration*, 39(5), s. 7-26.
- Johansson, J. (2008), 'Så gör vi inte här i Sverige. Vi brukar göra så här.': retorik och praktik i LO:s invandrapolitik 1945–1981, Växjö, Växjö universitet.
- Johansson, J. (2014), "Swedish Employers and Trade Unions, Labor Migration and the Welfare State-Perspectives on Swedish Labor Migration Policy Debates during the 1960s and the 2000s", *Nordic Journal of working life studies*, 4(1), s. 97-118.
- Johnson, T. (1982), "The state and the professions: peculiarities of the British", i Giddens, A. och Mackenzie, G. (red), *Social Class and the Division of Labor: Essays in Honour of Ilja Neustadt*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Karlberg, I. (2013), *Processerna för att nå arbetsmarknaden inom de reglerade yrkena för personer med utbildning och erfarenhet inom hälso- och sjukvården från tredjeländ*, Stockholm, Socialdepartementet.
- Kingma, M. (2006), *Nurses on the move: Migration and the global health care economy*, New York, Cornell University Press.
- Krings, T. (2009), "A Race to the Bottom? Trade Unions, EU Enlargement and the Free Movement of Labor", *European Journal of Industrial Relations*, 15 (1), s. 49-69.

- Lahav, G. och Guiraudon, V. (2006), "Actors and Venues in Immigration Control: Closing the Gap between Political Demands and Policy Outcomes", *West European Politics*, 29(2), s. 201-223.
- Läkarförbundet (2001), *Invandrade läkare – en resurs i svensk sjukvård*, Stockholm, Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet.
- Larson, M. (1977), *The Rise of Professionalism*, Berkeley, Berkeley University Press.
- Lindgren, C. (2003), *Utvärdering av projektet "Mångfald i vården"*, Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
- Lundborg, P. (2014), "The Rationale of the Migrant Share as a Wage Determinant: Theory and Evidence", Institutet för social forskning (SOFI), Working Paper 6/2014.
- Lundh, C. (1994), "Invandrarna i den svenska modellen – hot eller reserv?", *Arbetshistoria*, nr 2 1994.
- Lundh, C. (2008), *Arbetsmarknadens karteller: nya perspektiv på det svenska kollektivavtalssystemets historia*, Stockholm, Norstedts.
- Menz, G. och Caviedes, A. (red.) (2010), *Labour migration in Europe*, New York, Palgrave Macmillan.
- Murhem, S och Dahlqvist, A. (2011), "Arbetskraftsinvandring och egenintresse – Arbetsmarknadens parter och liberaliseringen av det svenska regelverket för arbetskraftsinvandring", *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 17(3), s. 37–51.
- NPS (2016), *Nationella planeringsstödet*, Socialstyrelsen, Stockholm.
- OECD (2009), *Health at a glance 2009: OECD indicators*, Paris, OECD.
- OECD (2015), "Changing patterns in the international migration of doctors and nurses to OECD countries", i *International Migration Outlook 2015*, Paris, OECD.
- Olson, M. (1965), *The logic of collective action: public goods and the theory of groups*, Cambridge, Harvard University Press.
- Parkin, F. (1979), *Marxism and Class Theory: A Bourgeois Critique*, London, Tavistock.
- Penninx, R. och Roosblad, J. (red.) (2000), *Trade unions, immigration, and immigrants in Europe, 1960–1993: a comparative study of the attitudes and*

- actions of trade unions in seven West European countries*, New York, Berghahn Books.
- RiR 2011:16, *Statliga insatser för akademiker med utländsk utbildning – förutsägbara, ändamålsenliga och effektiva?* Stockholm, Riksrevisionen.
- Salt, J. (1997), "International Movement of the Highly Skilled", *OECD Occasional Papers 3*, London, International Migration Unit.
- Socialstyrelsen (2004), *Vägen till svensk legitimation inom hälso- och sjukvården*, Stockholm, Socialstyrelsen.
- SOU 2002:116, *EU:s utvidgning och arbetskraftens fria rörlighet*, Utredningen om EU:s utvidgning och arbetskraftens fria rörlighet, Stockholm, Fritze.
- SOU 2005:50, *Arbetskraftsinvandring till Sverige: befolkningsutveckling, arbetsmarknad i förändring, internationell utblick*, Kommittén för arbetskraftsinvandring, Stockholm, Fritze.
- SOU 2006:87, *Arbetskraftsinvandring till Sverige: förslag och konsekvenser*, Kommittén för arbetskraftsinvandring, Stockholm: Fritze.
- SOU 2014:19, *Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande*, Utredningen om genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet, Stockholm, Fritze.
- SOU 2017:18, *En nationell strategi för validering*, Valideringsdelegationen, Stockholm, Wolters Kluwer.
- Stigler, G. J. (1971), "The theory of economic regulation", *The Bell journal of economics and management science*, 2(1), s. 3-21.
- Stratham, P. och Geddes, A. (2006), "Elites and the 'Organized Public': Who Drives British Immigration Politics and in Which Direction?", *West European Politics*, 29(2), s. 248-269.
- Torstendahl, R. (1997), "Professionell och facklig strategi", i Johansson, A. J. (red), *Fackliga organisationsstrategier*, Solna, Arbetslivsinstitutet.
- Watts, J. (2002), *Immigration Policy and the Challenge of Globalization: Unions and Employers in an Unlikely Alliance*, Ithaca, Cornell University Press.
- Yalcin, Z. (2010), *Facklig gränspolitik: Landsorganisationens invandrings- och invandrapolitik 1946–2009*, Örebro, Örebro universitet.

Åmark, K. (1990), "Open cartels and social closures: professional strategies", i
Armstrong M, Cowan, S. och Vickers, J. (1994), *Regulatory reform:
economic analysis and British Experience*, London, MIT Press Series.