

Ersätt »positiv särbehandling« med »korrigerande för negativ särbehandling«!

II »Positiv särbehandling« är i och för sig ett vackert uttryck, men risken är stor att det misstolkas och ges en negativ betydelse. Begreppet används vid tjänstetillsättningar, och ett syfte har varit att jämnar ut eventuella könsskillnader i antal anställda och därmed öka möjligheten för »underrepresenterad kön« att anställas inom en viss yrkesgrupp. Oftast har kvinnor varit det »underrepresenterade könet«.

Pedagogisk risk

Det finns en klar pedagogisk risk med att använda uttrycket »positiv särbehandling«. Det kan uppfattas som att en person, som har mindre reella meriter än en annan person, genom en »positiv särbehandling« skulle premieras på grund av sitt kön och »lyftas upp« till en befattning som hon eller han annars inte skulle ha fått.

Vårt förslag är därför att begreppet »positiv särbehandling« avskaffas och ersätts med ett begrepp som bättre beskriver verkligheten, och som också gör det pedagogiskt lättare att förstå vad det

hela handlar om, nämligen begreppet »korrigerande för negativ särbehandling«.

Den mycket skeva könsfördelningen när det t ex gäller professorer i Sverige torde inte bero på att kvinnan är mannen intellektuellt underlägsen, något som vi tror att alla nu är överens om. Det har också övertygande visats, bland annat i en uppmärksam artikel i Nature [1], att kvinnor när det gäller vetenskaplig bedömning i många fall särbehandlats negativt.

Rättsviseskäl också

Det är denna situation vi har att utgå från, och i detta läge måste det vara pedagogiskt mer korrekt att använda det korrekta begreppet »korrigerande för negativ särbehandling«. Förutom att ersätta ett felaktigt begrepp med ett korrekt är detta en åtgärd som inte bara motiveras av att det är viktigt att få en jämnare könsfördelning, utan även av rena rättsviseskäl.

Vi väckte denna fråga till Jämställdhetskommittén vid Göteborgs universitet,

som hade uppe frågan med Utbildningsdepartementet och Högskoleverket. Där avvisade man frågan om en ändring av begreppet »positiv särbehandling« med att det är en juridisk term som av juridiska skäl inte kan ändras.

Kan inte juridiska termer ändras?

Vi har svårt att förstå denna motivering. Kan inte felaktiga juridiska termer ändras? Är det verkligheten som skall anpassa sig efter juridiska termer, eller juridiska termer som skall anpassa sig efter verkligheten?

Calle Bengtsson

professor emeritus

Cecilia Björkelund

professor;

både vid avdelningen för allmänmedicin, Vasa sjukhus, Göteborg

E-post: calle.bengtsson@allmed.gu.se

Referens

1. Wennerås C, Wold AE. Nepotism and sexism in peer-review. *Nature* 1997; 387:341-3.

Fel att slopa ensamläkarmottagningarna

II I Läkartidningen 3/01 (sidorna 148-9) intervjuas Hälso- och sjukvårdsnämndens i Göteborg ordförande Caterina Franceschi om det planerade nya systemet med fast läkarkontakt i Göteborgs primärvård. Hon säger bl a: »Vi vill inte ha avtal med läkare som ensammar driver mottagningar, den varianten tror vi är förlegad.« Själv tror jag att ensamläkarmottagningarna fyller en viktig funktion av flera skäl.

Vanlig driftsform med små enheter

Så länge läkare över huvud taget har bedrivit praktik har de mindre ensamläkarmottagningarna svarat för en viktig del av den öppna vården utanför sjukhusen. Det är först de senaste decennierna som gruppläkarmottagningar och vårdcentraler, i vissa länder, börjat ta över allt mera av den öppna vården. Detta har ofta skett under politisk styrning.

Ser man på samhället i övrigt så är mindre enheter en mycket vanlig driftsform, t ex optiker, frisörer, guldsmeder, urmakare, pizzerior, advokater, revisorer och boutiqueer. Man kan fråga sig varför olika yrkesgrupper väljer en sådan etableringsform om små enheter skulle vara så usla. Konkurrensen skulle säkert gallra ut dessa om de ej fungerade.

Om jag frågar patienterna på min egen ensamläkarmottagning varför de vill gå här, anger de dels att de tycker det är mer personligt än på de större enheterna, dels att de på en mindre enhet är garanterade att alltid få träffa sin egen läkare och sin egen sköterska som känner dem, samt, slutligen, för vissa patientkategorier att anonymiteten är garanterad att behållas inom en mycket liten krets.

Ingen risk för utspädd ansvar

På en ensamläkarmottagning finns ingen risk för ansvarsutspädning, vare sig för en enskilda patientens skötsel eller för verksamheten i övrigt. Varje beslut om att lämna mottagningen och vidtala någon kollega i grannområdet att ta över ansvaret kräver noggrant övervägande.

Eftersom jag jobbat i offentlig vård i 20 år (varav åtta år med administrativa ledningsuppdrag i primärvården) innan jag blev privat, vet jag att ju större en enhet är, desto större är risken att läkarna lämnar mottagningsarbetet med patienterna för att på arbetstid delta i möten, studiebesök, kurser etc.

Problem att vissa inte fungerar

Varför vill man skrota oss? När man talar med personer med insyn i beslutspro-

cessen får man besked att det beror på att man ibland haft problem med några ensamläkarmottagningar på grund av att den enskilde läkaren där ej fungerat optimalt. Dock finns det inget som tyder på att problemen här skulle vara mer utbredda än på t ex en vårdcentral.

Ett annat argument är att man vill ha ett bättre samarbete mellan olika specialiteter och yrkesgrupper. Detta skulle man uppnå genom att man bygger större enheter innehållande allmänläkare, vissa specialistläkare, distriktsköterskor och sjukgymnaster. Hur stora enheter man än bygger är det dock bara en liten bråkdel av alla samarbetspartner man kan samlokalisera till samma byggnad.

Själv samarbetar jag med kanske 30 specialistläkarmottagningar på och utanför sjukhusen, ett dussin sjukgymnastmottagningar, 10 distriktsköterskegrupper. Det finns ingen möjlighet att samlokalisera alla dessa enheter. Remisser, brev, telefonsamtal och personliga möten hemma hos patienten kommer alltid att utgöra grundbulten i samarbetet.

Ekonomisk överblick och kontroll

I en artikel i Dagens Industri 25/10 2000 redovisar företagsrekonstruktören Hans André de ofta stora svårigheter