

Öppen vård i Mittenälvsborg

då, nu och sedan

med fokus på Lerum



Del I

Provinsialläkartiden

Jan Kuuse och Bengt Dahlin
2005

Öppen vård i MittenÄlvsborg då, nu och sedan, med fokus på Lerum



Bengt Dahlin

En sammanställning av
Jan Kuuse, docent i ekonomisk
historia vid Göteborgs
universitet och
Bengt Dahlin, f. d.
provinsiälläkare och
distriktsläkare i Korpilombolo,
Gråbo, Lerum,
medicine hedersdoktor vid
Göteborgs universitet.



Jan Kuuse

PROJEKTET

I vår historik över hur den öppna vården utvecklats i Mittenälvsborg, med fokus på Lerum, har vi velat lyfta fram olika moment. Den första historiska delen – provinsiälläkartiden fram till och med år 1969 - ger en bakgrund till den kommande primärvården som inleds 1970. Därefter vill vi fokusera på primärvårdens uppbyggnad under 1970- och 1980-talen med bl. a. framväxten av den sk lerumsmodellen.

Den historiska exposén behandlar sjukvårdens organisatoriska utveckling från 1600-talet fram t. o. m. 1960-talet. Det medicinhistoriska förloppet sätts in i ett socio-ekonomiskt sammanhang. Det känns naturligt att se på sambanden mellan faktorer som befolkningsförhållanden, boendemiljö, levnadsvanor, arbetsförhållanden och levnadsstandard samt förekomsten av farsoter – epidemiska sjukdomar, förebyggande hälsovård och medellivslängd. Den tidens syn på sjukdomars orsaker och hur man behandlade sjukdomar tas också upp.

Den historiska studien avhandlar förändringar på såväl nationell som regional och lokal nivå med olika exempel framför allt från socknar ingående i nuvarande Lerums kommun. Med tanke på Älvsborgslandstingets säregna utformning, som ett timglas med tre lasaretsområden, delades landstinget organisatoriskt/administrativt in i norra, södra och mellersta Älvsborg. Alingsås lasarets upptagningsområde motsvarar Mittenälvsborg med nuvarande kommunerna Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga. Förutom provinsiälläkaren kommenteras även andra sjukvårdens nyckelaktörer som sjukhusläkare och privatpraktiserande läkare. Som grupp har barnmorskorna en lång yrkestradition medan sjuksköterskorna i öppen vård tillkom först under 1900-talet. Apoteken, som en viktig del av hälso- och sjukvården, får ett eget kapitel.

I andra delen om primärvårdens uppbyggnadstid och lerumsmodellen fokuseras mera tydligt på förhållandena lokalt i Lerums kommun. Lerums primärvård speglade mycket av vad som hände i hela riket under denna tid men var också en föregångare i många avseenden inte minst i Älvsborgslandstinget. Denna andra del utgör själva kärnan i studien.

Framställningen avslutas i en tredje del med en analys av den stagnation och de problem som tornade upp sig under 1990-talet samt med funderingar och spekulationer kring utvecklingen efter sekelskiftet 2000.

Lär av andras misstag,
ty du kan inte leva tillräckligt länge
för att själv hinna begå dem alla.
/Martin Vaubee/

SAMMANFATTNING

För överskådlighetens skull har tidsepokerna sammanförts här.

Om tiden fram till 1920

Medicinhistoriskt kan perioden fram till cirka år 1800 betecknas som en tid då den ekonomiska knapphetens kalla stjärna lyste över Sverige. Befolkningen var då helt beroende av jordbruk. Många levde på marginalen och var extremt känsliga för bakslag i form av krig och dålig väderlek, som ofta resulterade i missväxt, nödår och svält. Brister i näringsintag, hygien och boendemiljö gjorde människor mottagliga för allehanda sjukdomar och farsoter. Denna period kan därför kallas farsoternas och svältens tidevarv. Betecknande för denna epok var att missväxt och krig från tid till annan framkallade olika farsoter som gav kraftiga pendelutslag i dödligheten. Dödligheten låg omkring 30/1000 invånare med toppar i mitten på 1700-talet (55/1000) och början av 1800-talet (40/1000).

Perioden 1800-1920 kännetecknas av att epidemier och farsoter fortfarande fanns med i bilden. Smittkoppor, rödsot, kolera och tyfus återkom visserligen med jämna eller ojämna mellanrum under större delen av 1800-talet, men trenden var tydlig. Dödlighetstopparna var inte längre så höga och vanliga. Människorna fick det bättre. Det kan klart avläsas med hjälp av medicinsk statistik. Mellan år 1800 och 1920 ökade medellivslängden i Sverige från 37 till 60 år. Kvinnorna levde i genomsnitt något längre än männen. Utvecklingen mot allt högre medellivslängd var dock lika tydlig för båda könen. En viktig bakomliggande förklaring var att dödligheten på allvar började sjunka under 1800-talets första årtionden. Detta var inledningen på en trend mot ökad livslängd.

Vid 1800-talets början var spädbarnsdödligheten – det vill säga mortaliteten bland barn under ett års ålder – fortfarande mycket hög. År 1820 dog vart fjärde spädbarn i Sverige, men hundra år senare dog knappt vart tionde. Under den här aktuella perioden var det spädbarnsdödligheten som till stor del bestämde storleken på den totala dödligheten.

I början av 1800-talet var skillnaden i dödlighet stor mellan stad och landsbygd. Beroende på befolkningstäthet samt sanitära, ekonomiska och sociala förhållanden redovisade städerna då väsentligt högre dödlighet än landsbygden. Under 1800-talet gick städerna emellertid i spetsen för förbättrade sanitära åtgärder. Det var också i städerna som den medicinska organisationen först byggdes upp. Det avspeglas i kraftigt fallande dödstal för städerna. Även om dödligheten också minskade på landsbygden, skedde det i lägre takt, varför överlevnaden 1920 blivit större i stadsmiljöerna än på landsbygden.

Tillsammans bidrog ovan nämnda förhållanden till att risken för farsoter och epidemier reducerades. Kring sekelskiftet 1900 hade de stora farsoter, som tidigare drabbat Sverige, i allt väsentligt spelat ut sin roll. Men man hade ännu inte fått grepp om tuberkulosen. Vissa, mera sporadiska epidemier skulle också dyka upp framöver. Det gällde spanska sjukan 1918 och polion vid olika tillfällen på 1900-talet. Sammanfattningsvis kan därför perioden 1800-1920 kallas de krympande epidemiernas tidevarv.

Slutet av 1800-talet och början av 1900-talet innebar mer kunskap om sjukdomars orsaker och därmed också deras behandling. Barnmorskornas antal ökades liksom deras kunskaper. Smittkoppsvaccinationen var framgångsrik. Provinsiälläkarkåren ökade sakta och avlastades många administrativa och omgivningshygieniska uppgifter i och med att förste provinsiälläkarna tog över dessa. Politikerna kunde då lättare nås med upplysning om hur samhället skulle utformas för att undvika farsoterna. Allt bidrog till att förbättra folkhälsan.

Perioden 1920 – 1960

Samhällsekonomiskt innebar perioden 1920-1960 för Sveriges del en tredubbling av BNP per invånare, räknat i fasta priser. Denna utveckling skapade förutsättningar för ett reellt lyft av befolkningens levnadsstandard och välbefinnande. En viktig faktor bakom den ekonomiska tillväxten var en överflyttning av arbetskraft från jordbruket med lägre produktivitet till en industrisektor,

där produktiviteten var avsevärt högre. I detta perspektiv kan 1930-talet ses som en brytpunkt, eftersom antalet sysselsatta inom industrin då passerade antalet som arbetade i jordbruket.

När det gäller ekonomisk tillväxttakt kan perioden 1920-1960 delas upp i två olika faser. Den första omfattar tiden 1920-45, den andra åren 1945-60. Under den första fasen hölls tillväxten tillbaka av lågkonjunkturer och krig, medan bilden var en helt annan under den andra fasen. En gynnsam sats efter krigsslutet 1945 följdes av en lång och expansiv efterkrigskonjunktur, som skulle fortsätta även efter 1960.

I mellankrigstidens Sverige formades tankar och planer på ett folkhem med förbättrad folkhälsa. Ekonomiska realiteter och omfattande motstånd mot vittgående sociala reformer ledde dock till att endast mindre delar av planerna då kunde genomföras. Efterkrigstidens gynnsammare ekonomi erbjöd avsevärt bättre förutsättningar att genomföra de planer som tidigare initierats. I takt med den förbättrade ekonomin minskade också det mentala motståndet mot sociala reformer.

Medicinalchefen Axel Höjers planer angående den öppna vårdens omorganisation är ett tydligt exempel på hur tidigare avvisande attityder under 1950-talet ändrades till allmän acceptans. Den öppna vården flyttade mer och mer över till sjukhusen, som i landstingsregi växte sig allt starkare. I slutet av 1930-talet hade sjukhusläkarkåren blivit lika stor som tjänsteläkarkåren. Statens intresse för hälso- och sjukvård var lågt, vilket resulterade i stagnation inom provinsialläkarväsendet och psykiatrin. Provinsialläkarna minskade till 12 % av totala läkarantalet och många vakanser gick inte att fylla.

Landstingen som hade egen beskattningsrätt utnyttjade detta för upprustning av hälso- och sjukvården. Barnmorskor och sjuksköterskor ökade i antal. Mödra- och barnhälsovården fick vind i seglen. Dessa verksamheter hade landstingen som huvudmän. Vaccinationsprogrammen som startade under 1950-talet i barnhälsovården gjorde att "barnsjukdomarna" också minskade i omfattning.

Den negativa utveckling av den öppna vården utanför sjukhusen uppmärksammades av Axel Höjer, chef för Medicinalstyrelsen under 1940-talet. Hans visioner om en provinsialläkare per 4000 invånare och flerläkarstationer kom inte att genomföras p. g. a. motstånd från politiker och från läkarkollektivet, som nu dominerades av sjukhusläkare. Under 1950-talet tillsattes dock flera utredningar som arbetade vidare mot en upprustning av den öppna vården i Höjers anda.

Tiden 1920-1960 innebar klart ökad levnadsstandard bl. a. i form av bättre hygien och boendemiljö, social välfärd och utbildning, som i slutändan resulterade i förbättrad folkhälsa. Ett uttryck för bättre folkhälsa är ökad medellivslängd. Under 1800-talet och tiden fram till 1920 hade en fördubbling av medellivslängden ägt rum i Sverige. Vid den senare tidpunkten uppnådde befolkningen i genomsnitt en ålder av 60 år – något högre för kvinnor och något lägre för män. Den stigande medelåldern fortsatte efter 1920, men av naturliga skäl kunde den inte öka i samma takt som förut. År 1960 uppgick således medelåldern för kvinnor till cirka 75 år och till ungefär 70 år för män.

Övergången från ett Sverige med ekonomisk knapphet till ett välfärdssamhälle medförde också ett nytt sjukdomspanorama. De tidigare infektionssjukdomarna trängdes definitivt tillbaka, medan cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och hela fältet av välfärdssjukdomar ökade påtagligt. Tuberkulosen var ännu ett hot liksom lunginflammationer. Difterin och scharlakansfeber var periodvis vanlig. En i Sverige relativt ny infektionssjukdom – polio – kom i olika vågor under det framväxande välfärdssamhället, delvis bryta huvudmönstret. Effektiva botemedel mot infektionssjukdomarna kom först när antibiotika introducerades på 1940-talet.

1960-talet

I historisk belysning framstår tiden efter andra världskriget fram till början av 1970-talet som en period av en unikt snabb och jämn ekonomisk tillväxt. Allra snabbast var tillväxten på 1960-talet. Det gyllene 1960-talet var ett årtionde med onormalt gynnsamma betingelser.

Tillväxten skapade resurser som medgav en kraftig ökning av såväl offentlig som privat konsumtion. De ekonomiska realiteterna kunde nu svara upp mot de sociala ambitionerna. Den offentliga sektorn byggdes ut. Det gällde i särskilt hög grad offentliga huvudverksamheter som hälso- och sjukvård, socialvård och utbildning.

Under 1960-talet märktes utbyggnaden av sjukvården på flera områden, inte minst genom att såväl sjukhusläkare som provinsialläkare ökade kraftigt i antal och att läkartätheten i landet steg.

Karakteristiskt var också att det i stor utsträckning var kvinnlig arbetskraft som sökte sig till den offentliga sektorn. Kvinnorna hade visserligen redan på 1950-talet i växande omfattning börjat gå ut i arbetslivet, men det var först på 1960-talet som detta fick riktigt genomslag. Det var bland annat utbyggnaden av barnomsorgen som underlättade även för gifta kvinnor att förvärvsarbeta. I sin tur ledde detta till större hushållsinkomster och valmöjligheter i fråga om privat konsumtion. Möjligheter till bättre boende, kost och hygien resulterade överlag i förbättrad folkhälsa och höjd medellivslängd.

1960-talet var också ett decennium som präglades av strukturomvandling och folkomflyttning från glesbygd till storstadsområden. Det var under detta årtionde som de expansiva förortssamhällena Lerum, Flöda och Gråbo började ta form, vilket bland annat aktualiserade fler provinsialläkartjänster.

Attityder och förväntningar blev under 1960-talet så fast rotade på fortsatt tillväxt, att de inte kunde följa med i den förändrade ekonomiska verklighet som stod för dörren genom konjunkturavmattningen på 1970-talet. Man kan därför hävda att framgången under 1960-talet indirekt bidrog till att skapa problem som kom att visa sig på 1970-talet.

Allmän sjukförsäkring infördes 1955, människor skulle vara trygga även om de drabbades av sjukdom. Sjukvårdsreformen stadfästes – att besöka sjukvården skulle vara näst intill kostnadsfritt för befolkningen. Båda reformerna var kostsamma.

Utredningar som följt upp Axel Höjers visioner på 1940-talet om en framtida väl fungerande och utbyggd öppenvård omsattes nu i lagändringar och löften.

Landstingen tog över den öppna vården från staten 1963. Läkarna fick social trygghet och drägliga arbetstider. Den schemalagda 42,5 timmarsveckan infördes. Man beslutade om förbättrade utbildnings- och efterutbildningsmöjligheter för läkarna inom arbetstidens ramar. Med totallön för arbetet fick läkarna ”råd” att prioritera annat än rent patientarbete, något som också uppmuntrades i de nya direktiven för vårdens utformning – t. ex. med insatser inom förebyggande vård.

I och med arbetstidsreglering inklusive jourarbete kom den totala läkararbetstiden att i det närmaste halveras. Samtidigt var vakansläget stort och intresset för provinsialläkarbanan lågt. Läkarutbildningen hade inte funnit sina former. Det tog också enligt de nya intentionerna 10 – 12 år att få fram en allmänläkarkompetent läkare. Övergångsreglerna blev många. Läkarbemanningen blev därför ett av de största problemen då man skulle genomföra de nya intentionerna i den förändrade öppna vården.

Apoteken

Redan 1635 bildades en Apotekarsocietet i Stockholm, som en intresse-, yrkesförening för apotekarna. År 1675 fick societeten officiellt status med kungliga privilegier

Apotekarsocieteten fick vittgående privilegier under 1600-talet som skydd mot nyanläggningar, rättighet att försälja sprithaltiga beredningar, skattefrihet, änkans rätt till apoteket, apotekens ensamrätt till läkemedelstillverkning och försäljning. Den näringsfrihetsförordning som kom 1864, då apoteksvaror skulle betraktas som en av andra handelsnäringar, undantog apoteksrollen som fick behålla sina privilegier.

Förhållandet mellan apotekare och läkare försämrades under senare delen av 1600-talet då Collegium Medicum ansåg att apotekarna fått för stor makt genom sina privilegier. Man kände sin makt hotad. Först 1765 fick apotekarna en representant i Collegium Medicum. En och annan framstående apotekare tilldelades assessors fullmakt av konungen, samtidigt som han erhöll ”lika värdighet med assessorerna i Collegium Medicum”.

Man förstod tidigt vikten av att befolkningen hade tillgång till de mest användbara medicinerna. De apotek som fanns skulle ha öppet dygnet om enligt en Medicinalförordning 1688. Ända till 1943 gällde denna regel. Fram till 1806 behövdes inte läkarrecept för att inhandla de läkemedel som såldes på apoteken med undantag av rättgift. Alla apotek skulle alltid ha alla råvaror i lager för att alltid kunna expediera behövligt läkemedel. På många håll upprättades sockenapotek. På industrierna fanns också medicinförråd för lokalt behov.

På 1800-talet blev det allt vanligare med apotek även i de små orterna, men ofta distribuerades läkemedel till läkemedelsförråd som något större apotek ansvarade för.

Sollebrunn Medicinförråd fanns före apotekens tillkomst i Herrljunga, Sollebrunn, Lerum och Gråbo . De administrerades från närbelägna apotek i Alingsås och Göteborg

Provinsialläkarna och Förste provinsialläkarna, när den institutionen kom i slutet av 1800-talet, hade att årligen inspektera/visitera apoteken.

Självständigt apotek inrättades i Lerum 1948.

Fram till 1971 var de svenska apoteken privatägda. Verksamheten byggde på en stark statlig reglering och apotekscheferna utsågs av Kungl. Maj:t (Medicinalstyrelsen) för att garantera att verksamheten bedrevs med hög kvalitet och säkerhet. Därefter blev apoteken statliga i Apoteksbolagets regi.

Epilog

Från början var provinsialläkaren nästan enbart en av konungen utnämnd "befallningshavare" – tjänsteläkaren. Eftersom tiderna förändrades och kåren växte blev han alltmer folkets tjänare men med befogenhet att "säga ifrån" om så fordrades. Han kom att bli respekterad, kanske ibland också älskad i det distrikt han verkade. Han fanns alltid tillhands dag som natt. Han uppfyllde därmed också senare tiders målsättningar om hög tillgänglighet. Det kunde han eftersom tjänsten bjöd det med obegränsad arbetstid och ett avgränsat betjäningssområde. Han representerade den fullständiga kontinuiteten. Kvalitet, enligt den tidens krav, uppfyllde han med många sjukhusår bakom sig. Det kan man se i de yrkes- och levnadsbeskrivningar som vi samlat.

Han var en "Mädchen für alles" med alltför många uppgifter och därtill dåligt lönad. Kanske var det detta som blev hans fall. Läkarna fann inte yrket attraktivt längre i "den nya tiden". Kollegorna på sjukhusen såg ned på honom. Den centrala fackliga organisationen svek honom ofta. Han kunde inte överleva på de villkor som gavs honom. Kanske var det bra som skedde, att organisationen lades ned.

Men som fågel Fenix uppstod han i ny skepnad i form av distriktsläkaren/allmänläkaren, som så småningom kom att återta de förlorade positionerna, dessutom med drägliga arbetsvillkor.

Asklepiosstaven och Asklepioseden

När en ung man började studera läkekonst i gamla Grekland måste han svära att leva sitt liv som det anstod en medlem av den läkekunniga Asklepios´familj. Eden har i många olika former bevarats genom århundradena och legat som grund för läkaretiken under alla tider.

Asklepios eden:

"Jag svär vid Apollon, läkaren, och Asklepios, Hygieia och Panakeia samt alla gudar och gudinnor, att jag efter bästa förmåga och förstånd skall hålla denna ed och detta villkor – skall hålla den, som lärt mig denna konst, lika kär som mina föräldrar, dela mina tillhörigheter med honom, hjälpa honom i nödens stund, om det skulle behövas, betrakta hans ättlingar såsom mina egna bröder och lära dem denna konst, om de skulle vilja inhämta den, utan avgifter eller villkor, och att genom föreskrifter, föreläsningar och varje annan form för undervisning överlämna kunskapen om denna konst till mina egna söner... och till lärjungar bundna av... ed i enlighet med medicinens lag... Jag skall följa den behandling, som jag enligt förmåga och förstånd anser lämpligast för mina patienter och aldrig använda något, som är skadligt eller olämpligt. Jag skall aldrig giva dödligt gift till någon, om man ber mig om det, och aldrig tillråda det. I renhet och sanning skall jag leva mitt liv och utöva min konst... Vad än... jag ser eller hör bland människorna, som icke bör omtalas offentligt, skall jag icke avslöja utan anse detta såsom det man bör hålla hemligt. Om jag håller denna ed utan att bryta den, må det bli mig förunnat att njuta av och utövandet av min konst, aktad av alla människor och i alla tider. Men skulle jag bryta och överträda denna ed, må det motsatta bli min lott!"



Asklepios

Läkekonstens gud i den grekiska gudasagan, son till Appollos och far till Hygieia – hälsans gudinna. En annan dotter var Panakéia, läkeörternas gudinna. Hustrun Epione var den smärtlindrande.

Asklepiosstaven med den omslingrande ormen har blivit en symbol för läkekonsten.

Del I.

Provinsialläkartiden

MEDICINHISTORIA I MITTENÄLVSBORG FRAM TILL 1969

Prolog

Under 1800-talet och långt fram på 1900-talet skedde sjukvård och omsorg mest i hemmiljö med egenvård och hjälp från kloka gubbar och gummor. För professionell vård var man hänvisad till omgivande tätorter. 1700- och 1800-talen var farsoterna tidevarv, varför dessa beskrivs och kommenteras och hur de behandlades av dåtidens provinsialläkare. Provinsialläkarnas årsberättelser återger detta. Intressant är också att lyfta fram hur andra sjukdomar uppfattades på den tiden, inte minst de naturläkemedel som då användes.

Förlossningar i hemmen var det naturliga och hjälpen söktes av jordemödrar. Utbildade barnmorskor fanns dock tidigt i tätorterna. Provinsialläkarna var deras överordnade. Sjuksköterskorna kom sent och oftast först i brukssamhällena. Distriktssköterskeväsendet byggdes upp under 1900-talet av landstinget. Hur dessa verksamheter med mödra- och barnhälsovården utvecklades beskrivs och personliga vittnesbörder ges av yrkesföreträdare under 1950 och 1960-talen.

Provinsialläkaren var statligt anställd på 1800-talet och stationerad i Alingsås inom vårt aktuella område. Den främsta källan för vår beskrivning av hälso- och sjukvården på 1800-talet är årsrapporterna från provinsialläkare Gustav Varenius, Alingsås. Distriktet var till en början geografiskt mycket stort. Som mest omfattade det ett område som med nuvarande kommunindelning motsvarar Ale, Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga kommuner. Först bröts Herrljunga ut som eget extra provinsialläkar-distrikt 1895 sedan Sollebrunn med Gråbo 1903. Inte förrän 1944 får invånarna i Lerums nuvarande kommun egen provinsialläkare. Gråbo blev eget distrikt 1956 men sammanfördes 1969 med Lerum tillsammans med Skallsjö församling till nuvarande Lerums distrikt.

Innehållet i och organisationen av den öppna vården skissades redan under 1940-,1950-talen av ideologer som Axel Höjer, ”primärvårdens fader”. Lagstiftningen anpassades efter ideologin och stora förändringar i verksamheten skedde under 1960-talet. När landstinget tar över huvudmannaskapet av läkarna 1963 inleds en rejäl satsning på den öppna vården.

Samhällsreformer, politiska och ekonomiska, styr i högsta grad vårdens utformning och resurser. Som en kapp runt hälso- och sjukvårdsutvecklingen beskrivs de samhällsförändringar som förekommit.

Innehållet i denna första del har färre lokala data än de följande. Det bygger i första hand på allmänna beskrivningar av dåtidens vård av sjuka och dåtidens farsoter. Provinsialläkarnas och Förste provinsialläkarens årsrapporter har varit viktiga källor för att exemplifiera dåtidens sjukvård. Annat har hämtats från litteraturen och andra arkivhandlingar från den tiden.

Tvåfalt lever den , som också njuter av det förgångna.
/Marcus Martialis/

ALLMÄN BAKGRUND

I det fornnordiska samhället var det huvudsakligen släktens sak att svara för vården av de sjuka och fattiga. Med kristendomen och kyrkan kom en ny och mänskligare syn på de sjukas och fattigas situation. I klosterorganisationen kom många lekmän att arbeta för sjuka och nödlidande.

För de sjuka och fattiga blev från 1200-talet införandet av tiondet som en laglig beskattning av stor vikt. Bestämmelser om tiondet finns i våra landskapslagar. Där kan man också läsa om skyldighet för barn att försörja sina sjuka och åldriga föräldrar, och att den som ”vråker fader eller moder” kommer att straffas. Med tiden kom emellertid tiondet allt mer att användas till många andra saker än sjuk- och fattigvård. De sjuka och fattiga fick alltså i växande grad förlita sig på privat välgörenhet.

I medeltidens samhälle hörde sjukdom och fattigdom intimt samman. Fattigdom med knapp och enformig föda, trånga och kalla bostäder i en miljö som präglades av smuts, avfall och otaliga råttor gjorde att bristsjukdomar och epidemier blev vanliga. Några läkare i vår tids mening fanns inte.

I fråga om sjukvård var det kyrkan som gick i spetsen. Vid klostren inrättades sjukhus, där inte bara klosterpersonal utan också allmänheten kunde få vård. Inom klostersjukhusen utvecklades med tiden en viss medicinsk kompetens. Den vanligaste behandlingsmetoden var åderlåtning. I övrigt ordinerades sängläge, bad, vila, urindrivande medel, laxering, örtdekokter samt i vissa fall smärtstillande och febernedsättande medel. Vid denna tid var hospitalen och helgeandshusen de viktigaste inrättningarna för vård av sjuka. Båda var samtidigt försörjningsanstalter och härbärgen för vägfärande. De främsta inkomsterna kom från fromt inriktade donationer.



Efter moderna mått var hospitalen och helgeandshusen inga stora anläggningar – vårdkapaciteten uppgick högst till 10-20 personer. Exempelvis uppfördes i Västsverige hospital i Lödöse och Skara i slutet av 1200-talet. Från början var hospitalen byggda till renodlade spetälskehus. Under medeltiden var antalet spetälskesjuka så stort att det blev ett stort socialt problem. Det normala var att äldre, sjuka och vanföra fick hanka sig fram genom att tigga. Det var endast de som helt saknade kraft att gå omkring och tigga som togs in för vård.

I senmedeltidens Sverige slog digerdöden till. Det var utan jämförelse den svåraste sjukdom och pest som drabbat inte bara vårt land utan hela Europa. Digerdöden kom till Europa från Kina och nådde Sverige 1350, och den spreds med den pestbärande svarta råttan. Sjukdomen yttrade sig i svarta och likfärgade fläckar över hela kroppen. Inga läkare kunde bota de sjuka, och det fanns ingen medicin som hjälpte mot den högst smittosamma sjukdomen. Nästan alla drabbade dog inom tre dagar. När pesten efter några år ebbat ut, hade mer än en tredjedel av landets befolkning ryckts bort. Det skulle dröja 150 år innan Sveriges befolkning nådde upp till den storlek den hade åren närmast före digerdöden. Hela landsändar ödelades. Skog växte över byar och kyrkor, som återfanns långt senare.

Minnet av digerdöden levde länge kvar i folkmedvetandet och fick näring genom ständigt nya pestepidemier. Det var först på 1720-talet som sjukdomen helt försvann från Europa, i samband med att den pestbärande loppan hos den svarta råttan, som utkonkurrerades av den ofarligare brunråttan

Digerdöden gick särskilt hårt fram bland prästerna, som i sin hjälpverksamhet var speciellt utsatta för smitta. Av Skara stifts 500 präster fanns efter digerdödens härjningar bara 34 kvar i livet. Som en liten ljusglimt i allt mörker kan noteras, att digerdöden bidrog till att i stort sett ta kål på spetälskan. Allmäntillståndet hos de spetälska var nämligen så svagt att de dukade under av pesten.



Under Gustav Vasas tid och efter reformationens seger vid Västerås riksdag 1527 försvann en hel del av det sjukvårdssystem som den katolska kyrkan byggt upp. Klosterväsendet avskaffades och de fromma stiftelsernas egendom drogs in till staten. Samtidigt upphörde tiondet, som varit en av förutsättningarna för att kyrkan skulle kunna hjälpa sjuka och fattiga. Hospitalväsendet blev dock kvar, och hospitalen hörde till de få medeltida institutioner som överlevde reformationstiden.

Efter reformationens genomförande överfördes uppgiften att ordna med sjuk- och fattigvård till staten. Men de statliga resurserna härför var mycket begränsade. Med motiveringen att samhällets hospital var få och att de sjuka och fattiga var väldigt många fastslogs det i kyrkoordningen från 1571, att det även ute i socknarna skulle uppföras mindre sjukstugor för 4-6 personer. Här trädde alltså för första gången socknen fram som en organisatorisk enhet i sjuk- och fattigvården. Ett antal sjuk- och fattigstugor byggdes också i enlighet med kyrkoordningens intentioner. Men eftersom behovet var enormt, kan åtgärderna närmast liknas vid droppar i havet.

Efter engelska förebilder presenterade Gustav II Adolf 1624 ett förslag till en sjuk- och fattigvårdsreform. Förslaget innebar att antalet hospital skulle minskas till endast ett i varje provins. De befintliga 21 hospitalen skulle reduceras till 11 genom att mindre hospital slogs samman till större. I varje provins skulle dessutom barnhus uppföras, där föräldralösa barn togs om hand. De av kyrkoordningen anbefallda sockenstugorna skulle däremot rivas, då man ansåg att ”Käringe Stugur var rätte Orsaken till all Lättia och Tiggerij”. Vården skulle betalas antingen av husbonden, anhöriga eller av stad eller socken. Kungens reform mötte emellertid starkt motstånd – särskilt från bönderna – och även om riksdagen antog förslaget, blev det endast en lag på papperet och genomfördes aldrig.

Grundsatsen att socknen skulle ta hand om de sjuka och fattiga framkallade ett behov av att lagstiftningsvägen reglera hemortsbegreppet för att kunna bestämma till vilken socken en person hörde. Genom olika lagar försökte man hindra socknarnas strävan att vältra över sjuk- och fattigvårdsbördan på annan socken. Hur bestämmelserna om sjukas och fattigas hemortsrätt skulle tolkas kom länge att bli en allvarlig tvistefråga, ofta i osympatiska former. Det blev ett slags allas krig mot alla och kallades därför allmänt för *sockenkriget*. Under 1700-talet blev principen om socknens skyldighet att ta hand om sina sjuka och fattiga allmänt accepterad. Men det dröjde till 1763 års hospitalsordning, innan denna skyldighet uttryckligen fastslogs.

Det gjordes under 1600-talet flera försök att centralt organisera fattig- och sjukvården. Axel Oxenstierna hade velat inrätta ett centralt ämbetsverk för fattigvården, men hade mött starkt motstånd inte bara från sockennivå utan också från bönderna och prästerna i ständsriksdagen. Mer framgångsrik skulle man emellertid bli med att bygga upp ett ämbetsverk för sjukvården –

I mitten av 1600-talet fanns det bara ett fåtal vad vi idag skulle kalla läkare, alltså professionella utövare av läkekonsten. Den som blev sjuk fick gå till apotekaren, byns kloka gumma eller någon kvacksalvare. Någon myndighet som kontrollerade den medicinska verksamheten existerade inte. Den lilla grupp läkare som arbetade i Stockholm på den tiden ("provinsen" var knappast att räkna med i det här avseendet) bestod främst av utlänningar. Den inhemska medicinutbildningen var i stort sett lika med noll. Kirurgin stod helt skild från medicinen och räknades inte som någon vetenskap. Den sköttes av bardskärarna (barberarna) och det var mycket noga med att de inte fick ge sig på några invärtes åkommor.

Sådan var situationen då fyra stockholmsläkare med fransmannen **G. F. Du Rietz** i spetsen fick fullmakt av drottning Hedvig Eleonora att ha tillsyn över de läkare som tänkte verka i huvudstaden. Man bildade av den anledningen **Collegium Medicorum** den 16 maj 1663. Det var främst att man ville reglera läkarnas verksamhet och avgränsa den från kvacksalveriet. Dessutom ville man få kontrollen över handeln med gifter.

Ur denna lilla privata sammanslutning av en handfull läkare har så hela det svenska medicinalväsendet vuxit fram:

- 1663 Collegium Medicorum
- 1688 Collegium Medicum
- 1813 Kongl. Sundhetskollgium
- 1878 Kungl. Medicinalstyrelsen
- 1968 Socialstyrelsen

PROVINSIALLÄKARORGANISATIONEN BYGGS UPP

Hur det började

Bakgrunden till den organiserade hälso- och sjukvården i Sverige var den läkarverksamhet som under 1600-talet bedrevs i de större städerna. Vid sjukdomar av olika slag erbjöd många med tvivelaktig utbildning sina tjänster till allmänheten som badare, bardskärare, kryddkrämare samt all slags kringresande kvacksalvare. och sålde även läkemedel, som ibland kunde vara livsfarliga. Man behövde få insyn i apotekarna och deras officiner, Det befanns därför nödvändigt att reglera såväl läkarverksamheten som läkemedelshanteringen.

Den 16 maj 1663 undertecknade "karlamodern" – mor till den då omyndige Karl XI - Hedvig Eleonora en resolution, enligt vilken ett antal Stockholmsläkare på underdånig anhållan beviljades rätt att bilda en sammanslutning som fick namnet "Collegium medicorum". Kollegiet beviljades vissa privilegier men också skyldigheter. En av dessa var att förordna:

"wissa doctores Medicos...som vid så siucklige tider icke draga sig sitt ämbete undan uthan effter theres nödh och begäran som dem behöfva tillhanda gå och alle giörlige medell använda att smittesamma och farlige siuckdomar måge afstyrde blifva ock hörer att de som den sjuke under sin kuration hava inte genom umgänge med hälsosamma hus smittan vidare utsprida och utvidga."

Institutionen fyllde behovet att bringa reda i det dittills helt oreglerade sjukvårdsväsendet i vårt land. Genom Karl XI:s medicinalordningar 1688 utökades kollegiets befogenheter och namnet ändrades till Collegium regium medicum. Nu kom den även att gälla ute i landet. Alla landets läkare kom att lyda under kollegiet, För första gången träffar man på benämningen provincialmedici. De ålades utom att utöva sjukvård mot en "billig betalning" även viss rapportskyldighet ang. "vad som rart och tänkvärdigt är in re medica eller naturalia". Collegium medicum var både yrkesförening och ämbetsverk. Under den första 50-årsperioden fanns inga andra regler för tjänstens bedrivande. Sällskapet yrkesrepresentation övertogs 1807 av Svenska Läkaresällskapet. Som ämbetsverk omvandlades det 1813 till Sundhetskollgium, som 1878 blev Medicinalstyrelsen, vilket senare (1968) kom att ingå i Socialstyrelsen.

En faktor bakom det organiserade medicinalväsendets tillkomst och utbyggnad var de anvisningar och åtgärder som behövdes för att motverka de farsoter som drabbade landet. Under 1600-talet och 1700-talets första hälft var pesten den mest fruktade farsoten, och under senare delen av 1700-talet ledde de veneriska sjukdomarnas spridning till att lasaretten och kurhusen byggdes ut. Först år 1739 skulle man rapportera farsoter och smittosamma sjukdomar till Sundhetskommisionen, den mellan 1737 och 1766 inrättade myndigheten för hälso- och sjukvården. Collegium medicum var under motsvarande tid underställd Sundhetskommisionen.

En merkantilistisk åskådning växte fram på 1730- och 40-talen. Det gällde att till det yttersta tillvarata landets naturtillgångar i en statlig planhushållning som gav maximal produktion för export. Folkets arbetskraft var då den största naturtillgången. Det låg i nationens intresse att befolkningen ökade till antal och att hälsotillståndet var gott. Man uppmuntrade till äktenskap och barnalstring. Viktigt var att få ned barnadödligheten och bekämpa farsoterna. Kungliga vetenskapsakademien engagerades genom att sprida kunskap i hälso- och sjukvårdsfrågor. Man inrättade också Tabellverket 1749 för att få demografiska uppgifter som underlag.

Provinsiälläkaruniformen

Gustav IV Adolf förordnade år 1803, att ämbets- och tjänstemän med "Kongl. Majt:s höga fullmakter" skulle som högtidsdräkt bära uniform av enhetligt utseende; blå rock av fracksnitt med gula knappar, vit väst och blå byxor samt blå hatt. Fracken var liksom den militära uniformen till 1830 försedd med ståndkrage, därefter ersatt med fällkrage. Hatten var från början av "napoleontyp" senare av båttyp. På kragen var de olika kårernas emblem broderade i guld, för provinsiälläkarkåren en ur en krona uppstigande ormstav inom en krans av lager. Det är inte troligt att någon provinsiälläkare burit uniformen men emblemet togs senare upp av Provinsiälläkarföreningen att fästas på en blå klubbjacka.



Provinsiälläkarens behörighet

I medicinalordningarna av 1688 fanns föreskrivet att blivande provinsiälläkare skulle undergå en särskild examen inför Collegium medicum. Först efter genomgången examen inför kollegiet fick en läkare rätt att ha praktik. Möjligheterna att bringa ordning och reda i landets läkekonst ökades:

" De samme, som söka att blifva provincial eller andra städers medici, skola i lika måtto vara underkastade examinatio publico practico, förr än de någon beställning till någon stad eller ort i Wårt rike åtnjuta kunna, och det till den ända, att Wåre undersåtare icke mindre annorstädes än här i Stockholm stad, måge vara trygge och säkre om slike personer."

Ur ”Instruktion för provinsialdoctorer, som af cronan, eller på städernes stater njuta någon viss och ständig lön” år 1744:

När Provinsial Medicus började sin tjänst var han tvungen att anmäla sig i Collegium medicum där ”Tro och Ämbets Eden” avlades. Läkaren var tvungen att bo i residensstaden. Han skulle värna om nödlidande och vårda efter bästa förmåga samt prioritera de sjukaste. Han förpliktigades ”att med nödig hjälp bispringa de fattige af christelig kärelek utan vedergällning och detta så mycket villigare i anseende till den ständiga lön han af Publico njuter.” Om hospital fanns i staden skulle han kostnadsfritt vårda de sjuka därstädes. Detsamma gällde andra städer vilka bidrogo till provinsialläkarens lön. Läkaren fick inte dröja längre hos en patient än nöden krävde. Vid utbrott av farsoter skulle han bistå landshövding och magistrat. Vid resor utanför provinsen var han tvungen att anmäla detta till landshövdingen. Han var tvungen att åta sig alla typer av av smittosamma fall samt utan betalning tillhandagå domstolar i medico-legal verksamhet och utfärda rättsintyg när så påfordrades. Liköppning kostade 2 daler silvermynt. För sjukbesök i hemstaden fick han första gången en halv daler silvermynt och därefter en halv karolin. Kallad utanför staden fick han fri resa och underhåll samt en halv daler för varje mil och för varje dag hos den sjuke en daler. För besök nattetid var ersättningen dubbel. Han skulle också övervaka länets barnmorskor och apoteksväsendet bl. a. genom årliga visitationer.

Ett nytt behörighetsvillkor tillkom 1753 nämligen att under viss tid tjänstgöra vid det nyöppnade Serafimerlasarettet. I samma kungliga brev begärdes på Sundhetskommisionens hemställan att samtliga landshövdingar varje halvår skulle rapportera om medicinalverkets tillstånd i länet.

Från och med 1812 måste man ha såväl medicine doktorsgrad som kirurgie magistertitel. År 1828 tillkom därutöver det s k ”medicinska embetsprovet”. Det rörde färdigheter i rättsmedicinsk obduktion och apoteksvisitation. Provet avskaffades 1861. Vid provinsialläkarföreningens årsmöte 1883, två år efter dess bildande, krävdes anordnandet av en ”provinsialläkarkurs” och 1886 fanns i tidskriften Eira ett förslag till en sådan. Någon sådan kom ej till stånd. Behörighetskrav på 8 månaders sjukhustjänstgöring efter med. lic. examen och läkarlegitimation tillkom 1915 och var gällande ända fram till 1973, alltså tills provinsialläkaren ersattes av distriktsläkaren. Successivt ökades sedan kraven på att förordnas till distriktsläkare. Kravet är sedan början av 1980-talet att vara specialist i allmänmedicin, en cirka 5-årig, målinriktad praktisk tjänstgöring som FV-läkare (läkare under Fortsatt Vidareutbildning).

Provinsialläkarinstruktioner

I den första provinsialläkarinstruktionen från 1663 betonades således tydligt att läkarens uppgift var att förhindra de smittsamma farsoternas utbredning.

Efter hand utfärdades nya instruktioner 1744, 1766, 1774 och 1822. Gemensamt för alla instruktioner var att – bland många skyldigheter – sattes sjukvård och hälsovårdande verksamhet i första rummet.

Följande bilder visar omslaget och en sida ur en Instruction för Provincial Doctorer given 1744 i Råd-Kammaren i Stockholm.

I stycket X anges att: Bör han intet resa, utom Provinsen, utan Landshövdingens synnerliga tillåtelse.

I XI avhandlas smittosamma sjukdomar och i XII hans rättsmedicinska ansvar.

Kongl. Maj:ts
Nådige
INSTRUCTION
Svarstift
The Provincial Doctorer; som af
Kronan eller på Stådernes Seater niuta nå-
gon wijs och ständig Lön; hafwa sig
at rätta.

Gifwen Stockholm i K:de Kammeren den 12. April.
1 7 4 4.



Cum Gratia & Privilegio Sæ Ræ Majtæ.

STOCKHOLM, Tryckt uti Kongl. Tryckeriet,
Hög Directeuren PER. MORONA.

X.

Wår han littet resa, utom Brevlingen, utan
Landshöfdingens skriftliga tillstånd; Men dock
icke sig til en sådan resa öfvertala låta; så han i
sitt samwete är öfvertygad, at the Patienter, som
sig thes wårdnad inuom Brevlingen eller Staden
the han bor, anförtrödt, iså swära och öfrenty-
liga sjuksdomar skadde äro, at the gnom hans främ-
moro kunde lemnas i lidere fara til hälsa och lif.

Om på någon ort inuom Brevlingen spörjes
gångse eller smittosam sjuksdom; och Landshöfdin-
gen honom annodar therom at undersöka, wår han
sig ingalunda thesfrån undandra; utan heldre
låta sig angelägit wåra, at som sjuksammot the-
rom skäl sig noga underretts, och efter högga för-
känd wåra betänkt på the medel, som nås SUDS
then Högtes hjälp, måge lånda sådan forset at
deta, som icke thes utwidgande at förefinna: Så
han och Landshöfdingen samt Magistraten å orten
sjuksammot wid handen gifwa bår, och med them
öfverlägga the ansluter, som i sådan bedräfilig hän-
delse nödige äro.

XII.

Går från Domstolarns inuom Brevlingen han
annodad wårder, at gifwa underretts och uplys-
ning, om Questiones Medico-Legales, wår han
them themed utan betalning tillhanda gå, och thet
efter sitt böija wett och samwete, som han thet tän-
ker behöwra in för SUD.

XIII.

Collegium medicum ombildades 1813 till det kungliga ämbetsverket – Sundhetscollegium – som var föregångare till medicinalstyrelsen (1877) och socialstyrelsen (1968). Med sundhetskollaget följde snart också starkare betoning av läkarens ansvar för befolkningens allmänna hälsotillstånd. Huvuduppgiften för provinsialläkare, liksom för andra kategorier tjänsteläkare, var fortfarande att vårda sjuka mot en viss taxa, men även andra skyldigheter gällde såsom rättsmedicinska undersökningar och apoteksvisitationer. En mer genomgripande förändring kom med 1822 års läkarinstruktion, som i stort gällde fram till 1890. Om provinsialläkaren förmådde leva upp till instruktionens intentioner, måste han i sin bygd ha varit något av en ”Mädchen für alles”, där han både fungerade som medicinsk hustomte och hälsopolis med rapporteringsskyldighet till länets hövding. Dessutom hade läkaren vid allmän sjuklighet, farsoter och veneriska sjukdomar att rapportera till sundhetskollaget.

I den nya instruktionen lyftes förebyggande åtgärder och allmänna hälsovårdsuppgifter tydligt fram:

”Utom skyldigheten att biträda de sjuke inom distriktet, som hans hjälp anlita, bör provinsialläkaren äfwen fästa sin uppmärksamhet på allt, som kan bidraga att bibehålla innevärnarnes helsa, samt på allt, som för helsan kan medföra skadeliga följder. Han bör för detta ändamål, då tillfälle dertill gifwes och i synnerhet under sina embetsresor, taga noga kännedom om sitt distrikt, till dess medicinskt topografiska beskaffenhet, säskilda folklynne och lefnadssätt, allmogens boningshus, dess barns fysiska uppfostran, allmänt brukliga huskurer m.m. hvaruti allt han vid alla tillfällen bör upplysa om det rätta och motarbete det skadliga, och hwarvid han, liksom i många fall, bör kunna räkna på kraftigt biträde af presterskapet. Särdeles bör han vara uppmärksam på beskaffenheten av allmogens dryck och födoämnen, när deraf, vid inträffad missväxt, otyglig väderlek vid bergningstiden eller andra tillfällen, farsoter

eller skada kunna befaras; och då anmäla förhållandet hos landshöfdingen, för att genom dess åtgärd och allmänna kungörelser ännu kraftigare afböja hvad innevånarnes helsa kunde vara af menligt inflytande.”

Missbruk uppmärksammades, inte bara fylleri utan också kaffe och tobak sågs som hot mot folkhälsan.

1851 skriver provinsialläkare Gustav Varenius i Alingsås om kaffets effekter:

”Beträffande det inflytande, som bruket af caffèe utöfvar på människans helsotillstånd, måste jag, tillkännagifvande att jag ännu icke läst caffèeplantans historia, på grund af erfarenhet, gjord sommaren 1832, då jag var anställd såsom Quarantäns och Uppbördsläkare vid Hasselö Flate Quarantänsplats, belägen en mil innanför Sandhamns tullstation i Stockholms skärgård, tills vidare opponera mig mot derom i Sveriges endemiske sjukdomar af M. Huss och bihang till Kgl. Sundhetscollegii underd. berättelse om medicinalverket i riket 1851 af Fr. Th. Berg offentliggjorda åsigter, så framt fiskarne omkring Hasselö Flate, med hvilka jag från Mars till December nästan dagligen stod i närmare beröring, uppgäfvo för mig, att caffèe, ju starkare dess bättre, utgjorde deras älsklingsförtäring, som mer än allt annat, vare sig mat eller dryck stärkte och lifvade så gammal som ung, när de återkommo från sine färder på sjön. Också stod caffèepannan alltid i spisen hos dem, man måtte komma till dem dag eller natt, sent eller bittida. Ingen af dem ha de någonsin funnit sig mindre väl af caffèetåren, medan de, hvilka begagnade bränvin i caffèets ställe voro odågor. I en stor fiskarby i grannskapet af Hasselö Flate rådde ovanlig snygghet och välmåga, hvilket innevånarne tillskrefvo den omständigheten, att karlarne der skattade bränvinet ringa, men caffèet högt. Detta föranledde mig att, heldst karlarne omkring Hasselö Flate voro starke, friske, hurtige sjömän, ödmjukast hemställa, om det icke vore skäl att från skärgårdarne samla upplysningar om caffèets bruk och verkan der, innan det fördömes.”

Även i början av 1900-talet oroades läkarna av det myckna kaffedrickandet

Förste provinsialläkare Nils Englund skriver 1920:

”En sedan länge pågående klagan, hvilken synes tilltaga i omfång och skärpa, är klagan öfver det allmänna missbruket at kaffe, hvilket tagit sådant omfång, att det utgör en allvarlig fara för folkhälsan, särskildt som kaffe ofta får ersätta ordentlig föda, samt det ofta gifves åt t. o. m. späda barn. Ett nedgående af kaffemissbruket har visserligen kristiden medfört; det fortsätter emellertid medels ersättningsmedel, surrogat, och man kan befara, att det återkommer, då tillgången på kaffe åter ökats.”

Enligt 1822 års instruktion skulle provinsialläkaren taga noga kännedom om sitt distrikts natur och klimat, då de ansågs ha stor betydelse för sjukdomars uppkomst.

1867 skriver dåvarande provinsialläkaren i Alingsås, Berggren:

”I Januari strängare köld; yrväder en tredjedel af månaden. Februari regning. I Mars sträng barvinter med skarp blåst ("nare"). April snöig och kall; thermometeren sällan uppe vid +10 grader C. Maj månad isynnerhet abnormt kall; den 2 låg snö i drifvor; nattfroster och N.O. vind större delen af månaden; Den 13 Maj k. 10 f.m. +2 grader C. Den 21 föll snö hela dagen, marken ännu grå; d. 25 hade temperaturen på en vecka ej öfverskridit +5 grader C, fortfarande nattfroster, inga löfträd utslagne.

September ovanligt kall med nattfroster. I nästan hela December en för orten ovanlig köld. Rågen, som kommit sent och vid otjenlig väderlek i jorden, led mycket af den barkalla våren, gick mångenstädes ut och lemnade i det hela en afkastning långt under medelmåttan till kvantiteten och ofta blandad med mjöldrygor. Äfven af potatis blef mycket klen skörd. Tryckande priser på lefnadsförnödenheter under hösten. Efter den 22 December, då thermometeren sjönk till här på flera år ej nådde -25 grader -27 grader C., förevisades många fall af frostskada."

Likaså skulle han observera "folkkyne", levnadssätt, dryck och födoämnen, bostäder och barnuppfostran m m.

1851 meddelade Gustav Varenius om distriktets befolkning

"Männen i Långareds socken af Lena pastorat inom Kullings härad gå, liksom Ahle härads karlarne hvarje sommar borrt på arbetsförtjenst såsom byggkarlar. De antaga arbete både i flere af provinsens städer och på landsbygden. Under choleras itererade uppträdande i Långared genom sådane arbetskarlars återkomst från Venersborg och Lidköping förliden höst hade jag tillfälle göra iagttagelser både beträffande denna afsides liggande sockens naturbeskaffenhet och innevånarnes seder. Långaredskarlen synes mig i fullkomlig motsatts mot den förslagne Ahlehäradskarlen vara öppen och oförbehållsam. Ett betecknande drag i hans lynne hade jag glädjen erfara af en dräng, som berättade mig, att han, återkommen jemte de öfrige i Venersborg vid choleras sednaste utbrott der arbetande Långaredskarlarne, emedan han under vägen fått magplågor, lade sig i en äng i grannskapet af sitt hemvist, dit han med de andra karlarne skickade underrättelse om sitt tillstånd och stället, hvarest han qvarstannat, på det hans anhörige, om de så ville, måtte söka opp honom, som i annat fall icke ernade bege sig derifrån, så framt han ej tillfrisknade. Han behöfde emellertid ej vänta länge, förrän en hans syster ankom till honom med anhöriges och grannars bifall till hennes önskan att föra honom till deras gemensamma hem, hvarefter han hastigt förbättrades."

"Årsvexten förl. år var härstädes högst klen så att stor brist förefinnes både på potatis och säd; hvilken brist ännu mer ökas, genom den myckna bränvinsbränningen, som bedrifves här i orten. Och då icke någon inskränkning häri skett, beredes med ifver, hvad försynen behagat med sparsam utdela till människors lifsnäring, istället till ett gift som förstör både helsa, kraft och moralitet. Den knappa rågskörden var och här å orten betydligt blandad med mjöldrygor; som vållat svindel och dragning i lederne, men funnits snart öfvergående".

Provinsiälläkarjournal



Förebyggande av ohälsa

Som vi konstaterat har provinsiälläkarväsendet vuxit fram ur statens önskan att förebygga epidemier, att minska barnadödligheten och att befrämja bättre hygien. Speciellt oroad var man av den höga barnadödligheten. Under 1700-talet dog vart fjärde barn under det första levnadsåret.

Främsta dödsorsakerna var smittkoppor och mässling. Årligen dog i mitten av 1700-talet cirka 9000 barn. Mellan en tredjedel och en fjärdedel av dem dog i kopporna. Koppymning introducerades men ansågs vanskelig före tre års ålder. Många som överlevde kopporna blev blinda, döva och lytta redan i barnaåren. Barnmorskeutbildningen skulle byggas ut för att hindra barnsängsfeber. Även brännvinsupandet borde åtgärdas.

”Kongl. Collegium Medicum hafwer af de i tid efter annan inkomne berättelser ifrån Landsorterna med största grämelse förnummit, huru som allmogens barn på landet och jämwäl de fattigare i Städerna, igenom vanskiötsel, i synnerhet under die-tiden, en myckenhet bortdö.”

Sverige var föregångsland med olika upplysningsskrifter.

Bilden visar omslaget på den första skriften om spädbarnsvård utgiven av Collegium Medicum 1755.

Källa: Folkhälsa och sjukvård.



Provinsiälläkartjänsterna fram till 1900

Provinsiälläkarväsendet, som första gången omnämns i Karl XI:s medicinalordningar (1688), startade i liten skala. I slutet av 1600-talet fanns ute i landets residensstäder således endast fyra tjänster. Därefter ökade visserligen antalet provinsiälläkare i öppen vård, men till en början endast i måttlig takt. År 1700 fanns det i landet sammanlagt 13 tjänsteläkare, varav 7 i landsbygdsdistrikt och 6 i städer. Dessa läkare skulle betjäna en folkmängd på 1,5 milj. invånare. Det innebär att år 1700 gick det i medeltal 115 000 svenskar på varje tjänsteläkare.

Riksdagen beslöt 1756 att provinsiälläkarväsendet skulle byggas ut. Alla län skulle ha avlönade provinsiälläkare, de större två, med uppgift att betjäna allmogen i sina distrikt, motverka epidemier och i synnerhet den stora barnadödligheten.

Tjänsteläkarkåren, som förstatligades 1773, hade samma år vuxit till 43 st., främst genom en ökning av provinsiälläkarna ute i landsbygdsdistrikten. Läkarna hade också ökat i snabbare takt än folkökningen, varför en tjänsteläkare 1773 i genomsnitt ”endast” behövde betjäna 49 000 svenskar. Fram till 1840 hade förhållandet ytterligare ändrats genom att Sverige då hade 124 verksamma tjänsteläkare på en befolkning av 3,2 milj. personer. Då uppgick patientunderlaget per läkare ”endast” till 26 000. Trots att det absoluta antalet läkare i landet fortfarande var lågt, hade tjänsteläkartätheten mellan 1700 och 1840 mer än fyrdubblats. I Västsverige fanns, förutom i Göteborg, provinsiälläkare i Mariestad sedan 1694, Vänersborg 1753, Uddevalla 1759, Lidköping 1771 och Borås 1774.

Utvecklingen av provinsiälläkarväsendet i Sverige kan illustreras med följande tabell.

Antal tjänsteläkare 1700 – 1920

År	1700	1773	1840	1890	1920
Antal tjänster	13	43	124	369	524
Innev/läkare	115 000	49 000	26 000	13.000	11.000

Älvsborgs län

Landshövding Axel Roos i Vänersborg var mån om att förbättra förhållandena för allmogen i länet. I mitten av 1700-talet skrev han till domhavanden och begärde att denne skulle tillfråga tingsmenigheten om den ”wore willig att friwilligt betala 2 sk Smt årligen såsom aflöning för en skickelig Provincial Medicus till ortens betiening med Råd och dåd wid förekommande sjukdom”. Sedan förslaget ”på thet ömmaste” föredragits tackade allmogen för omtänksamheten men förklarade att den ”såsom närboende intill Staden Götheborg alltid tillförene betient sig af och nyttiat the förfarne läkare ther och med hwilkas biträde wid sjuklige tillfällen the som hittills wilje wara belätna.” (Vättle Härads dombok 1748).

Olika läkarkategorier i öppen vård

Rikets ständer beslöt 1829 att tillmötesgå de ständigt återkommande kraven att förbättra sjukvården på landsbygden och anslå en smärre summa statsmedel i lönebidrag till nyinrättade s.k. ”extra provinsialläkare”. En ny läkarinstruktion år 1890 föreskrev i sin § 41 att av statsmedel understödda extra provinsialläkares tjänsteförhållanden skulle handhas av för distrikten utsedda lokala styrelser. Tjänsterna kunde tidsbegränsas. Kravet var att landstinget garanterade lönebidrag för minst fem år. Statsbidraget uppgick till maximalt 1500 kronor per år. År 1859 fanns 26 extra provinsialläkare och 1906 var antalet 169. En orsak till att dessa tjänster var ganska attraktiva var rätten till tjänsteårsberäkning.

Det fanns också uppenbara brister i tjänstekonstruktionen. Tillsättningsgrunderna var oerhört olika. En del var inrättade efter framställan av kommuner, andra var ombildade distriktsläkartjänster (ofta av företag inrättade och bekostade tjänster). Lönerna skiftade mycket och var ofta låga, de kunde variera mellan 800 och 4000 kronor per år. Tyvärr hade också mindre än hälften av distrikten statsbidrag. Övriga fick lön enbart från kommun och landsting. Den största nackdelen var att de berättigade inte till pension. Av den anledningen försökte de extra provinsialläkarna ständigt att meritera sig för att till slut få en ordinarie provinsialläkartjänst. Efter 1884 års reform hade de ordinarie provinsialläkarna redan efter 60 års ålder och 25 års tjänst en god pension med 4.000 kronor årligen. Då tjänsterna var attraktiva blev medelåldern hos nytillsatta provinsialläkare hög. 1890 var den 40 år och 1904 45 år. För att få full pension tvingades därför många att arbeta en bra bit över 70-årsåldern.

Först 1907, då distrikten omorganiserades, blev de extra provinsialläkarna berättigade till pension. Man lyckades då också överföra ett 50-tal extra provinsialläkardistrikt till ordinarie.

En annan nackdel med de extra provinsialläkartjänsterna var att de var mycket osäkra. Man kunde helt godtyckligt avskeda innehavaren. Man kan ju väl tänka sig att i samband med exempelvis epidemier läkaren lätt drar på sig någons ovilja genom de åtgärder som man var tvungen att genomföra.

Städerna var utbrutna ur provinsialläkardistriktet. Stadsläkarnas uppgifter i förhållande till staten var från början desamma som provinsialläkarnas. Gradvis fick de en annan ställning än provinsialläkarna. Från 1822 utnämndes de inte av Kungl. Maj:t. Städerna utfärdade själva deras instruktioner med detaljerade arbetsuppgifter. En slutlig bodelning mellan de båda kårerna kom först 1963 då landstingen övertog provinsialläkarväsendet från staten. Om stadsläkare stadgades i allmän läkarinstruktion 1962 att han under hälsovårdsnämnden skulle ha tillsyn över den allmänna hälsovården i staden och även i övrigt tillhandagå nämnden. Stadsläkaren blev därmed helt en hälsovårdsnämndens man.

<p>Distriktsläkare</p> <p>Orsaken till att distriktsläkarinrättningen infördes vid 1800-talets början var att många kommuner, bruks- och fabriksägare hade behov av läkare. Efter ansökan kunde läkarna antas som distriktsläkare av medicinalstyrelsen med samma befogenheter som provinsialläkare. Ofta skedde tillsättandet genom ägaren till ett bruk eller en distriktsstyrelse i en kommun. Man tecknade avtal, i allmänhet helårsackord, med distriktsläkaren.</p> <p>Benämningen provinsialläkare togs bort 1972 och ersattes fr. o m 1973 med titeln distriktsläkare.</p>	<p>Stadsläkare</p> <p>Vid sidan av provinsialläkartjänsterna inrättades under 1700-talet ett antal stadsläkartjänster, avlönade av respektive stad. Instruktionsmässigt skilde man inte mellan de båda kategorierna. År 1775 gjordes en officiell klyvning av huvudmannaskapet. Provinsialläkarna upptogs i medicinalstaten, stadsfysici däremot ej. Provinsialläkaren utnämndes genom kunglig fullmakt medan stadsläkaren utsågs av stadens myndigheter. I stort sett fick de båda kårerna samma skyldigheter beträffande hälso- och sjukvården men stadsläkarna var i allmänhet inte taxebundna förutom för ”socialvårdsklientelet”.</p>
---	---

Provinsialläkarnas årsrapporter

Provinsialläkarna, som förstatligades 1774, hade som tidigare framgått börjat sin verksamhet i slutet av 1600-talet. Under lång tid framöver placerades provinsialläkarna i städerna, även om de främst kom att tjänstgöra i relativt vidsträckt landsbygdssdistrikt. Från 1755 ålades provinsialläkaren att sända årsrapporter om hälsotillståndet i sitt distrikt till Collegium Medicum, som verkade mellan 1663 och 1812. Detta centrala ämbetsverk för sjukvården var i tur och ordning föregångare till Sundhetskollegium som verkade från 1813, Medicinalstyrelsen från 1878 och Socialstyrelsen från 1968.

Provinsialläkarnas fortlöpande rapporter var en del i ett större sammanhang av centralförvaltningens informationsinsamling om hälsotillståndet i riket. Man tog också in rapporter från prästerskap, landshövdingar, hushållningssällskap och lantmätare om landets näringsliv, jordbruk, ekonomi m, m, Myndigheterna resonerade klokt och praktiskt då de utformade sina bestämmelser vilka tämligen detaljrikt reglerade olika befattningshavares göromål. Lagar och förordningar formulerades mycket omsorgsfullt och lämnade sällan utrymme för misstolkningar. Provinsialläkarens rapporteringsskyldigheter i olika avseenden ingick

F T Berg var medicinalråd och ledamot av kommissionen för Tabellverket. Han skulle senare bli den förste chefen för Statistiska Centralbyrån (SCB). På hans initiativ utarbetades ett särskilt formulär som provinsialläkarnas årsrapporter från och med 1851 skulle följa. I rapporterna skulle uppgifter lämnas om distriktets topografi, areal, befolkning, allmogens levnadssätt, brännvinsmissbruk, barnavård och allt som kunde vara av vikt för bedömning av hälso- och sjukvården. Det innebär att årsrapporterna från 1850-talet blev mer styrda men ofta också fylliga.

Då landstingen 1963 övertog provinsialläkarnas uppgifter, ”befriades” läkarna från årsrapportsskyldigheten.

Tillsynen över länets institutioner och allmänna hälsovård övertogs 1890 av en förste provinsialläkare, som också sände årsrapporter över sin verksamhet. Förste provinsialläkarnas årsrapporter finns i tryck från 1896.

Den stora mängden årsrapporter från provinsialläkare under ett par sekel är en synnerligen värdefull källa för den som vill få inblick i hälso- och sjukvården på olika ställen i vårt land under olika tidsåldrar. Vissa provinsialläkare lämnade även utförliga beskrivningar av ortens och befolkningens liv och leverne. En del redovisade också egna funderingar om sin uppgift och innehållet bakom de rubriker som årsrapporterna omfattade. Rapporterna kom från 1851 att följa en given mall av rubriker med bl. a. följande exempel (saxat ur en rapport i mitten på 1800-talet)

Rapport rörande embetsgöromålen och sundhetstillståndet inom ett provinsialläkardistrikt

- 1:o Väderlekens och årsväxtens förhållande i allmänhet såvidt detsamma varit af beskaffenhet att utöfva märkbart inflytande på helsotillståndet och sjukdomslynnnet.
- 2:o Allmännare förekommande sjukdomar
 - A. Endemiske (en i befolkningen ständigt förekommande sjukdom)
 - B. Epidemiske
 - a. Smittkoppor
 - b. Nervfeber
 - c. Rödsot
 - C. Sporadiske
 - a. Skarlakansfeber
 - b. Mässling
 - D. Syphilis, saltfluss, elephantiasis, chroniska hudsjukdomar
 - E. Sinnessjukdomar
 - F. Epizootier (farsot hos djur)
- 3:to Förhållandet i allmänhet med:
 - a. Sundhetspolis, Sockennämnders verksamhet för allmänna helsovården, Sockenapotek m. m.
 - b. Fattig och Fångvård
 - c. Allmänna välgörenhetsinrättningar, folkskolor m. m.
 - d. Helsobrunnar och badorter
 - e. Vaccination och revaccination
 - f. Apothek – privilegierade (sjelfständige och filial)
 - g. Barnmorskeväsendet
 - h. Beväringmanskabet
- 4:to Embetsförrättningar pga vederbörande auctoritets serskilda förordnande
 - A. För helso- och sjukvårdsärenden
 - a. I och för smittkoppor
 - b. Rödsot
 - c. Nervfeber
 - B. För medicolegala ändamål, besiktningar af lefvande personer, liköppningar, undersökning af misstänkta eller giftiga ämnen
- 5:to Uppgift på inom districtet bosatt personal af:
 - a. Legitimerade läkare och sådana, som med särskilt tillstånd, eller p. g. a. innehafvande förordnande till läkekonstens utöfvning äro berättigade
 - b. Badaremästare, Dentister
 - c. Djurläkare
 - d. Apothekare, Provisorer och Lärlingar
 - e. Barnmorskor med underrättelse om de af kommunen äro antagne och aflönade
 - f. Vaccinatörer samt huru desse godtgöras
 - g. Quacksalvare (namn m.m.)
- 6:to Vetenskaplige iakttagelser, märklige sjukdomshändelser, chirurgiske och obstetriske operationer af intresse
- 7:to Andra med allmänna helsovården sammanhang egande ämnen, som anses böra till allmän kändedom komma, men icke under ofvanstående rubriker äro hänförlige.

För vårt lokala medicinhistoriska syfte har vi koncentrerat oss på rapporter från dåvarande Alingsås provinsialläkardistrikt. Från början var detta geografiskt vidsträckt. Gränserna för distriktet ändrades med åren, och efterhand som läkarantalet steg kunde distriktet minska i storlek. Under lång tid har dock Alingsåsdistriktet bl. a. omfattat socknarna Lerum, Skallsjö, Stora Lundby och Östad, vilka nu ingår i Lerums kommun.

Årsrapporter för åren 1830-1853 har digitaliserats i en medicinalhistorisk databas som kan sökas på internet (<http://www2.histstud.umu.se/medhist/>). Totalt omfattar serien årsberättelser från provinsialläkare i hela Sverige, från 1814 till sekelskiftet. För tillfället (2004) innehåller databasen ca 6000 provinsialläkarberättelser. 1500 handlingar kommer från den tidigare perioden, ifrån Sundhetskollegiets arkiv, medan ca 4000 har digitaliserats från Medicinalstyrelsens, äldres, arkiv.

En provinsialläkare som avgett mycket utförliga rapporter är Gustav Varenius. Han tjänstgjorde i Alingsås provinsialläkardistrikt 1848 – 1860, dessförinnan i Hjo.

Provinsialläkarens skyldigheter

Provinsialläkarens skyldigheter kvarstod i det väsentligaste genom tiderna ända fram till landstingsövertagandet 1963. Dock försköts tyngdpunkten i uppgifterna successivt från hälsoövervakande verksamhet till enskild sjukvård.

Provinsialläkaren ålades bl. a. att visitera apoteken en gång årligen samt även följa upp apotekarens arbete. Han hade också kontroll över barnmorskornas verksamhet.

I författningssamlingen 1824 kom än mer detaljerade föreskrifter för provinsialläkare. Han hade ansvar för den allmänna hälsovården och den enskilde enligt föreskrifterna. Han hade att beskriva sin verksamhet i en väl specificerad **årsrapport**. Han hade att anmäla sin bortvaro från distriktet och därtill skaffa ersättare vid frånvaron.

Denna frånvaroregel fanns kvar fram till landstingsövertagandet 1963. Oftast löstes frånvaron genom samarbete med granndistrikten. Inte sällan kom en ”order” från medicinalstyrelsen om att tjänstgöra i flera distrikt samtidigt. Även om provinsialläkaren var på förrättning eller hade annat för sig i sitt eget distrikt måste detta meddelas genom anslag på mottagningens dörr så att man när som helst kunde nå sin läkare (tala om maximal tillgänglighet!). År 1963 trädde en ny läkarinstruktion i kraft. I den angavs att provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och stadsdistriktsläkare var tjänsteläkare däremot inte stadsläkare.

Farsoternas bevakning var en viktig del i provinsialläkarens arbete.

Klipp ur Gustav Varenius årsrapport 1853:

a) Nervfeber.

”Den i årsrapporten för 1852 omskrifne epidemien i Östads kyrkoby fortfor under Januari och Februari månader 1853. Under hele epidemien insjuknade deri 80 och dogo 11 personer.

b) Skarlakansfeber

Den har visat sig här och der inom hela distriktet under större delen af året. Åtskilliga barn, som angripits, ha aflidit. Deribland en en nära 4 år gammal flicka, behäftad med, morbus coeruleus. Genom liköppning utrönte jag, att foranum ovalet hvars bredd var så stor, att jag genom detsamma kunde träda spetsen af mitt pekfinger, var liksom genomväfdt med ett glest, florslikt nät af muskeltrådar. Sällan har jag sett öfvergång i vattenutgjutning.”

c) Kikhosta

"Den har likaledes större delen af året varit gängse nästan öfver hela districtet. Dödligheten har ej varit serdeles stor. Enligt min rapport af den 24 sistl. September till Kgl. Sundhetscollegium har ett till acut hjernvattusot öfvergånget sjukdomsfall slutat med tillfrisknande. Det i min rapport till Kgl. Sundhetscollegium af den 5 sistl. November omnämnda, af kikhosta angripna barnet i Klofnasten i Sköfde socken af Kullings härad var derjemte behäftad med en brusten böld på hallsen, ur hvilken vid hostning afgick betydlig mängd blod. Detta sjukdomsfall slutade genom förblödning."

d) Rödsot.

"I Juli månad fick jag först höra att sjukdomen utbrutit i Bjerke Härad och blef derefter anmodad att med anledning deraf göra ett sjukbesök på Gräfsnäs godset. Den hade då ännu ej spridt sig till de inom Långareds socken belägna hemman af detta gods. Sedan spreds den dels från Bjerke härad genom Långared till angränsande socknar inom Kullings härad dels från Götheborg till Kullings, Ahle och Vedtle härader."

När **skyddssympningen** mot smittkoppor blev obligatorisk 1816 tilldelades provinsialläkaren bl. a. uppgiften att undervisa ympare (barnmorskor, klockare med flera yrkeskategorier) och att tillhandhålla ympämne. Ymparnas journaler skulle han granska och sända vidare till landshövdingen.

Omgivningshygienen togs över av 1:e provinsialläkaren/länsläkaren vid sekelskiftet 1900 liksom uppföljning av lex venerisfallen. Denne tog också över många inspektionsuppdrag som inspektion av apoteken, sjukhem och ålderdomshem samt övervakning av kvacksalveriet.

Om kvacksalvare i distriktet skriver Varenius 1851:

"Egentligen finnes endast en sådan inom districtet. Denna heter Peter Carlsson och är hemma i Mollje af Starrkärrs pastorat. Han anses för utmärkt skicklig att behandla benbrott och lärer med mycken framgång gått och gå allmänheten tillhanda vid sådana åkommor. Men icke nöjd vid denna verksamhet låter han äfven använda sig dels såsom therapeut vid invärtes sjukdomar dels såsom förlossninghjelpare. Hans ståndpunkt såsom sådan /förlossninghjelpare/ inhämtas af de i mine årsberättelser för

Norunga.

Qvacksalvare finnes, mig veterligt, icke inom socknen, utom en 82 årig Gubbe med namn Erik Svensson vid Tåstarp, hvilken med signier (utan att använda några läkemedel) föregifver sig kunna fördrifva sjukdom så väl hos människor som kreatur, han har dock föga popularitet och är för samhället icke skadlig!"

I en tid då alla förlossningar skedde i hemmen skulle provinsialläkaren ha **tillsyn över barnmorskorna** i sitt distrikt, övervaka deras arbete och ta emot deras rapporter. Mer om detta i avsnittet om Barnmorskan.

Sedermera, före landstingsövertagandet, var provinsialläkaren skyldig att ta emot förordnande inom förebyggande mödra- och barnavård och vid distrikten befintliga sjukvårdsinrättningar.

I och med tillkomsten av olika kommunala nämnder förutsattes provinsialläkarens medverkan som medlem eller sakkunnig i hälsovårds-, barnavårds-, nykterhets- och socialvårdsnämnd.

Ända fram till 1963 kvarstod också provinsialläkarens **medico-legala förrättningar**. När man läser årsberättelserna från äldre tider märker man att besiktningar av levande och döda kroppar samt rättsmedicinska obduktioner ägnades stort utrymme.

Medicolegal liköppning 1859 G. Varenius:

"Protokoll fört vid medicolegal liköppning å aflidne Anders Andersson från Tågkärri i Lundby socken döde kropp enligt anmodan af Kongl. Befallningshafvande företagen vid Lundby kyrka den 6 Juli 1859 af undertecknadad extra provincialläkare i, närvaro af Hans Andersson i Fjällestorp.

Species fakti: Anders Andersson skall enligt polisprotokollet blifvit mördad av sin son på väg mellan sitt hemvist och hemmanet Molje i Starrkärrens socken.

Igenkänningstecken: Kroppslängden 11 1/2 kvarter.

§ 1 Yttre besigtningen

Kroppen på rygg upplagd i kista, var klädd i stöflar, Liket öfveralltstädes täckt med hvita maskar, var till hela sin yta ansvällt af inträffad röta, så att kroppen var alldeles oigenkännlig. Huden öfverallt rödbrun, pergamentshård. Ofvanför högra örat fanns en tre tum lång, gapande sårnad med jemna. sårleppar. Under hufvudsvålen fanns nästan öfverallt rödfärgad utgjutning, tillkommen som det synes, genom förruttnelse.

§ 2 Inre besigtningen

Hufvudet, innanför den vid yttre besigtningen iakttagna sårnaden ofvanför högra örat fanns i huvudskålen ett två och 1/2 tum bredt, tre tum långt, nästan fyrkantigt hål, inuti hufvudets största hålighet lågo nio stycken större och mindre benbitar. Hjernan, förstörd af röta, var uppfylld af maskar.

2. Bröstat 3. Buken. Dessa delars mjukdelar så angripne af röta att deras tillstånd vid dödsfallet icke kan bestämmas. Mera är ej att anmärka.

Uppläst på stället betygar såsom närvarande vittne Hans Andersson, Olof Andersson, Johannes Klen och David Jonsson i Fjällestorp, hvilka biträtt vid liköppningen begära därför. I Rdr, riksmünt hvardera.

Utlåtande

Den enligt ofvanst&ende liköppningeprotokoll med den öppnade kroppen försiggångna förruttnelsen utgör hinder för bestämmandet iakttagna skadan, såsom sannolikt tyckes tillkommit i lifxtiden, så kan för visst antagas, att det skola orsakat döden. Hvilket allt intygas ej blott på min redan aflagde embetsed utan äfven under denna min edeliga förpligtelse, så sant mig Gud hjelpe till lif och sjel.

Alingsås i extra provinsialläkarexpeditionen

Den 21 juli 1859, G. Varenius

Rättsliga processen

Påbörjades 15 juli 1859 i Ahle häradsrätt och slutlig dom över sonen J. A. Andersson avkunnades i Hofrätten den 23 november samma år.

"Enär Johan August Andersson frivilligt inför Häradsrätten erkännt, att han den 11 sistlidne juni med hammaren af en yxa tilldelat sin fader Anders Andersson ett slag på hufvudet ofvanför högra örat och denna bekännelse vinner stöd af i målet förekommande omständigheter, samt Johan August sålunda är lagligen förvunnen att hafva tillfogat Anders Andersson den skada å hufvudet, hvarmed han efter döden funnits behäftad, och hvilken enligt läkarens intyg förorsakat Anders Anderssons död för dråp å sin fader gjort sig till dödsstraff förfallen, att i en bot mista lifvet genom halshuggning...".

Läkardistriktens omfattning

Att noggrant dela in ett land i väldefinierade läkardistrikt är ganska unikt för Sverige. Utvecklingen av distriktsindelningen började redan tidigt. Man insåg att distriktsindelningen var ett bra sätt att tillgodose allmänhetens läkarbehov på landsbygden.

I Älvsborgs län var från början en provinsialläkare stationerad i länsstaden Vänersborg. Senare tillkom ytterligare en läkare i länet, i Borås.

Alingsås blev **1830** extra provinsialläkardistrikt med läkarna:

Forsell, Modin och Varenius. Ordinarie provinsialläkardistrikt blev Alingsås **1866**. Förste innehavaren var Gustav Ferdinand Berggren,

Distriktet bestod **1842** (Gustav Varenius) av:

Kullings, Vettle, Ahle, Flundre och Bjerke härad. Det extra provinsialläkardistriktet 1843 omfattade Kullings, Vädtele, Ahle och Gäseneds härad med 25 socknar: Alingsås stad och landsocken, Hemsjö, Ödenäs, Herrljunga, Algustorp, Hool, Lena, Långared, Norunga, Noraskogs bygd, Ljur, Asklanda, Ornunga, Quinnestad, Björke, Skölfvened, Eriksberg, Odh, **Östad**, Starrkärr, Nödinge, Kilanda, Skeplanda, St Peders Tange, Hålanda Sköfvde, **Skallsjö**, **Lerum**, Angered, Bergum, **Lundby**.

Gustav Varenius, prov.läk i Alingsås skriver om distriktet 1851:

”Äfven i Långared synes laga skiftet, som nu som nyligast försiggått i flere byar derstädes, ha bidragit till ökad snygghet, trefnad och beqvämlighet. Långareds socken belägen på ömse sidor om den 3/4 mil länge, 1/4 mil brede sjön Anten, vid hvars södra ända ligger byn Ålanda i Östads socken af Ahle härad, medan Gräfsnäs slott i Bjerke härad ligger vid den norra, är med undantag af några på sjöns vestra sida belägne, Gräfsnäs underlydande gårdar uteslutande tillhörig och bebodd af allmoge, som dock pensionerar en försupen Orgelnist, hvilken, innan han började suppa, lærer ansetts för en verklig virtuos. Hela socknen är en högt belägen, vild skogsbygd. Utefter sjöns vestre kust gemenligen kallad skogen Risveden är nu under anläggning en landsväg, hvarigenom afståndet från Sollebrunn och Gräfsnäs till Alingsås kommer att förkortas, det förra från 3 1/4 till omkring 2 1/2, mil, det sednare från omkring 3 3/4 till omkring 2 mil. Från Långareds kyrka är afståndet till landsväg 1 mil. Byarne och gårdarne äro belägne på större och mindre dels dalar mellan de höga bergen, dels bergsslutningar.”

Bjerke och Flundre härad bröts ut ur Alingsåsdistriktet redan **1843**.

Vid Älvsborgslandstingets första sammanträde **1863** fanns i länet sex provinsialläkare, fem i städerna (en i vardera **Alingsås**, Borås, Trollhättan, Vänersborg, Åmål) och en i Svenljunga. Dessutom fanns i de fem städerna vardera en stadsläkare samt fyra militärläkare, som bodde på olika platser inom länet. Kort därefter inrättades ytterligare två provinsialläkardistrikt (i Skene för Marks härad och i Dalsland). En stadsläkartjänst inrättades i Vänersborg 1756. tjänsten förenades i början med provinsialläkartjänsten.

Landstinget verkade då ej vara positivt till utbyggnad av provinsialläkarväsendet för först 1891 togs problematiken med läkarbemanning upp igen. Anledningen var en reform 1890 om ersättningar från staten. Ett sådant ärende rörande Valbo (Högsäter) härad togs upp 1891 men beslut fattades inte varken då eller 1895. Herr Carl Johansson i Årbol återkom med frågan 1899 då anslog landstinget, för fem år från och med 1901, årligen 500 kronor för detta. Ärendet återkom 1910 efter en motion av herr I R Edgren m. fl. och bidraget höjdes till 1.500 kronor jämte stadgad pensionsavgift till den extra provinsialläkaren under förutsättning att distriktet årligen till landstinget återbetalade 1.000 kronor samt att statsbidrag söktes med 1.500 kronor. Man höll hårt i penningpungen på den tiden!

Herr Fr. Sandberg och O. H. Svensson, Saläng fick 1894 igenom en framställan om bidrag till ett extra provinsialläkardistrikt i Herrljunga. Efter det beslutet överflyttades 10 socknar från Alingsås provinsialläkardistrikt till **Herrljunga**, som blev extra provinsialläkardistrikt samma år. (**1894**) Kvar var i Alingsåsdistriktet 15 socknar. Julius Berger var då provinsialläkare i Alingsås.

På kontraktprosten K. L. Johanssons och friherre O. Silverschiölds förslag beviljade **1901** års landsting för fem år f. o. m. år 1903 ett årligt bidrag om 500 kronor till anställandet av en extra provinsialläkare i Bjerke härad (**Sollebrunn**). Detta förlängdes till 1917 med samma villkor som tidigare nämnts. I och med detta minskade Alingsåsdistriktet ytterligare genom att även Östad och St. Lundby överfördes till Sollebrunn.

Det dröjde till **1908** innan landstinget gjorde upp ett förslag till plan för provinsialläkar-distrikten på begäran av Kungl. Maj:t. Enligt denna skulle länet indelas i femton distrikt med läkare i Billingsfors, Mellerud, Högsäter, Ed, Trollhättan, Ale, **Sollebrunn**, **Alingsås**, **Herrljunga**, Borås, Ulricehamn, Norra Mark, Södra Mark, Svenljunga och Östra Kind. Planen kom aldrig att förverkligas.

F. o. m. 1 januari **1915** omfattade aktuella provinsialläkar-distrikt enl. K. B. den 31 oktober 1914 följande socknar:

Sollebrunns distrikt, bestående af Stora Mellby, Magra, Erska, Lagmansereds, *Stora Lundby*, *Angereds*, *Bergjums*, Skepplanda, Hålanda, Starrkärrs, Kilanda, Nödinge, *Östads*, Bergstena och Långareds socknar, och med station för läkaren vid Sollebrunns järnvägsstation.

Alingsås distrikt, bestående af Alingsås landsförsamling samt *Skallsjö*, *Lerums*, Algutstorps, Hols, Siene, Horla, Norska skogsbygden, Lena. Fullestads, Rödene (Rödinge), Bälinge, Ödenäs, Hemsjö, Norunga och Töllesjö socknar, och med station för läkaren i Alingsås.

Lerum fick eget extra provinsialläkar-distrikt **1944**. Detta blev ordinarie distrikt **1950**.

År **1956** avknoppades från Sollebrunns distrikt **Gråbo extra provinsialläkar-distrikt**, som omfattade Östad, Stora Lundby och Bergums socknar. Gråbo blev **ordinarie provinsialläkar-distrikt 1962**. 1963 bildar Stora Lundby och Skallsjö ett kommunalblock. Bergum inlemmades år 1967 i Göteborgs stad och tillhör då inte längre Gråbo läkar-distrikt.

Efter kommunsammanslagning år **1969** överflyttades Skallsjö socken till Lerums provinsialläkar-distrikt. Samtidigt sammanslogs Gråbo och Lerums distrikten. **Lerums läkar-distrikt** sammanföll därmed med Lerums kommuns gränser. Varje tätort (Lerum, Floda och Gråbo) blev stationeringsorter för provinsialläkarna sedermera benämnda distriktsläkare.

Läkartäthet 1840 – 1920

Ett mått på människornas levnadsstandard utgör tillgängligheten till läkare, vilket kan avläsas i läkartätheten. Som tidigare nämnts hade en svensk tjänsteläkare 1840 i genomsnitt ett patientunderlag på 26 000 personer. Femtio år senare, 1890, hade tjänsteläkarkåren i det närmaste tredubblats medan landets folkmängd inte alls ökat lika snabbt. Det innebär att läkartätheten stigit och att patientunderlaget minskat till i medeltal 13 000 personer per tjänsteläkare. Fram till 1920 ändrades bilden inte så mycket. Antalet tjänsteläkare fortsatte visserligen att växa men inte mycket mer än befolkningsökningen, varför patientunderlaget per läkare då uppgick till 11 000 personer.

Man måste emellertid ta i beaktande att ovan angivna siffror endast speglar utvecklingen för tjänsteläkare. Bland landets yrkesverksamma läkare fanns dessutom privatpraktiserande läkare och sjukhusläkare. Omkring 1890 var antalet sjukhusläkare ännu ganska litet eller knappt 15 procent av hela läkarkåren. Privatläkarna utgjorde emellertid den största gruppen och svarade för 60 procent och tjänsteläkarna en fjärdedel. År 1920 hade bilden påtagligt förändrats. Sjukhussektorn hade börjat expandera, varför sjukhusläkarnas numerär ökat kraftigt i absoluta tal och svarade för 40 procent av hela läkarkåren. Tjänsteläkarna hade i stort sett behållit sin andel på 25 procent, medan privatläkarnas andel klart minskat till 35 procent.

Inbegriper man även privatläkarna och sjukhusläkarna vid beräkningen av läkartätheten finner man att den ökat påtagligt. År 1890 hade Sverige alltså en läkare per 6 600 invånare och 1920 en läkare per 3 600 invånare.

Om utländska läkares kompetens

Gustav Varenius gör 1843 ett inlägg i debatten om utländska läkares behörighet.

”Jag har en motsatt åsigt rörande förbudet mot i främmande länder legitimerade läkare. Då nämligen rimligtvis icke kan antagas, att i någon stat vederbörande lagstiftande och lagskipande myndigheter äro till den grad efterlåtne, att de, förutsatt det redan i och för sig orimliga, att en medicinsk Facultet skulle befinnas till den grad glömsk af sina pligter, att den legitimerade personer så qualificerade, att de af okunnighet kunde spilla till dem sig, för erhållande af läkarehjelp, vändande personers lif, skulle se genom finger med en sådan Facultets försumlighet, så finnes, i min tanka, så mycket mindre det ringaste skenbara skäl, att förmena å utrikes ort verklig legitimerade läkare medicinsk practik i riket under vanlig kontroll utöfva, som en spyfluga af ett sådant förbud, kunde hämta anledning att sätta i fråga huru det står till med landets egna medicinska undervisningsverk.....

..... som jag på här anförde grunder anser, att icke blott Herr Generaldirecteuren utan äfven Kong. Sundhetscollegium skulle gjort sig hela svenska läkarecorpsen på det högsta förbunden, om Kong. Sundhetscollegium genom till Regeringen inlämnad underdånig skrifvelse, innehållande förslag att tillåta alla vid utländska läroverk verklig legitimerade läkare fri utöfning i Sverige af läkarekonsten, öppet förklarar sig ega om den corps, i spetsen för hvilken det blifvit ställdt öfvertygelsen att den är fullt vuxen täflan med adepterna från hvilket utländskt, medicinskt läroverk som heldst. Dessutom hade det väl, enär svenskarne i så mycket annat stå efter utlandet, varit för svenska medicinalstyrelsen en serdeles ära, att för den fullkomligt fria, vetenskapliga vaxelverkan, hvilken, emedan utan densamma en till alla länder sig sträckande lika bildningsgrad ej är tänkbar, måste utgöra all bildningslutproblem, uppträda såsom antisignan.”

Provinsialläkarens huvudmän

Utbyggnaden av provinsialläkarväsendet har alltid gått trögt. Huvudmännen, Staten liksom senare landstingen, som var ”sjukhusuppbyggarna”, var oftast ovilliga att prioritera den öppna vården. De första provinsialläkarna tillkom på läkarkollektivets eget initiativ och ofta har enskilda initiativ följt under åren.

Hedvig Eleonora beviljade 1663 några Stockholmsläkare rätten att bilda ett ”*Collegium medicorum*”, som gavs vissa privilegier men också skyldigheten att förordna doktorer och att utöva kontroll av sjukvårdsutövarna i landet ..”som vid så siukelige tider icke draga sig sitt ämbete undan uthan efter theres nödh och begäran som dhem behöfva tillhanda gå och alle giörlige medell använda att smittosamma och farlige siukdomar måge – afstyrde blifva...” Det var en första beskrivning av ”tjänsteläkaren”, som hade att ge den enskilde vård men framför allt hejda de farsoter, smittosamma sjukdomar, som var så vanliga på den tiden och långt in på 1800-talet. I den första medicinalordningen, som publicerades 1698, benämndes dessa läkare provincialmedici, då de skulle verka ute i provinsen lika med de större städerna. De ålades också, utom att utöva sjukvård till en billig betalning, viss rapportskyldighet angående ”vad som rart och tänkvärdigt är in re medica eller naturalia”.

Statsverket övertog helt avlöningen av provinsialläkare 1773, då deras antal fastställdes till 32 med lika många ”medhjälpare”. Provinsialläkarna hade fått en huvudman såväl administrativt som ekonomiskt. Denna kår av statligt anställda provinsialläkare skulle bestå till 1963 då landstingen tog över huvudmannaskapet.

År 1813 omorganiserades ledningen för landets sjukvård. Collegiet upphörde och ersattes av ett sundhetscollegium, som 1877 blev ett statligt verk, Medicinalstyrelsen. År 1968 slogs detta verk samman med ett motsvarande för sociala ärenden. Det nya verket blev Socialstyrelsen.

Cheferna behövde inte längre vara läkare och medicinalråden blev byråchefer och sålunda ej beslutsfattare.

Utbyggnaden av provinsialläkarväsendet gick trögt och oregelbundet. De nya tjänster som undan för undan inrättades tillkom nästan helt på lokala initiativ. Medel till löner fick man genom ”sammanskott”. Så fortsatte det under åren med tillsättande av extra provinsialläkardistrikt och extra provinsialläkare genom initiativ av kommuner, stadsförvaltningar och industrier.

Dessutom inrättades ett antal stadsläkartjänster, med samma instruktion och skyldigheter som provinsialläkarna. Provinsialläkarna utnämndes genom Kunglig fullmakt medan stadsläkarna utsågs av stadens myndigheter. Stadsläkarna var i allmänhet inte taxebundna utom för ”socialvårdsklientelet”.

Man fick en ny kategori läkare i början av 1800-talet, som utsågs och avlönades av ”menigheter på landsbygden”. En eller flera kommuner, ofta i samverkan med bruk och andra industrier, slog sig tillsammans till distrikt. Så tillkom *distriktsläkare* som tillerkändes tjänsteårsrätt. Kåren uppgick 1890 i en extra provinsialläkarorganisation.

Extra provinsialläkare var från början och även senare ett provisorium, ett av orten påvisat behov av provinsialläkare som staten inte ”hade råd” att bekosta. Titeln ”extra provinsialläkare” förekom officiellt första gången i ett kungl. brev 1829. Successivt överfördes tjänsterna till ordinarie.

En ny sorts extra provinsialläkare tillkom 1891. Huvudmän för dessa tjänster blev landstingen. Även i dessa fall initierades tjänsten av en eller flera kommuner, som via landstinget anhöll hos Medicinalstyrelsen att få anställa en extra provinsialläkare och inrätta ett extra provinsialläkardistrikt. De extra provinsialläkarnas antal utökades snabbt. Redan 1905 översteg de med 30 tjänster de ordinaries (169 respektive 139). Genom inrättande av fler ordinarie distrikt ändrades relationerna 1920 till 200 ordinarie och 112 extra provinsialläkartjänster. Processen fortgick och 1950 fanns endast 10 extradistrikt kvar. Det sista återstående var Smögens, 1970.

Så tillkom Alingsås extra provinsialläkardistrikt år 1830, Herrljunga 1894, Bjerke (Sollebrunn) år 1903, Lerum år 1944 och som ”sladdistrikt” Gråbo år 1956. Distrikten fick efter hand status av ordinarie distrikt åren 1866 Alingsås, 1913 Sollebrunn, 1923 Herrljunga, 1950 Lerum, 1962 Gråbo. Därmed blev också innehavarna statligt anställda med Kunglig fullmakt att verka i och för distrikten.

Vilka bekymmer de extra provinsialläkartjänsterna vållade kan utläsas i Provinsialläkarföreningens första jubileumsskrift. Läkarna var beroende av kommunalpolitikerna. ”*Läkaren skall vara alla till nöjes, icke ha allt för stora anspråk, men han måstedärjämte nogra tillse, att ej komma i kollision med någon inflytelserik persons enskilda intressen.*” Han kunde riskera att på godtyckligt sätt skiljas från sitt uppdrag.

1904 kom ett förslag till ny tjänsteläkarorganisation. De civila tjänsteläkarna skulle utgöras av: En förste provinsialläkare i varje län, helt avlönad av staten; Provinsialläkare till ett mindre antal i varje län för viktigare rättsmedicinska förrättningar och för hälsovårdsangelägenheter. Dessa skulle också avlönas av staten; Distriktsläkare, huvudsakligen för sjukvården på landsbygden, en del skulle avlönas av staten, andra av orterna med statsbidrag och resten av distrikten själva; Stads- och distriktsläkare i städerna, avlönade av dessa. Detta förslag väckte stor oro inom provinsialläkarföreningen. De befintliga extra provinsialläkarna klagade i en mängd insändare i pressen över sina svårigheter, arbetsmässigt och ekonomiskt. Förslaget från 1904 föll ”under bordet”. Men att staten ville dra sig ur kostnaderna för öppen vård fanns kvar och ”lösningen” kom 1963 då landstingen fick ta över provinsialläkarorganisationen.

Provinsialläkarens arbetsvillkor 1800 - 1920

Med hjälp av Svenska provinsialläkarföreningens skrifter och årsrapporter, 1800-talets provinsialläkares gedigna årsrapporter och förste provinsialläkarens i Älvsborgs län årsrapporter kan man få en bakgrund till hur den gamle provinsialläkaren successivt avvecklades och ersattes av distriktsläkaren. Även Per Hemberg (PH) med sin utmärkta bok ”Ett läkardistrikt berättar – Om gångna tiders sjukvård i Bo och Svennevads socknar”, har varit en källa.

Provinsiälläkarnas ekonomi och arbetsförhållanden

Omkring år 1700 var provinsiälläkarens lön 300 daler silvermynt per år. Städerna kunde bidra med ytterligare medel. Under nödåren 1718 – 1719 drog Karl XII in deras lön. Den uteblivna lönen fick kompenseras med patientavgifter. Det fanns provinsiälläkare som vid den tiden klagade över att de sjuka hellre riskerade livet än att betala doktorn.

I sin efterskrift sammanfattar Per Hemberg den gamle provinsiälläkarens arbets- och levnadsvillkor:

”Generationer av provinsiälläkare har haft en i många stycken omänsklig arbetsbörda. De kämpade dag och natt i åratals och fick sällan någon som helst ledighet. Trots en ”till det yttre” god levnadsstandard med bra bostad och vissa naturaförmåner hade man alltid penningbekymmer. Betalningen var dålig. Det var inte alltid som läkaren blev populär då många åtgärder han som statens tjänsteman var tvungen att vidta kunde inkräkta radikalt på människors privatliv exempelvis långvarig isolering i samband med infektionssjukdomar. Han fick dessutom ständigt kämpa hårt mot okunnighet och bristande hygien.”

Men provinsiälläkaren var också en självklar tillgång i det dagliga livet i bygden. Han var lätt att nå och stannade i många år. Kontinuiteten var hundraprocentig och man hyste respekt för honom.

Provinsiälläkarlönen kunde i början av 1900-talet vara 1300 kronor om året samt tjänstebostad med ”skyldighet för läkaren att på egen bekostnad verkställa de invändiga reparationer som han kunde finna nödiga”. Vid ledighet för sjukdom eller av annan orsak var han tvungen att själv anskaffa vikarie och avlöna denne. Taxan för besök på mottagningen var en krona och tre kronor för hembesök inom en halv mil. En lång sjukresa, som kunde ge 15 kronor, bättre upp en eljest dålig vecka. Besöksfrekvensen på mottagningen var låg. Med de större gårdarna och företagen kunde man göra upp ackord för de anställda exempelvis en krona per anställd och år. Kommunen däremot skulle ha 50 % rabatt för vården för de fattiga.

I slutet på 1860-talet anför provinsiälläkaren Gustav Ferdinand Berggren från Alingsås att hans främsta önskemål för framtiden var att provinsiälläkarna skulle i författningen tillerkännas bibehållen och oavkortad lön vid sjukdom och tjänstledighet som en enkel gärd av rättvisa med hänsyn till ”en exceptionell tjänstskyldighet, en lagtvungen försakelse av vila och sömn till skada för deras hälsa och livslängd”. Han själv fick p.g.a. sjukdomssviter i många år leva på 1300 kronor årligen.

Sundhetsinspektörer – Förste provinsiälläkare

Fastän provinsiälläkaren enligt instruktionen inom sitt distrikt hade att förebygga sjukvården, diskuterades från mitten av 1800-talet om inte denna uppgift borde läggas på en särskild yrkeskår av ”sundhetsinspektörer”. Dessa befattningshavare, som skulle utgöras av läkare med särskild utbildning, skulle inte ägna sig åt sjukvård utan skulle helt koncentrera sig på sjukdomsförebyggande åtgärder. Vid olika tillfällen föreslog sundhetskollegium – och senare även medicinalstyrelsen – för regeringen att *förste provinsiälläkartjänster* skulle inrättas i varje län. Men förslagen vann inte statsmakternas gillande.

Den allmänna hälsovården fick genom 1874 års hälsovårdsstadga fastare form. Inom hälsovården hade uppgifterna genom den medicinska och tekniska utvecklingen blivit alltmer komplicerade. Vid 1800-talets slut var tiden därför mera mogen för att förslag om *förste provinsiälläkare* på länsplanet skulle vinna gehör. Genom 1890 års reform av tjänsteläkarväsendet inrättades befattningar som *förste provinsiälläkare* i länen. Deras uppdrag var att ha uppsikt över länets allmänna hälsovård, tillsynen över institutioner, medicinalpersonal och apotek samt administrativa uppgifter, som körkortsärenden och liknande. Av ekonomiska skäl fick förste provinsiälläkaren också ägna sig åt viss sjukvård. Det bör framhållas att samtliga provinsiälläkare ute på fältet fortfarande ålades att ha uppsikt och ansvar för hälsovården.

Från 1896 till 1963 finns förste provinsiälläkarens I Älvsborgs län årsrapporter i tryck. En hel del fakta är hämtade ur dessa årsrapporter.

BARNMORSKOR OCH SJUKSKÖTERS KOR

Barnmorskor

Barnmorska är ett gammalt ord i svenska språket. Redan 1571 förekommer det i skrift i pluralformen ”barnamoderskor”. Betydelsen var kvinnor som hjälpte medsystrar vid barnsbörd, jordemödrar. Det var inget yrke det var en syssla som anförtroddes en äldre hustru eller änka. Samhället behövde dock säkerställa kompetensen. I 1686 års kyrkolag heter det:

” Till barnmorskor eller jordegummor skola gudfruktiga, ärliga, nyktra och i sådana beställningar förfarna kvinnor antagas och förordnas, uti städerna av magistraten och på landet av kyrkoherden och kyrkans föreståndare och sexmän.”

Den nya organisation av sjukvården under 1600-talet medförde att läkarvetenskapen uppmuntrades och att flera praktiska initiativ togs. År 1682 öppnades ett ”barnsängshospital” där blivande barnmorskor fick undervisning.

Förlossningskonsten förbättrades – inte minst genom den store nydanaren John von Hoorn. Han utgav 1697 skriften ” Den svenska wälöfwade Jordgumman”. Hoorn, som fått sin utbildning i Holland och Frankrike och var drottning Ulrika Eleonoras livmedikus, var en framstående läkare. Det var han mer än någon annan som medverkade till att förvandla jordegummorna från ”samvetslöse fyllkäringar” till välutbildade barnmorskor.

Innan barnmorskorna fick utöva sitt yrke, måste de examineras inför Collegium medicum. Särskilda barnmorskereglementen utfärdades 1711 och 1723.

Den första regelrätta barnmorskeutbildningen startade i Stockholm 1708. Collegium medicum bearbetade landshövdingarna att verka för att sända kvinnor för utbildning men gensvaret var klen. Kungl. Maj:t ville sörja för ”jordegummors undervisning uti jordekonsten. Underwiste och kunnoge jordegummor skulle underwisa såwäl de hustrur, som ej blefwo underwiste i jordekonsten men ändock låta bruka sig at som barnmorskor förlossa.” Allmogem ”erkände med underdådighet och wördnad Kungl. Maj:ts ömhet” men man hänvisade till närheten till Göteborg, ”hwarest på förfarna och edswurna jordegummor ingen brist torde blifwa” för att slippa den befarade utgiften (Vättle härads dombok 1778).

I början av 1800-talet var barnmorskans utbildning sex månader. Det påbjöds att varje socken borde ha en examinerad barnmorska.

De flesta förlossningarna skedde i hgemmen. Barnmorskan hade en ”hemförlossningsväska” . Den blev med tiden ganska innehållsrik och vid slutet av 1800-talet kunde hon inte längre bära den själv. Då var den stor som en resväska (Ur ”Jordemor – barnmorskor och barnaföderskor i Sverige” av Pia Höjeberg) och innehöll följande:

”Två peanger, två pincetter, två saxar (en rak och en böjd), en nålförare, nålar, catgut och silkestråd i en behållare med sprit, injektionsspruta, katetrar, termometer, instrumentlåda, instrumentkokare av koppar med galler och lock, lavemangskanna, bäcken, tre emaljerade handfat, tre rondskålar, ett litermått, en påse steril bomull, desinfektionsvätska. Sterila navelband, såplösning, fyra kokta borstar för handdesinfektion, lapislösning för barnets ögon, salpetersyra för urinprov (för att undersöka om kvinnan hade äggvita i urinen), handdukar, talk, förlossningsyng.

Under ett antal år hade också barnmorskor skarpa instrument. Många barnmorskor hade med sig barnkläder – små skjortor, som de själva sytt – om de visste de skulle till ett fattigt hem.

Allt detta fick rum i den stora svarta läderväska som barnen storögt tittade på när barnmorskan gjorde sitt besök. Det sades ju att hon kom med deras syskon – att hon hade det lilla barnet i sin väska!”

Ännu 1838, när provinsialläkaren i Alingsås, (Bengt Theodor Modin), erbjöd sig utbilda någon lämplig person till sysslan, lämnades undvikande svar. ”För närvarande påkallas icke denna uppoffring då uti wanliga förhållanden deras hustrur erhålla biträde af dem, som äro närmast och hafwa uti denna sak mest erfarenhet, och uti swårare fall, som högst sällan förekomma, bereder dem närheten till Alingsås och Götheborg tillfälle att skyndsamt derifrån hämta examinerad barnmorska eller läkare.”



En barnmorska klipper av navelsträngen. Litografi år 1850.

Källa: Barbro Holmdahl

Elsie Hedström berättar i ”En västgötasocken på morfars tid” om livet i Stora Lundby socken på 1850-talet och morfaderns skollärare Rosenströms i synnerhet:

”Utbildade barnmorskor funnos inte på den tiden. Det ämbetet sköttes sakkunnigt och vederhäftigt av gamla gummor. En av dessa viktiga personer tjänade en tid som barnjungfru i det Rosenströmska hemmet, dit hon kommit från prästgården. Det var en vacker gumma, alltid glad och nyter. Mor Gretaspå Brännet var sörmländska liksom ”frua”. Hennes metoder var enkla och verkningsfulla. En så outhärlig sak som en skölkanna förfärdigade hon av en oxblåsa och ett två centimeter långt rör. Blåsan visade sig vara ett fullgott redskap trots sin enkla konstruktion... Var det så och så med hygienens vare sig det gällde människorna inomhus eller gödselstackarna utomhus, vilka i allmänhet hade sin plats inom bekvämt räckhåll för köksdörren, så fanns det i stället tusen och en föreskrifter, som det gällde att noga följa, och tusen och en vidskepliga föreställningar angående bästa sättet att skydda sig mot ofärd och ”skrömt” och ondskans andemakter, som kringsvärmade människorna och deras boningar.

En sjuttioåring har berättat att han som barn sett en gumma, som då hon kom på besök till en nybliven mor, under sin vandring genom rummen noga aktade sig att släppa taget om föremålen i rummet, ända tills hon via köksspisen kom fram till sängen där den nyfödda låg hos sin mor med stål i huvudet till skydd mot trollden...”

När ”Madam Larsson” 1869 ansökte att bli antagen till jordemoder skulle man först fråga sockenmännen i Lundby om de ville vara med och dela på kostnaden, och därmed avfördes frågan den gången. 1876 tycks det emellertid ha blivit slag i saken. Madam Larsson anställdes, de 100 kronor man prejade av Sven Andersson för att denne skulle få rätt att sälja öl vid järnvägen skulle användas för att hyra ett rum åt barnmorskan. Denna skulle få uppbara ersättning efter en låg taxa ”men ej neka den hjälp, som har knappa tillgångar.” År 1893 finner

vi henne installerad i ett rum i skolhuset. Rummet skulle emellertid i förekommande fall få användas för kommunala sammanträden. 1909 blev hon pensionerad.

Barnmorskor som biträdde läkarna var en viktig personalgrupp i det totala vårdsystemet. Barnmorskeyrket har som framgått en långvarig tradition, och under lång tid var barnmorskorna provinsialläkarens främsta hjälp. Enligt 1822 års instruktion skulle provinsialläkaren också ha tillsyn över de barnmorskor som var verksamma i hans distrikt. Denna bestämmelse levde kvar till 1963.

Barnmorskorna hade sedan länge utbildats i Stockholm och Lund. Med den nya undervisningsanstalten i Göteborg 1856 blev det potentiellt sett lättare för Västsverige att anställa barnmorskor. Detta hade emellertid 1860 inte alls slagit igenom vad gäller Älvsborgs län. I fråga om barnmorsketäthet var Älvsborgs län klart sämst i landet med sex gånger mindre antal barnmorskor i förhållande till den kvinnliga folkmängden. Det fanns i riket i medeltal en barnmorska på 1.300 kvinnor. I Stockholm, Uppsala län och Skåne fanns det en barnmorska på 500 kvinnor, medan det i Älvsborgs län endast fanns en barnmorska på 7.700 kvinnor. Om man dessutom beaktar att barnmorskorna i Älvsborgs län bodde i de fem städerna, framstår bristen på barnmorskor för länets landsbygd ännu mer. Enligt sundhetskollegiet berodde denna brist till stor del på obenägenheten i flera orter att ge barnmorskorna en skälig lön. I sin årsrapport 1851 framhöll provinsialläkaren i Alingsåsdistriktet, Gustav Varenius, att det med undantag för Alingsås pastorat i distriktet inte fanns någon avlönad barnmorska:

"Allmogen anlitar högst ogerne examinerad barnmorska. Emedlertid få de två i Alingsås bosatte emellanåt äfven resa till bondhustrur i stadens grannskap, sällan på längre afstånd. Jag har under årens lopp varit kallad till tre barnaföderskor bland allmogen. Den första var död före min ankomst, utan att något egentligt förlossningsarbete föregått dödsfallet. Jag ankom till stället för tidigt för att öppna quinnan, men för sent, för att med hopp om barnets lif anställa kejsarsnittet. Ander gången förlöste jag med tång en hustru å ett torp under Kullen i Lerums socken. Både mor och dotter blefvo vid lif. Tredje gången befriade jag med lycklig utgång Carl Jonassons i Bergstina hustru från foster medelst det sednares styckning".

Exempel på komplicerade hemförlossningar

Gustav Varenius 1851:

"Till min kännedom har kommit att:

Den 14 September afled arbetskarlen Emanuel Olsson Sjömans hustru Johanna Johansd:r å en torplägenhet under hemmanet Torp i Killanda socken oförlöst i barnsnöd.

Den 12 eller 13 October afled likaledes oförlöst i barnsnöd en hustru i Ornunga Bengtsg.

Den 21 Mars förslöstes Sven Anderssons i Grönaslätt af Ödenäs socken hustru Elin Svends:r från en lefvande flicka, hvilken jemte modren dog den 23 i samma månad.

Den 19 Juni förslöstes drängen Johannes Anderssons i Bergsjödal af Hemsjö socken hustru Brita Andersd:r från dödt gossebarn och afled den 11 derpå följade Juli.

Den 25 October förslöstes drängen Johannes Nilssons i Bälinge Thoresg. hustru Christina Andersd:r från en död flicka och dog den 26 November.

Enligt uppgift från Pastorsembetena biträdde Barnmorskan Hallberg vid händelsen N:o 5, Barnmorskan Jeurling vid händelsen N:o 4, hvaremot vid de öfriga ingen sådan fanns. Jag blef kallad till händelsen N:o 2 men fick återbud, innan jag hunnit från mitt hemvist afresa, emedan dödsfallet inträffat."

Sundhetskollegiet hoppades att den nya kommunalreformen (1862) skulle leda till att fler examinerade barnmorskor anställdes. I många fall skulle det dock dröja ytterligare en tid innan denna förhoppning infriades.

Förhållandena i Östad kan ytterligare belysa barnmorskefrågan. År 1812 hade det utgått ett kungligt brev om tillsättandet av en barnmorska i varje socken. Östad sockenstämma svarade samma år att socknen var alldeles för liten för att ge lön och uppehälle åt en examinerad barnmorska. Inom socknen fanns flera skickliga jordegummor, och i svårare fall kunde läkarhjälp hämtas från Alingsås.

Några årtionden senare (1838) underströk provinsialläkaren i Alingsås i en skrivelse att det var nödvändigt att en examinerad barnmorska anställdes i Östad socken. Skrivelsen föranledde dock ingen åtgärd. På sockenstämman 1842 prövades åter frågan om antagande av en barnmorska i Östad. Även om sockenmännen medgav att frågan var viktig, tvingades man förklara att det saknades medel för att bekosta hennes utbildning i Stockholm. De 30-40 förlossningar som årligen ägde rum i Östad kunde inte ge en barnmorska tillräcklig inkomst, eftersom man i alla fall skulle behöva "hjälperskor". Man lämnade dock möjlighet öppen att gemensamt med något annan pastorat anställa en barnmorska.

Det skulle emellertid dröja tills Östad fick sin första barnmorska. Vid kommunalstämman 1874 hade frågan tydligen mognat. Förslaget att anställa en examinerad barnmorska mötte då inget motstånd. Barnmorskan Johanna Andersdotter i Lövås hade 1876 fullbordat sin utbildning och trädde omedelbart i tjänst.

Ännu i slutet av 1800-talet betraktade befolkningen i Östad barnmorskans yrkesutövning med en viss skepticism. Hon klagade vid flera tillfällen över att andra kvinnor i många fall anlätades och att hon därigenom fick minskade inkomster.

Först 1908 blev varje kommun skyldig att anställa en barnmorska.

Utveckling av barnmorskeväsendet i Älvsborgslandstinget

Barnmorskeväsendet betraktades länge som en primärkommunal angelägenhet. Men det fanns krafter, som ville engagera landstinget.

Redan vid det första landstinget 1863 väckte häradshövdingen B. V. Hessle en motion om att landstinget skulle vidta åtgärder för anskaffande av tillräckligt antal examinerade barnmorskor inom länet och ingripande mot kommuner, som anställde oexaminerade barnmorskor.

Hälsovårdsutskottet fäste uppmärksamheten på att provinsialläkarhjälp inte kunde erhållas vid svårare förlossningsfall utan rekvisition genom kronobetjäning. Tinget beslöt erinra kommunerna om deras skyldighet att anskaffa examinerade barnmorskor och ge anslag till kvinnor, som önskade utbilda sig inom detta yrke. Vidare skulle man vidta åtgärder för att provinsialläkare skyndsamt skulle kunna biträda vid svårare förlossningsfall.

Hessle hade även framgång med en motion vid 1864 års landsting om att tinget skulle anhålla om fyra frielevplatser på barnmorskeseminariet i Göteborg. 1900 års landsting beviljade stipendier på 50 kr vardera åt 15 barnmorskor, som genomgick repetitionskurs, som medicinalstyrelsen ordnade. För äldre barnmorskor var dessa repetitionskurser i hög grad behövliga, eftersom fullständig undervisning i antiseptik meddelades vid barnmorskeanstalterna först 1888. Det var vanligt, att landstingen gav bidrag för bevistande av kurser och att de tillhöll kommunerna att anställa examinerade barnmorskor. Sedan återkom detta anslag till repetitionskurserna, som också blev obligatoriska. Detta repetitionskursanslag utgår fortfarande. Det har alltså funnits sedan 1900.

Ur 1:prov.läk årsrapport 1917 Nils Englund

"Från barnmorskor halva genom vederbörande provinsial- och extra provinsialläkare inkommit 26 berättelser om af barnmorskor utförda anmälningspliktiga förlossningsoperationer, hvilka berättelser granskats, antecknats och försetts med utlåtande. Beträffande 3 af dessa berättelser hafva närmare uppgifter och förklaringar måst genom vederbörande tjänsteläkare infordras.

Anmärkning har därvid gjorts mot 3 barnmorskor, hvilka ärhållit ärinran.

En barnmorska har, på anmälan om felaktigt förfarande, inkallats till förhör. Den henne påtalade felaktigheten befanns hon ej vara skyldig till. En annan barnmorska har, t. f. af anmälan om svår förseelse, affodrads förklaring, och sedermera tilldelats allvarlig varning. Förhör med henne kunde, på grund af mellankommande förhinder, icke före årets slut anställas.

Repetitionskurs har under år 1917 genomgåts endast af 5 barnmorskor,

hvilka samtliga ärhållit Landstingets bidrag med 75 kronor hvardera. Trots detta jämförelsevis goda bidrag hafva ej flera barnmorskor begagnat sig af tillfället att få genomgå kurs.

Från länets Landsting har hittills utgått ärligt anslag af 7 kronor åt hvardera af 15 barnmorskor, som i dylik fortbildningskurs deltagit. På framställning af Förste provinsialläkaren beviljade 1915 års Landsting samma anslag att fortfarande utgå under åren 1910--1920. Genom extra exemplar af länets Allmänna Kungörelser har meddelande om nämnda Landstingsbidrag utsändts till tjänsteläkarne samt samtliga barnmorskorna I linet, hvilka senare särskildt uppmanats att tillgodogöra sig de förmåner, som genom landstingsanslaget ärbjudes dem.

Utom utsändande af nämnda meddelande ha till barnmorskorna utdelats dagböcker, blanketter, m. m.

Det har ständigt varit svårt för Förste provinsialläkaren att erhålla fullständiga uppgifter för förteckningen öfver barnmorskorna, och i synnerhet rörande deras löneförmåner, deras tjänstedistrikt m. m. Nära nog otaliga skrivelser hafva under årens lopp aflåtits för att få reda i saken.

Äfven under år 1917 har denna angelägenhet föranledt ett stort antal skrivelser från Förste provinsialläkaren, trots det, att genom Allmänna Kungörelser utgått till alla kommunalnämnder, äfvensom till tjänsteläkare, uppmaning att lämna fullständiga uppgifter i berörda hänseende.

Det är nämligen nödigt för Förste provinsialläkaren att äga kännedom om barnmorskorna, deras antal, tjänstgöringsområden, aflöning m. m. för att kunna öfvervaka deras verksamhet och för att tillse efterlefnaden af Lag. Den 13 juni 1908 ang. Kommuns skyldighet ifråga om anställande af barnmorska.

Öfver kommuners framställning att få anställa gemensam barnmorska hafva under året vid flera tillfällen yttrande inforrats från Förste provinsialläkaren.

Till samtliga barnmorskor och tjänsteläkare inom länet halva utsändts meddelande om repetitionskurserna med uppmaning till barnmorskorna att genomgå desamma.

Äfven för år 1917 må anmärkas:

att antalet barnmorskor på landsbygden somligstädes ännu är alltför ringa;

att löneförmånerna för barnmorskorna flerstädes äro alltför knappa. Någon höjning har visserligen från ett och annat håll försports, sedan Lag om kommuns skyldighet i fråga om anställande af barnmorska, från och med år 1912, trädde i kraft, i vilken mån och huruvida i allmännare utsträckning någon löneförhöjning skett, saknar jag säkra uppgifter om.

Yttranden öfver barnmorskors ansökan om understöd ur barnmorskornas understödsfond hafva äfven i år afgifvits.

Likaledes halva yttranden afgifvits beträffande barnmorskors distrikts omfång, rörande bostadsort för barnmorska; m. m. m.

På anmodan från Kungl. Medicinalstyrelsen har gjorts utredning och uppgjorts förslag till omreglering af barnmorskedistriktet i länet för att på hvarje barnmorska skulle komma ett visst antal förlossningsförrättningar årligen.

I sammandrag af tjänsteläkarnes årsberättelser meddelas ytterligare uppgifter berörande barnmorskorna."

År 1920 fanns det i Sverige cirka 3000 barnmorskor, varav en fjärdedel i privat verksamhet. Det innebär att 1920 fanns det en barnmorska per 2000 invånare.

Sjuksköterskor

Barbro Holmdahl berättar i sin bok "Sjuksköterskornas historia" bland annat: Vaktmadamer och sjukvakterskor anställdes av de välbeställda för att i hemmen sköta sjuka. Regler för dessa fanns redan år 1760, tryckta av Collegium Medicum.

"Vakterskan ska vara trogen och flitig och sitta vid den sjukes säng. Hon ska avvakta den svettning som kommer hos den febersjuka. Hon ska hålla värmepåsen varm och flitigt ge den sjuke att dricka. Ofta ska hon begagna ljusbitar oh klistir (en fingerlång ljusbit insmord med smör att föras upp i ändtarmen, så att tömning underlättades med samma effekt som lavemang)."

År 1831 utkom boken "Den husliga sjuksköterskan", översatt från tyska till svenska (Celnert). Den handlade om vård och omvårdnad av patienten och riktade sig till sköterskor i hemsjukvård



Källa: Barbro Holmdahl

Sjuksköterskan utbildas

En viktig förutsättning för sjukvårdens utveckling var att även den personal som biträdde läkaren vid vården fick medicinsk utbildning. Genom att utbildade sjuksköterskor också började arbeta i sjukvården förändrades de hygieniska förhållandena snabbt till det bättre. Landets första egentliga sjuksköterskeskola inrättades 1851 vid Diakonissanstalten i Stockholm, och på 1860-talet inleddes utbildning av sjuksköterskor genom det som från 1886 gick under namnet *Röda korset*. År 1891 öppnades Röda korsets elevhem vid Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm, och vid samma tid invigdes Sophiahemmet med sjuksköterskeskola och sjukhem. Under 1800-talets senare del anordnades också sjuksköterskeutbildning vid en del lasarett ute i landet.

Ur Barbro Holmdahl bok om sjuksköterskeutbildningen hämtas:

1916 års utredning om kvinnor i vården skrev:

”Man kan säga , att sjuksköterskekåren till nyaste tiden rekryterats av två skilda kategorier. Den ena utgörs av de djupt religiösa kvinnor, som helt offrade sig själva, frivilligt avstod från världslig lycka, endast åtrående att genom bön, andakt och hängivet arbete för sjuka, döende, fattiga och övergivna, vinna himlens salighet. Den andra utgöres av kvinnor i de lägre eller lägsta samhällsklasserna, av individer, som ofta ägnade sig åt sjukvårdskallet, emedan ingen annan bana stod dem öppen”

Röda Korset, som organiserades 1864 för att under neutralt skydd ge hjälp åt sjuka i fält, fick samma år en svensk förening. Dess viktigaste uppgift blev att ekonomiskt ställa sig bakom en svensk sjuksköterskeutbildning. Kvinnor skulle inte behöva ha en religiös sammanslutning bakom sig för att kunna accepteras i vården.. Röda Korset gav också korta kurser i sjukvård.. Den första utbildade svenska sjuksköterskan blev Emmy Rappe, som genom Röda Korset fick gå elev i England hos Florence Nightingale. I maj 1866 begav hon sig till London och S.t Thomas hospital. Hemkommen sommaren 1867 utnämndes hon till översköterska på kirurgavdelningen på det nybyggda Akademiska sjukhuset i Uppsala. Samma år påbörjades en sex-månaders utbildning till krigssjuksköterskor i Röda Korsets regi i Uppsala. Eleven fick en säng i avdelningssköterskans rum. På dagarna hjälpte hon sköterskan på natten turades de om att hjälpa de svårast sjuka.

Emmy Rappe, som bodde på sjukhuset, gjorde en storartad insats som organisatör, sjuksköterska och ledare för den nya sjuksköterskeutbildningen. Hon blev en föregångare i Sverige att lära ut den vård hon lärt sig av Florence Nightingale. Hon hann med att utbilda 57 sjuksköterskor, som bildade ett nätverk för vidare utbildning över hela Sverige. För att markera den nya sjuksköterskerollen hade man en krusad vit tyllmössa .

Röda korsets skola i Göteborg.

Översköterskan Emma Klingberg (1840 – 1917) utbildad i Uppsala blev föreståndare för elevutbildningen på Sahlgrenska sjukhuset 1877 – 1898. Arbetsförhållandena i Göteborg blev de samma som uppsalasjukhusets. Drömmen om ett eget elevhem långt borta i tiden.. Emma Klingberg hann att utbilda 27 sjuksköterskor innan rödakorsutbildningen flyttade till Stockholm 1882.



Systrar från gamla Sahlgrenska sjukhuset. Emma Klingberg, som bär den första modellen av uniformsmössa (Uppsalamodellen), sitter framför gruppen.

Bilden hmtad från Barbro Holmdahls bok.

Sahlgrenska sjukhuset hade då 188 sängplatser med salar som rymde upp till 24 patienter, som avdelningssköterskan kunde observera från rummet som hon bodde i. Modellen med stora salar fanns fortfarande på 1950-talet på Sahlgrenska sjukhuset. Läkarkandidaten Bengt Dahlin, en av författarna, hade sin första patientkontakt i en sådan sal 1952.



Sal på Nya Sahlgrenska sjukhuset år 1900.
Bilden hämtad från Barbro Holmdahls bok.

Sjuksköterskekåren växte

Sedan utbildningen av sjuksköterskor i slutet av 1800-talet kommit ordentligt igång, växte det i början av 1900-talet fram en kår av sjuksköterskor i såväl offentlig som privat tjänst. Före sjukhusens stora utbyggnad var det vanligt att utbildade sjuksköterskor deltog i vården av sjuka i hemmen under ledning av tjänsteläkare eller privatpraktiserande läkare. De flesta av sjuksköterskorna på landsbygden anställdes för epidemivård, men efterhand kom även andra hälso- och sjukvårdsuppgifter att ingå i deras arbete. Kommuner, församlingar samt större bruk och företag anställde också sjuksköterskor för olika uppgifter. Vid sekelskiftet 1900 fanns det på landsbygden cirka 150 sjuksköterskor, och tio år senare hade antalet stigit till 350. År 1920 fanns det i Sverige totalt 1.600 sjuksköterskor, vilket motsvarade en sköterska per 3.700 invånare. En internationell jämförelse visar att Sverige vid denna tid hade relativt många läkare, barnmorskor och sjuksköterskor i förhållande till landets folkmängd.

På hälso- och sjukvårdens område hade landets ökade möjligheter till satsningar också gett resultat. Genom större personaltäthet hade människorna fått ökad tillgänglighet till medicinskt utbildade personer, antingen de var läkare eller sjuksköterskor.

Barnuppfödning 1895

Johan Cronquis tillförordnad provinsialläkare i Wara skriver i sin rapport 1895. 9:o Fördomar och fel vid späda barns uppfödande och vård, samt andra med allmänna hälsovården sammanhängande ämnen, som anses böra komma till allmän kännedom, men icke äro till ofvanstående rubriker hänförliga.

”Befolkningen synes ganska allmänt hafva klart för sig, att vid späda barns artificiella uppfödande, den erforderliga komjölken måste spädas med vatten. Spädningsgraden är för den första tiden skäligen klen – 1 del mjölk på 2 delar vatten, eller lika delar mjölk och vatten -, men då denna utspädning användes ända upp till 6-7 månader, rättas ju rätt snart detta missförhållande. – Kokning af mjölken och det till dennas utspädande använda vattnet förekommer endast undantagsvis och i de fall, där detta värligen sker, åtnöjer man sig med ett enkelt uppkok på högst 1 à 2 minuter. – Renligheten i de kärl, i hvilka mjölken förvaras, är minimal. Kärlen äro oftast högst olämpliga. Så förvaras mjölken vanligen i öppna s.k. bunkar af trä, stengods eller järnbläck, hvilka ej lämna det ringaste skydd mot dam och annat dylikt. –

Diflaskorna äro vanligen försedda med napp och långt sugrör af gummi, hvilket når ända till flaskans botten och är hardt när omöjligt att hålla rent. Hvad som ej förtäres af mjölken vid en måltid, gömmes i diflaskan till nästa. Några allvarliga försök att rengöra diflaska och suginrättning göras aldrig.

Någon regelmässighet i måltiderna iakttages sällan hvarken för bröstbarnen eller för de artificiellt närda barnen, utan få de föda, så snart som de skrika eller på annat sätt falla omgifningen besvärlig. Det tyckes vara omöjligt att öfvertyga mödrarne om olägenheterna af detta förfaringssätt. Lättare inse de, att blott ett af bröstet bör tagas vid hvarje måltid, och detta ordentligt utsugas.

Barnen få redan tidigt – till och med i 3:dje månaden – börja förtära annan föda än mjölk, såsom uppblötta skorpor och brödbitar, af äldre personer förut tuggadt kött af hvarjehanda slag, potates m.m. dylikt.

Under första lefnadsmånaden badas barnen väl en gång i veckan, men efter denna tid sannolikt aldrig, förrän de nått den ålder, att de för sitt nöje skull taga ett eller annat bad under den varmare årstiden.”

Ur 1:e prov.läk Nils Englunds årsrapport 1917

Landstinget har under 1917 haft 20 distriktsköterskor anställda.

I och med att landstingets farsotssjukhus blifvit och blifva färdiga, öfverflyttas dessa sköterskor dit för att öfvertaga sjukvården därstädes. Deras verksamhet ute i bygderna upphör därmed, alldestund sjukhusen ständigt behöfva tillsyn och ständigt måste vara redo att mottaga sjuka.

Sjuksköterskor med ej blott vanlig sköterskeutbildning, utan ock särskild utbildning för hälsovård i hemmen äro emellertid behöfliga. Älfsborgs läns förening mot tuberkulos har fördenskull under året haft anställda tvenne sköterskor, under namn af hemsköterskor (dispensärer), med uppgift just att undersöka hälsovården i hemmen m. m., uppsöka lungsiktige och tillse, att dessa blifva af läkare undersökta och komma till tuberkulosvårdanstalter, m. m. samt att i öfrigt med råd och hjälp verka för hälsovårdens i hemmen förbättring i enlighet med föreskrifterna för statsbidrag till Dispensärer och följande

Instruktion för hemsköterskor:

- att förmedla lungsiktigas och misstänkta undersökning at läkare
- att genom personliga besök taga kännedom om, och ordna hälsovårdsförhållandena de sjukes hem, och att därvid särskildt lägga sig vinn om ordnandet af renligheten, luftväxlingen, födans beskaffenhet och tillagning samt lefnadssättet i allmänhet, äfvensom barnens vård, där sådana finnas;
- att enligt läkarens föreskrifter ordna vården i hemmen åt de sjuke, som ej å anstalt kunna få vård;
- att tillhandahålla åt medellösa sjuka tandborstar, termometrar, spottkoppar o. s. v. samt, där understöd af något slag står till hennes förfogande, att utdela, fördela detta och söka tillse, att det kommer till sin rätta användning;
- att till byråns läkare, för att sedan tillställas styrelsen, enligt formulär redogöra för sitt arbete i de sjukes hem;
- att föra förteckning öfver de inom hennes arbetsområde befintliga lungsiktiga;
- att verka för att föreskrifterna i ofvan nämnda lag om åtgärder emot lungsot varda iakttagna;
- att noga gifva akt på hälsovårdsförhållandena bland befolkningen i allmänhet, samt, efter samråd med vederbörande tjänsteläkare, genom upplysning, råd och handledning med all ifver verka för förbättring af desamma;
- att, där särskildt anmärkningsvärda missförhållanden förekomma, lämna vederbörande tjänsteläkare underrättelse härom.

”Som nämndt, hafver under året 1917 tvenne sådana sköterskor varit i verksamhet. För en tredjes anställning har anslag afsatts, men af brist på kompetent sköterska har platsen ej kunnat under året besättas.

Förste provinsialläkarens befattning med Landstingets distriktsköterskor har hufvudsakligen bestått i, att sända, från tjänstgöring för tillfället lediga sjuksköterskor i ett distrikt till annat, af farsot hemsökt distrikt; en rätt ofta påkallad åtgärd; att afgifva yttranden öfver till ledig plats inom länet sökande sköterskors kompetens; att till Sv. Sjuksköterskornas allmänna pensionsförening lämna uppgifter för pensionsbidrags erhållande; att likaledes lämna uppgifter till Drottning Sofias Förening; att utsända meddelanden rörande den senare föreningens kurser m. m.”.