

PERIODEN 1920-1960 FOLKHEM OCH FOLKHÄLSA

Befolkningens hälsa speglar det samhälle människorna lever i, och det finns tydliga samband mellan socio-ekonomiska förhållanden, levnadsmönster och hälsa. Att en tidsgräns i framställningen satts till 1920 betyder inte, att detta specifika årtal i och för sig markerar en tydlig förändring vad gäller hälso- och sjukvårdens utveckling. Med hänsyn till att ett välfärdssamhälle började ta form i mellankrigstidens Sverige, då begrepp som folkhem och folkhälsa allmänt lanserades, är det likväl motiverat att låta år 1920 stå som inledning till en ny epok.

Även i politiskt hänseende markerar för Sveriges del åren omkring 1920 något nytt. Vid denna tid knäts nämligen det parlamentariska systemet, genom att liberaler och socialdemokrater på basis av underlaget i riksdagen tillsammans bildade regering 1917-20. Vidare kunde man genom tidigare beslutade politiska reformer år 1921 för första gången i ett riksdagsval fullt ut tillämpa den demokratiska principen om allmän och lika rösträtt för män och kvinnor.

Ekonomisk tillväxt

Under hundraårsperioden 1860-1960 ökade bruttonationalprodukten, BNP, per capita snabbare i Sverige än i något annat land i världen med undantag av Japan. En av orsakerna till att tillväxttakten kunde bli så hög var att den skedde från en låg ekonomisk nivå vid periodens början, då Sverige fortfarande var ett fattigt jordbruksland i utkanten av Europa. Ökningstakten var relativt jämn, och avbrott eller nedgångar förekom endast under några korta perioder. Det gällde första och andra världskriget samt de två internationella lågkonjunkturerna i början av 1920- och 1930-talen.

Sverige tillhör de länder i Europa som industrialiserades relativt sent. På 1860-talet arbetade mer än tre fjärdedelar av landets aktiva befolkning inom jordbruk med binärningar och knappt var tionde i industrin. Under några årtionden därefter befann sig Sverige fortfarande i Europas industriella periferi. Detta förhållande var inte enbart av ondo, eftersom vårt land kunde undgå en del av den tidiga industrialiseringens misstag och barnsjukdomar.

När industrialisering och strukturomvandling från och med 1890-talet väl kom igång i Sverige gick utvecklingen i gengäld desto snabbare. Omkring 1920 hade Sverige således kvalificerat sig som en mogen europeisk industrination. Detta fick konsekvenser för den svenska arbetsmarknaden. Under 1930-talet inträffade nämligen det strukturella brott, då antalet industrisysselsatta blev fler än de jordbruksarbetande.

Övergången från jordbruks- till industrisamhälle var naturligtvis inte heller i Sverige problemfri. I industrialiseringens inledningsskede var industrin ännu för liten för att bereda anställning för hela den arbetsstyrka som av olika skäl lämnade jordbruket.

Åren i slutet av 1860-talet har ofta kallats de sista nödåren i Sverige. De kom också att bilda upptakten till en mer omfattande emigration, främst till Amerika, och fram till 1920 utvandrade cirka 1 miljon svenskar. Med tanke på att Sverige vid sekelskiftet 1900 hade 5 miljoner invånare, var det alltså en betydande del som lämnade landet.

Utvandringen hade olika orsaker. I en del fall rörde det sig om flykt från ofrihet och tvång. Det fanns också de som mer offensivt drog iväg för att söka lyckan i det stora landet i väster, medan många på ett mer defensivt sätt tvingades lämna landet på grund av jordbrukets bortstötningseffekter. 1800-talets skiftesreformer hade banat väg för mera sammanhängande jordägor och därmed för effektivare metoder att bruka jorden. Mekaniseringen av jordbruket började på allvar slå igenom i slutet av 1800-talet, och denna process fick därefter allt större spridning. Det innebar att alltmer arbetsbesparande redskap och maskiner togs i bruk både i jordbruk och boskapskötsel. En del av den agrara sektorns arbetsstyrka som därigenom friställdes kunde finna ny sysselsättning inom industrin. Initialt var emellertid industrisektorn för liten för att kunna absorbera hela den friställda skaran från jordbruket. Sett i detta perspektiv fungerade emigrationen således som en säkerhetsventil för många i jordbruket som blev arbetslösa. Därmed bidrog emigrationen till att göra övergången från jordbruks- till industrisamhälle mindre problematisk än den annars skulle ha varit. En annan sak är att det också fanns samtida röster som varnade för den pågående utvandringen, eftersom man ansåg att den på sikt skulle dränera landet på välbehövlig arbetskraft.

Överföringsvinster

Den mest påtagliga samhällsekonomiska strukturförändringen i Sverige och andra västländer gäller jordbrukets andel i bruttonationalprodukten, BNP. Jordbrukets produktivitet mätt i produktion per sysselsatt var länge avsevärt lägre än den i industrin, för jordbrukssektorn krävde förhållandevis stor sysselsättning. Som framgått var antalet jordbruksverksamma fram till 1930-talet också fler än de industrissysselsatta. Genom sin högre produktivitet kunde emellertid industrisektorn redan från sekelskiftet 1900 lämna ett större bidrag till BNP än vad jordbruket kunde.

Allt eftersom jordbruket mekaniserades och rationaliserades och arbetskraft friställdes, förbättrades också produktiviteten. Från mellankrigstiden (1918-39) kunde produktivetsförbättringen i jordbruket faktiskt hålla jämna steg med den i industrin. Men då måste man ta med i beräkningen att förbättringen i jordbruket och industrin inte ägde rum från samma nivå. Jordbrukets bidrag till BNP per sysselsatt var under lång tid endast cirka hälften av industrins. Det innebär att överföringen av arbetskraft från jordbruket till industrin medförde att arbetsproduktiviteten ökade dels inom respektive näringssektor, dels inom hela ekonomin. Genom förändringen av sektorernas relativa betydelse för BNP uppstod det med jordbrukets minskande roll således överföringsvinster i samhällsekonomin. Dessa överföringsvinster kunde göra sig gällande fram till slutet av 1960-talet. Då jordbrukets andel av arbetsmarknad och BNP därefter reducerats till ett par procent, framstår nu denna form av samhällsekonomiska vinster i det närmaste som uttömda.

Tidig industrialisering och brukssamhällen

Industrialiseringen i Sverige grundades på utnyttjandet av naturtillgångar, främst järnmalm, skog och vattenkraft. Därför kom industrin i ett första skede att i stor utsträckning lokaliseras till landsbygden och i nära kontakt med jordbruket. Under lång tid av industrialiseringsprocessen kom brukssamhällena att bli en typisk svensk företeelse. Järnbruken hade av hävd en lång tradition. Några kunde efter omstrukturering fortleva under en stor del av 1900-talet. Från slutet av 1800-talet grundades emellertid i flera fall massa- och pappersbruk på resterna av nedlagda järnbruk. En gemensam faktor för bruken och deras lokalisering var tillgången på vattenkraft. I Västsverige med riklig nederbörd och gott om vattendrag har vi också exempel på bruksorter med inriktning på järn, massa och papper men framför allt på textiltillverkning. Såveåns dalgång, som går genom Lerums kommun, utgör en tydlig illustration till hur ett tidigt industriområde med bruksorter växte fram.

Bruken fungerade länge som stora självhushåll, där det mesta man behövde för uppehållet producerades. De anställda tillförsäkrades en viss social trygghet baserad på brukspatronernas patriarkaliska omvårdnad. Genom brukens försorg fick bruksarbetarna och deras familjer tillgång till bostäder – ibland med potatisland – handelsbod, skola, läkare och sjukvård. Den tidiga sociala omsorg som utvecklades vid bruken kom senare att delvis stå modell för det framväxande välfärdssamhället på 1900-talet.

I bruksorterna har det varit vanligt att bruksledningen styrts och ställt inte bara på det materiella området utan också på det andliga. Hela det ekonomiska, sociala och kulturella mönster som utvecklats i brukssamhällena kan sammanfattas i termen idéspridning ovanifrån. Bruket och dess ledning skulle allting sköta, och förväntningarna har anpassats därefter. Med begreppet bruksanda avses den mentalitet som utvecklats i orter med en dominerande arbetsplats – bruket. Inte bara de anställda utan Ortsbefolkningen i stort har mer eller mindre identifierat sig med bruket med förväntningar att alla viktiga initiativ skulle komma uppifrån. Dessa förväntningar har i sin tur ofta banat väg för inaktivitet och passivitet hos brukssamhällenas invånare. Därför har bruksanda ofta fått stå i motsats till begreppet Gnosjöanda. Det senare begreppet har fått symbolisera en anda av småföretagsamhet som kunnat växa fram bl a på grund av att ingen stor och dominerande arbetsplats fått lägga sin tunga och passiviserande hand på samhällsutvecklingen.

Brukssamhällena har alltså präglats av ensidigheten i näringsliv och arbetsmarknad, vilket gjort dem sårbara och känsliga för förändringar. Å andra sidan har brukssamhällena kunnat leva gott så länge som bruket och dess produkter klarat sig i konkurrensen på marknaden. I Sverige – med sina traditionella basindustrier – har också förekomsten av brukssamhällena varit vanligare än i de flesta andra länder. Det betyder, att så länge som de svenska bruksprodukterna var attraktiva på världsmarknaden, kunde flertalet brukssamhällena blomstra. Men med den ökade konkurrensen under 1900-talets senare del har bruken i många orter tvingats dra ner på produktion och arbetstillfällen. Därmed har många tidigare blomstrande brukssamhällena på senare tid drabbats av stora sysselsättningsproblem, vilket inte bara gett avtryck i de berörda människornas hälsotillstånd utan också i hela landets ekonomi.

Nya industrigrenar

I samband med att nya industrier växte fram, som i mindre grad var råvarubaserade, kunde den industriella basen i Sverige vidgas och differentieras. Det nya tillskottet utgjordes främst av verkstads-, elektrotekniska och kemiska industrigrenar, som i hög grad lokaliserades till stadsmiljöer. Åren närmast före och efter sekelskiftet skapades flera skenindustrier, som med hundra år på nacken än idag utgör flaggskeppen bland svenska företag. Samtidigt med denna utveckling växte en allt större tjänstesektor ut, och därmed inleddes en urbanisering på bredare front. Med jordbrukets avfolkning och flykten från landsbygden kom stads- och tätortsbefolkningen under 1930-talet att passera folkmängden på landsbygden.

Under mellankrigstiden var Sverige på väg att förvandlas från ett väsentligen jordbruksarbetande samhälle med bönder, torpare, backstugusittare, statare, dagsverksarbetare, drängar och pigor utspridda i bondbyar till ett samhälle med en modernt strukturerad industri och en vidgad tjänstesektor, där en större del var på väg att samlas i städer och tätorter. Omvandlingen blev långt ifrån fullbordad under mellankrigstiden, men stenen var helt klart satt i rullning. Ett andra strukturbrott – då tjänstemännen blev fler än industriarbetarna – kom dock först på 1960-talet.

Sammanfattningsvis var Sverige i början av mellankrigstiden på väg att formera sig som en demokratisk stat och modern industrination. Under lång tid hade den ekonomiska tillväxten varit gynnsam. Nu gällde det att skörda vinsten och börja bygga Socialsverige.

Socialsverige växer fram

Då freden bröt ut efter första världskrigets slut (1918), växte ambitionerna i Sverige att bygga ut ett ännu så länge relativt svagt socialt skyddsnät. Landet var – trots tidigare nämnda framgångar – fortfarande präglad av stora klasskillnader, dåliga bostäder och en ojämn folkhälsa med utbredd tuberkulos. Stora socialpolitiska planer smiddes under 1920- och 1930-talen, då olika förgrundsgestalter trädde fram.

Den socialdemokratiska ledaren Per Albin Hansson, som blev statsminister 1932, hade några år tidigare i ett riksdagstal 1928 myntat begreppet folkhem, en term som därefter vann allmän spridning. I talet beskrev han hur det av socialdemokratin eftersträvade samhället skulle åstadkommas. Alla sociala och ekonomiska skrankor, som skilde medborgarna i härskande och beroende, rika och fattiga, skulle brytas ner. Per Albins folkhemsvision var att alla likt en stor familj på lika villkor skulle dela på landets välstånd.

Den som på det mer konkreta planet skulle förverkliga de socialpolitiska intentionerna blev framför allt socialminister Gustav Möller. Som socialminister i flera regeringar kom Möller att sätta sin personliga prägel på det sociala reformarbetet med början under 1920-talet, men framför allt från 1932 i Per Albin Hanssons regering. Gustav Möller kom att kallas Socialsveriges skapare. Hans verksamhetsperiod sträckte sig längre än mellankrigstiden och varade också några år efter det att Per Albin gått bort 1946. Valet av ny statsminister stod då mellan Gustav Möller och Tage Erlander, varvid den senare utsågs. Trots besvikelsen kvarstod Möller som socialminister fram till 1951. Enligt Möllers grundsyn borde de sociala reformerna i princip vara generella rättigheter för alla utan drag av välgörenhet och genomföras i decentraliserade och obyråkratiska former. Hans namn är nära förknippat med 1930- och 1940-

talens reformer som arbetslöshetsförsäkring, allmän folkpension, semesterlag, obligatorisk sjukförsäkring, folktandvård, allmänna barnbidrag och en social bostadspolitik.

Vid mitten av 1930-talet kom familjepolitiken i centrum, inte minst genom att det unga paret Alva och Gunnar Myrdals bok "Kris i befolkningsfrågan" utkom 1934. De målade där upp en hotbild av ett bortdöende land, eftersom det sedan länge föddes för lite barn. Intresset för befolkningsfrågan på 1930-talet kan sägas vara en parallell till hur man på vissa håll tidigare engagerat sig i frågan under emigrationsepoken. Födelsealen kunde dock markant öka under andra världskriget och resten av 1940-talet och resulterade då i stora barnkullar.

Om blicken mera specifikt riktas mot hälso- och sjukvårdens område finner man att Axel Höjer framstår som en av den tidens förgrundsgestalter. I början av 1900-talet hade program för hur sjukdomar skulle bekämpas genom förbättrad hygienisk standard främst för barnen. På många håll öppnades då föreningar, s k Mjölkdroppar, där mödrar kunde få hygieniskt förpackad mjölk till sina barn, samtidigt som de fick läkarundersökning och råd om barnens skötsel. Ur denna verksamhet växte sedan barnavårdscentralerna fram. Stor betydelse fick också skolhälsovården, som tillkom på 1920-talet. Ungefär samtidigt kom inrättandet av tjänster som distriktsköterskor. Med sin nära kontakt med familjen och lokalkännedom kom distriktsköterskorna att betyda mycket för folkhälsan.

Barnbidrag, mödravårdshem, barnkrubbor och senare fritidshem gjorde det lättare för ensamstående mödrar att behålla sina barn hemma. De styrande männen hade haft svårt att förstå att ensamstående mödrar inte både kunde vårda sina barn och samtidigt ha tolv timmars arbetsdag. I Stockholm var dog i början av seklet vart tredje "oäkta barn". Spädbarnsdödligheten visade dock sedan lutet av 1800-talet en nedåtgående kurva. I slutet av 1900-talet var spädbarnsdödligheten 0,5 – 0,8 %. Sveriges fattigbarn försvann när välfärden kom på allvar efter andra världskriget.

Genom inrättandet av Statens institut för folkhälsan 1937 bekräftades statsmaktens stora intresse för det förebyggande arbetet. Begreppet folkhälsa har fått en definition som är relativt offensiv: "ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom och handikapp". Folkhälsan är alltså beroende av en rad faktorer som ofta ligger utanför hälso- och sjukvårdens område. Ökad levnadsstandard, bättre miljö, bättre hygien, social välfärd och bättre utbildning har stor betydelse för folkhälsan. Ett uttryck för förbättrad folkhälsa är ökad medellivslängd.

Axel Höjer – en radikal reformivrare

År 1935 – två år före bildandet av Statens institut för folkhälsan – hade barnläkaren Axel Höjer utnämnts till generaldirektör för medicinalstyrelsen. Axel Höjer föddes 1890, började 1908 studera medicin vid Karolinska institutet och tog sin läkarexamen 1916. Redan tidigt var han klar över att bli barnläkare. Efter första världskrigets slut 1918 begav han sig med hjälp av ett statligt resebidrag ut i Europa för att studera modern barnsjukvård. I Paris träffade han 1919 sin blivande hustru – sjuksköterskan Signe Dahl – och året därpå gifte de sig.



Axel och Signe Höjer, 1950-talet. Foto Riksarkivet

Såväl Axel som Signe Höjer var socialt och politiskt engagerade. När de slog sig ner i Solna, gick de som socialdemokrater båda med i arbetarkommunen där. Yrkesmässigt hade de också en gemensam målsättning – Axel ville arbeta som barnläkare med inriktning på barnhälsovård och Signe med förebyggande barn- och mödravård. Höjers barnläkartjänst gällde även Mjölkdroppemottagningen. Idén med Mjölkdroppemottagningar hade utvecklats i Frankrike på 1890-talet. I Stockholm startades den första i Sverige 1901, och i början av 1900-talet tillkom flera liknande mottagningar runt om i landet. Det huvudsakliga syftet var att ge barnen anpassad näring, dvs mjölkblandningar. Erfarenheten från Solnatiden påverkade Höjers sjukvårdspolitiska inriktning, som utmärktes av förebyggande hälsovård, särskilt barnhälsovård, bra bostäder, god hygien och tillgång till sjukvård för alla grupper i samhället.

Vid sidan av sitt arbete och sociala engagemang inledde Höjer i början av 1920-talet forskning om C-vitamin och dess betydelse för bindvävscellernas mognad. Efter disputationen 1924 fick han året därpå en docenttjänst i hygien på fysiologen vid universitetet i Lund, dit familjen flyttade. I forskargruppen på fysiologen fanns kolleger med samma radikala åsikter som Axel Höjers, och i Akademiska föreningen träffade han bl a Tage Erlander. Under Lundatiden medverkade Axel Höjer också i olika socialistiska grupper och i Clarté, och han skrev bl a artiklar om folkhälsa i Clartés tidskrift.

Då Axel Höjer 1930 utnämndes till 1:e stadsläkare i Malmö, flyttade familjen dit. I sin arbetsuppgift där kom han alltmer att ägna sig åt hygienfrågor. Som skolöverläkare utarbetade han råd i näringsfrågor och utförde hälsokontroller av skolbarn. Samtidigt med detta arbete upprätthöll han docenturen i hygien och föreläste för studenterna i Lund.

Som stadsläkare i Malmö gick Höjer – dock utan större framgång – till angrepp mot arbetsgivare och husvärdar för de undermåliga bostäder som många arbetarfamiljer fick finna sig i. Axel Höjer såg sig själv som en radikal socialist och befäste sina åsikter genom kontakter

med de radikala grupperna i Lund såsom Clarté och Socialistiska läkares förening. I fråga om sjukvård ansåg han att den skulle ställas i hälsovårdens tjänst och fokuseras på förebyggande åtgärder. Avsevärt fler läkare och sjuksköterskor skulle utbildas, och läkarna skulle enligt honom ha fast tjänst med årslön och bestämda arbetstider. Vidare framhöll han att patienten skulle ha vård och inte vara en inkomstkälla för läkare. Det var tankegångar som då var helt främmande för flertalet inom läkarkåren.

Som tidigare framgått utsågs Axel Höjer 1935 till generaldirektör för medicinalstyrelsen. Före utnämningen hade socialminister Gustav Möller besökt Malmö och sonderat terrängen om Höjer gick att samarbeta med. Det skulle dock visa sig att Höjer inte kunde skapa samarbetsklimat på ett väsentligt område. Framför allt gällde det hans förhållande till Läkarförbundet. Höjer och Läkarförbundet kom att inta helt motsatta ståndpunkter i fråga om sjukvårdens utveckling och läkarnas ställning. Motsättningarna slog under 1940-talet ut i full konflikt, och enligt Höjer skall man från Läkarförbundets centralstyrelse vid ett sammanträde ha sagt att ”vi måste vägra att samarbeta med medicinalchefen”. Mellan Läkarförbundet och medicinalstyrelsen befästes motsättningen under alla de 17 år som Höjer tjänstgjorde som generaldirektör.

Den Höjerska utredningen 1948

Under Höjers tid i medicinalstyrelsen genomfördes flera socialmedicinska reformer inom förebyggande vård som mödrakontroll, mödrhjälps och spädbarnskontroll. Vidare infördes allmän folktandvård. Han ledde också medicinalstyrelsens utredning 1948 om den öppna vårdens omorganisation. Bakgrunden till utredningen var att regeringen 1943 gett medicinalstyrelsen i uppdrag att föreslå hur den öppna vården vid sjukhusen skulle regleras. Utredningen – som i hög grad kom att präglas av Höjers visioner – föreslog en satsning på förebyggande vård och en förstärkning av provinsialläkarväsendet.

Utredningsförslaget motiverades bl a av de olika läkarkategoriernas långsiktiga utveckling. I slutet av 1800-talet (1886) hade Sverige totalt drygt 700 yrkesverksamma läkare. Av dessa var mer än hälften – cirka 60 procent – privatpraktiserande läkare, medan 25 procent utgjordes av tjänsteläkare, av vilka provinsialläkarna svarade för merparten. Vid sjukhusen tjänstgjorde då ett drygt hundratal läkare, motsvarande 15 procent av hela yrkeskåren, medan resterande 85 procent – tjänsteläkare och privatpraktiker – verkade i den öppna vården.

Mellan 1886 och 1920 mer än fördubblades antalet läkare i Sverige. Under denna tid skedde en kraftig expansion av sjukhusvården och en relativ tillbakagång av antalet läkare i öppenvården. Visserligen kunde antalet provinsialläkare och praktiker i absoluta tal öka med 50 procent, men antalet sjukhusläkare växte samtidigt med hela 560 procent. Det medförde att sjukhusläkarnas andel av den samlade yrkeskåren 1920 vuxit till 40 procent, medan andelen läkare i öppenvården minskat till 60 procent.

Utvecklingen mellan 1920 och 1940 medförde en ytterligare fördubbling av läkarkårens numerär, som vid den senare tidpunkten uppgick till cirka 3 250. Även under denna period fortsatte trenden med ökad relativ betydelse för antalet sjukhusläkare, och 1940 var dessa fler än läkarna i öppenvården. Liksom under föregående period blev antalet provinsialläkare och privatläkare i absoluta tal fler men inte alls i samma takt som sjukhusläkarna. Brytpunkten då läkarna i öppenvården för första gången blev färre än sjukhusläkarna inträffade i slutet av 1930-talet.

Den bakomliggande förklaringen till sjukhusens och den slutna vårdens expansion var att vårdformen differentierades för att kunna ta hand om olika patientkategorier. Inom lasaretten och sjukhusen fortsatte specialiseringen genom att dessa delades upp i avdelningar för kirurgisk och medicinsk vård. De större lasaretten indelades i ett flertal olika kliniker. Vid de statliga forsknings- och undervisningsjukhusen och storstädernas sjukhus drevs specialiseringen ännu längre. Exempelvis delades den kirurgiska verksamheten i särskilda avdelningar för urologi, thoraxkirurgi, neurokirurgi etc. Under 1900-talet har den medicinska utvecklingen krävt en allt starkare koncentration av de specialiserade resurserna, och för att höja vårdkvaliteten behövdes ökad samverkan mellan olika specialister.

I och med att sjukhus och lasarett byggdes ut och specialiserades blev det vanligt att också öppen vård lämnades av läkarna där. En särskild form av öppen vård – de s k poliklinikerna –

introducerades i slutet av 1800-talet vid sjukhusen i de större städerna. Poliklinikernas mottagning var kostnadsfri eller taxebunden. Trots långa väntetider i överfulla väntrum tycks allmänheten haft förtroende för denna vårdform och besökstalen ökade betydligt. Således besökte 1940 närmare 400 000 patienter poliklinikerna i Stockholm, Göteborg, Malmö, Lund och Uppsala. Jämfört med 1920 var detta mer än en fördubbling. Under 1930- och 1940-talen kom en intensiv och tidvis bitter diskussion att föras om poliklinikernas för- och nackdelar. Olika tolkningar och ståndpunkter intogs av läkarförbundet och medicinalstyrelsen, och i grunden gällde striden om den öppna vården skulle drivas av sjukvårdshuvudmännen eller av läkarna själva. Läkarförbundet – som på grund av långa väntetider för patienterna, pressad arbetstid och låg inkomst för läkarna – tog avstånd från poliklinikformen och rekommenderade i stället fler specialistläkare. I den Höjerska utredningen 1948 polemiserade medicinalstyrelsen mot läkarförbundets slutsatser. Man förordade en poliklinikform där mottagningen för öppen hälso- och sjukvård skulle vara kostnadsfri eller taxebunden samt anordnas och drivas av samhället.

Den öppna vården utanför sjukhusen tycks under lång tid varit otillräcklig i förhållande till landets behov. Statens finanser har varit en återhållande faktor när det exempelvis gällt utbyggnaden av provinsialläkarsystemet. Vidare har reglerna för ersättning till provinsialläkare och förste provinsialläkare tvingat dem att för sin försörjning åta sig en stor andel sjukvård. Detta har i sin tur medfört att de av samhället prioriterade hälsovårdande och förebyggande insatserna inte räckt till. Svårigheten att få sökande till de mera avlägsna provinsialläkardistrikten har från 1800-talets senare del under lång tid framöver också utgjort ett ständigt problem. Olika ansträngningar har gjorts för att locka läkare till dessa distrikt. Exempelvis infördes för vissa distrikt i Norrland på 1920-talet dubbel tjänstårsberäkning men utan någon påtaglig effekt för rekryteringen.

Den Höjerska utredningen 1948 var det första mer genomgripande försöket att analysera problemen inom den öppna vården. Utredningen kom också med konkreta förslag till åtgärder. Den började med en genomgång av förhållandena inom den öppna vården i Sverige och i en rad andra länder och avgav därefter följande målsättning:

”all behövlig medicinsk omvårdnad bör ställas till förfogande för var och en, som därav är i behov, utan särskild kostnad vid det tillfälle då vården åtnjutes; att det allmänna bör taga ansvaret för genomförandet av detta önskemål genom en utbyggd och reglerad organisation; att i denna den allmänna hälsovården, sjukhusvården och den förebyggande personliga hälsokontrollen bör samordnas inbördes och med den öppna sjukvården och att särskilt denna öppna sjukvård, som i vårt land i stor utsträckning varit överlämnad åt läkarnas privata initiativ, särskilt vsd beträffar den allmänna läkarvården i städerna och specialistvården både i städer och på landsbygd, genom samhällets försorg bör utbyggas och regleras.”

Enligt Höjers ambitioner som också satte sin prägel på utredningen borde läkarna ges nya arbetsuppgifter inom de hälsovårdande och förebyggande områdena och möjlighet till bättre arbetsvillkor. Utredningen bekräftade också att antalet allmänläkare sedan länge var allt för lågt.

För den öppna vården föreslog utredningen inrättande av hälsocentraler av olika slag. De större centralerna skulle innehålla såväl specialister som allmänläkare och förläggas till sjukhusen. De mindre skulle ha mottagningar för två eller flera allmänläkare och förläggas till provinsialläkarnas stationsorter.

Vid andra världskrigets slut 1945 fanns det i Sverige 3 850 yrkesverksamma läkare, varav endast en tiondel tjänstgjorde som provinsialläkare. I utredningen uppskattade man det totala läkarbehovet år 1960 till 7 200. Av dessa skulle ett tusental behövas som provinsialläkare och något fler som stadsläkare, medan antalet sjukhusläkare beräknades till cirka 4 000. Utredningsförslaget innebar således en kraftig ökning av antalet läkare – inte minst vad gäller allmänläkare. Det är i sammanhanget intressant att notera att utredningens bedömning av läkarbehovet för 1960 i det närmaste träffade mitt i prick, eftersom det faktiska antalet yrkesverksamma läkare då uppgick till 7 127.

När den Höjerska utredningen offentliggjordes mottogs den med stor tveksamhet från flera tongivande remissinstanser – inte minst från läkarkårens företrädare. Läkarförbundets kritik riktade sig mot ändrat huvudmannaskap för den öppna vården. Vidare framhöll förbundet att om den öppna vården skulle ingå i sjukhusläkarnas arbete, skulle detta menligt inverka på den slutna vården. Man väjde sig också kraftigt mot förslaget att göra läkarna till totalavlönade statstjänstemän inom sjukvården. Som skäl angav man att en detaljreglering av läkaryrket var olämplig beroende på de mycket skiftande arbetsuppgifterna. Förslaget om kostnadsfri vård utan prövning förkastades också, och man frågade sig varför just sjukvård skulle vara gratis, när medborgarna själva måste betala för andra nödvändigheter som mat, kläder och husrum.

Resultatet av invändningarna blev att utredningens förslag inte kunde förverkligas. I sina memoarer behandlar Höjer läkarkårens motstånd och ovilja till samarbete med medicinalstyrelsen, vilket han upplevde mycket pressande. Den reform inom hälso- och sjukvården han som generaldirektör ivrade för utsattes av kolleger för hätska presskampanjer, och man krävde hans avgång. Till följd härav bad Axel Höjer regeringen 1950 att bli befriad från sin tjänst men ombads av statsminister Tage Erlander att stanna kvar några år. År 1952 avgick Höjer från sin tjänst och efterträddes av Artur Engel, som närmast kom från en chefspost vid Falu lasarett.

Genom att Höjers utredningsförslag hamnade i papperskorgen ändrades inte situationen för den öppna offentliga vården. Under 1950-talet fortsatte i stället utbyggnaden av sjukhusen, som bemannades med allt fler specialistutbildade läkare. Samtidigt avstannade utbyggnaden av provinsialläkarväsendet och provinsialläkarna fick allt sämre status. För att bli provinsialläkare krävdes efter läkarexamen endast åtta månaders sjukhustjänstgöring. Då en sjukhuskarriär var mera lockande blev det svårt att rekrytera unga läkare till provinsialläkarbanan. I början av 1950-talet hade situationen förvärrats så, att det allmänt talades om ett provinsialläkarväsende i kris. Speciellt i glesbygder blev det allt svårare att besätta provinsialläkartjänsterna. Med större arbetsbelastning och jourtjänst ökade också risken att provinsialläkarna blev isolerade och fick svårare att följa med i kunskapsutvecklingen i en tid då de medicinska framstegen var stora.

Statistiken talar också sitt tydliga språk. Fram till 1960 ökade nämligen antalet sjukhusläkare mycket kraftigt, så att de då utgjorde tre fjärdedelar av hela läkarkåren, som uppgick till 7 127 yrkesutövare. Samtidigt hade antalet provinsialläkare stagnerat, varför dessa 1960 endast svarade för sju procent av landets samtliga läkare.

I avsikt att komma tillrätta med problemen beträffande provinsialläkarna tillsatte regeringen i mitten av 1950-talet en ny utredning med uppgift att särskilt granska den öppna vården. Utredningen föreslog i sitt betänkande Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15) att landstingen skulle överta provinsialläkarväsendet. Vidare föreslogs en förstärkt hälsovårdstillsyn genom att 1:e provinsialläkartjänster omändrades till länsläkartjänster, vilka skulle ingå i en särskild organisation tillsammans med länshälsovårdskonsulenter. Utredningen föreslog också förstärkta resurser för utbildning av nya läkare både inom den öppna och slutna vården.

I stor utsträckning kom 1958 års utredning att genomföras då landstingen 1963 övertog provinsialläkarväsendet och antalet tjänster ökade därefter snabbt. Med facit i hand kan sägas att den Höjerska utredningen 1948 var före sin tid och att det skulle dröja ett tiotal år innan dess tankegångar fick politiskt gensvar. De flesta av utredningens förslag skulle också förverkligas så småningom genom successiva reformer, och den kom att förebåda utbyggnaden av den primärvård som initierades i början av 1970-talet.

Sjukdomar och sjukvård – ålderdom och åldringsvård

Många sjukdomar av vilka en del i dag inte vållar några större bekymmer, var fruktade och orsakade ofta en för tidig död. Inte minst spädbarnsdödligheten var stor.

Den kanske mest fruktade sjukdomen var TBC, vars helt dominerande form, lungtuberkulosen, eller lungsoten som den kallades, tog så många liv och som inte gjorde skillnad på ung eller gammal. Ett nytt ålderdomshem byggdes 1930 i Lerum, Gamlebo. På övervåningen fanns 7 platser för tbc-patienter. Det var i bruk till 1965 då Höjdenhemmet invigdes. Gamlebofastigheten övertogs av Odd Fellow-logen i Lerum årsskiftet 1970/71.

Ur Hedefors minnesbilder, Olof Berndtsson

"I själva Hedefors kan jag inte erinra mig att någon mer än min "kusin" Simon (Jonsson) drabbades. Simon var en tid på Bolltorps sanatorium utanför Alingsås, där jag för övrigt var med en gång och hälsade på honom. Simon frisknade emellertid till och levde sedan i många år ett fullt normalt liv.

Från utkanterna av Hedefors minns jag dock flera fall, varav ett synnerligen tragiskt.

I banvaktstugan nere vid Sanna bodde August Bergdahl med sin familj. Bergdahl var alltså banvakt, hans hustru Anna platsvakt vid järnvägshållplatsen i Hedefors.

August och Anna Bergdahl fick 4 barn. Den yngste, Olle, och jag var förresten arbetskamrater en sommar på 30-talet. Alla barnen rycktes bort i unga år av lungtuberkulos.

Det har gjorts gällande att smittan skulle ha suttit i en möbel som inköpts på auktion. De som ägt möbeln hade dött i lungsot. Enligt en annan uppgift hade lungsoten tidigare, under en 25-årsperiod, tagit inte mindre än 18 barn för dem som bott i banvaktstugan.

Banvaktstugan är sedan flera år riven.

En annan fruktad sjukdom var cancer, eller som man sade, kräfta, ett gissel som framför allt drabbade de äldre.

Jag återgav nyss vad Lottas Karin berättat om sin pappa, hur han som nyfödd hade hittats nere vid Sanna, och att hon och hennes syskon aldrig fick veta något om hans uppväxt. Om sin pappas sista tid vet Karin desto mer. Här hennes egna ord:

Pappa dog i cancer. Han hade så svåra plåger den sista tiden. Jag kom hem en gång och då låg mamma och höll om honom för han skaka så fruktansvärt. Vi hade en flaska morfin som han fick av. När pappa var död kom syster Signe och hämta flaskan.

De gamla och sjuka vårdades så långt det var möjligt i hemmet. En gång i månaden hade en läkare mottagning i fabriken. Läkaren kunde också kallas till hembesök. För sjukvården i övrigt i samhället svarade fabriken sjukköterska.

För de ensamstående gamla, som inte kunde klara sig själva, återstod ålderdomshemmet eller fattiggården som var den vanliga benämningen ännu på 20-talet. Det var först i början av 30-talet som Lerum fick ett ålderdomshem värt namnet. Det nya hemmet (nuvarande Odd Fellow) blev byggt på en tomt som avstyckats från gården med det gamla hemmet.

Fattiggården var verkligen ett passande namn på den tidigare inrättningen. Det var ju fråga om en gård, Gamlebo Svenningsgården, och det var de fattigas lott att hamna där. Men det var inte ett ställe enbart för åldringar. Av olika anledningar kunde också yngre personer placeras här. Vi är fortfarande många som minns t ex "Musta-Kalle", den mest vanskapta människa jag sett. Den som såg honom för första gången kunde nog bli rätt illa berörd. Men oss ungar bekom det inte, vi var vana vid honom, han kom ofta ner till samhället.

Det var tänkt att de som var intagna på Gamlebo efter förmåga skulle delta i jord-bruksarbetet, och gårdens avkastning skulle hjälpa till att finansiera verksamheten. Vården av gamla och sjuka skulle kosta så lite som möjligt, var tanken.

"Gärna medalj, men först en rejäl pension", är ett motto vi minns från en tidigare valrörelse. Varken det ena eller det andra var det något bevänt med på 20- och 30-talet. En klapp på axeln var väl det närmaste en medalj man kunde komma när man slutade. Och pension, det var allt det lilla, det.

Jag har fått fatt på en uppgift som rör pensionsförhållandena i Hedefors 1937. Den visar att en textilarbetare fick 20 kr i månaden i pension från bolaget (en vävlagare 25 kr), vilket inte var stort mer än 10% av den knappa lön han haft när han arbetade. En textilarbeterska fick bara hälften, eller 10 kr.

Många av den tidens industriarbetare levde inte särskilt länge efter pensioneringen (vid fyllda 67). Så pensionsutgifterna var nog måttligt betungande för bolaget.

Gammal och fattig var en dålig kombination. Gammal, sjuk och fattig var förstås än värre. Men sjukdom kunde ju också drabba dem i arbetsför ålder. Det var inte sällan riktigt illa.

Det fanns således ett stort behov av något slags försäkringsskydd. Innan den allmänna sjukförsäkringen kom till var man tvungen att på frivillighetens väg ordna med detta.

Redan 1893 bildades en försäkringskassa, benämnd Lerums Sjuk- och Begravningshjälpkassa. Till den var också knuten en sparkassa.

Medlemmarna var inte bara Hedeforsare, de kom från hela Lerum, men det var i Hedefors som kassans angelägenheter sköttes och - tyvärr till slut också missköttes. Efter oegentligheter blev man 1913 tvungen att avveckla kassan.

Men behovet av försäkringsskydd blev ju inte mindre, så efter en tid hade man byggt upp en ny kassa. Denna nya Lerums Sjuk- och Begravningskassa tycks ha fungerat tillfredsställande.”

Sociala ambitioner och ekonomiska realiteter

Som tidigare nämnts hade Sverige en exceptionellt snabb ekonomisk tillväxt 1860-1960. Åren 1920-45 kom dock delvis att avvika från huvudtrenden, då de påverkades dels av två djupa internationella lågkonjunkturer, dels av andra världskriget.

BNP per invånare kan användas som ett mått på hur ett lands ekonomiska standard utvecklats över tid. I Sverige tredubblades BNP per capita räknat i fasta priser mellan 1870 och 1920. Ökningen kunde visserligen fortsätta 1920-1945 men i en lägre takt och stannade vid 60 procent. För Sveriges del innebar åren 1945-1960 att det fördelaktiga utgångsläget efter kriget åter skapade förutsättningar för snabbare ekonomisk tillväxt, och under de 15 åren kunde BNP per capita (justerat för inflationen) mer än fördubblas.

Det var främst två faktorer som bidrog till att hålla tillbaka tillväxttakten 1920-1945. De internationella lågkonjunkturerna i början av 1920- och 1930-talen kom i hög grad att verka hämmande på sysselsättningen. Arbetslösheten blev därför det helt överskuggande samhällsproblemet under mellankrigstiden. Massarbetslöshet trädde under denna period fram som en ny svenskt företeelse. Före 1920 hade den registrerade arbetslösheten varit förhållandevis låg, men 1920-40 understeg arbetslösheten bland LO-medlemmarna inte under något år 10 procent. I början av 1920- och 1930-talen uppnådde arbetslösheten som högst 20-25 procent.

Efter andra världskriget inträdde en markant scenförändring då arbetslösheten nästan helt upphörde. Medan mellankrigstiden i Sverige präglades av ett folk som sökte arbete, blev det efter kriget näringslivet som sökte arbetskraft och de ekonomiska hjulen kunde åter snurra för fullt.

En faktor som ytterligare bidrog till att hålla tillbaka ökningstakten i den svenska ekonomin 1920-1945 var de då vanliga arbetskonflikterna med ett stort antal förlorade arbetsdagar som följde. Saltsjöbadsavtalet 1938 mellan SAF och LO kom emellertid på sikt att bana väg för en samförståndsanda på arbetsmarknaden – Saltsjöbadsandan – och den svenska modellen. Ett undantag som bekräftade huvudregeln om samförstånd utgjorde dock den långa metallkonflikten i krigets slutskede 1945. Metallkonflikten innebar ett brott mot arbetsfreden och blev en ordentlig test av hållbarheten i Saltsjöbadsandan. Men samförståndsandan bestod kraftprovet och metallkonflikten blev en isolerad företeelse. Arbetsfreden kunde därefter

upprätthållas och den svenska modellen skulle fungera långt in på 1960-talet, vilket befrämjade en stabilare ekonomisk tillväxt efter 1945.

Efter det industriella genombrottet på 1890-talet hade Sverige 1920 klivit över tröskeln och tagit steget in i de mogna industrinationernas krets. När socialdemokratin efter det demokratiska genombrottet kom i regeringsposition med Hjalmar Branting i spetsen på 1920-talet och Per Albin Hansson från början av 1930-talet, ville man använda den förbättrade ekonomin till att genomföra en rad sociala reformer.

Till följd av ett begränsat skatteuttag var den offentliga sektorn ännu liten. De offentliga utgifterna svarade 1920 endast för 10 procent av landets totala BNP, och fram till slutet av 1930-talet kunde andelen växa något till 15 procent. Efter krigsslutet 1945 ökade de offentliga utgifterna desto snabbare och uppgick 1960 till 30 procent av BNP som då fördubblats jämfört med 1920.

Ser man i stället på en mer avgränsad del av de offentliga utgifterna, nämligen de sociala avgifternas andel av BNP, blir bilden måhända ännu tydligare. Till sociala avgifter räknas kostnaderna för hälso- och sjukvård, åldringsvård, familjepolitiska åtgärder, arbetslöshet och socialhjälp. Under 1900-talets två första årtionden fram till 1920 följde de sociala avgifterna takten i landets ekonomiska utveckling men på en mycket låg nivå. Utgifterna utgjorde då knappt två procent av BNP. Från 1920 märks emellertid ett första brott i denna utveckling. De sociala utgifternas andel av BNP började då stegvis öka så att de 1940 uppgick till fem procent. Därefter skedde ett andra brott genom att de sociala utgifterna kraftigt stegrades, och 1960 svarade dessa utgifter för 14 procent av en ständigt växande BNP.

I mellankrigstidens Sverige växte tankar kring folkhem, folkhälsa och det goda samhället fram. De sociala ambitionerna var stora och hade tänts av ett ekonomiskt framåtskridande under en föregående period. Större ekonomiska bakslag under mellankrigstiden kom emellertid delvis att sätta käppar i hjulen för dessa ambitioner. Visserligen påbörjades uppbyggnaden av välfärdens samhälle med flera sociala reformer, men de ekonomiska resurserna var ännu otillräckliga för att reformerna skulle få större genomslag.

Privata och frivilliga insatser inom hälso- och sjukvården

Det bör i sammanhanget framhållas att många insatser inom hälso- och sjukvården gjordes genom privata och frivilliga initiativ. Detta gällde ännu i hög grad under mellankrigstiden. Längre fram då de offentliga resurserna blivit mer omfattande tog stat, landsting eller kommuner ofta över de privat initierade verksamheterna.

Exempel på sådana insatser är, som framgått, den omsorg som tidigt utvecklades i brukssamhällena. Den hälso- och sjukvård som utövades vid bruken kom längre fram delvis att bli normgivande i det moderna välfärdssamhället.

Svenska Röda korset bildades 1865 som en del av den internationella Rödakorsrörelsen. Verksamheten omfattade ursprungligen frivillig vård av sjuka och sårade i fält. Det svenska Röda korset kom att satsa på utbildning och sjukvård. Redan 1866 anlades Röda korsets sjuksköterskeskola i Stockholm, och den blev en föregångare för senare sjuksköterskeutbildning. En stiftelse är huvudman för skolan, som nu får statligt ekonomiskt stöd. Röda korset grundade också ett privat sjukhus i Stockholm 1927 för kvalificerad medicinsk och kirurgisk vård. Sjukhuset inledde på 1960-talet ett samarbete med Karolinska sjukhuset. Numera drivs även Röda korsets sjukhus som en stiftelse.

Ellen Keys bok ”Barnets århundrade” utkom år 1900. Den bidrog till att föreningen Mjölkdroppen bildades i Stockholm i början av 1900-talet. Föreningens huvuduppgift var att distribuera mjölk till behövande spädbarn och engagera sig i hälsofostran. Senare bildades mjölkdroppeföreningar i flera städer och de blev föregångare till de allmänna barnavårdscentralerna.

Elise Ottesen-Jensens upplysningskampjager om preventivmedel bidrog till att barnkullarna minskade på 1930-talet, liksom rätten att köpa preventivmedel.

På privat initiativ – Beda Hallberg – växte från 1907 lokala majblommekommittéer fram. Genom försäljning av majblomman har medel kunnat användas för att förebygga, lindra och bekämpa sjukdomar hos barn. Under lång tid inriktades insatserna på att ge fattiga barn ökad

motståndskraft mot tuberkulos och att driva sommarkolonier. Från Sverige spreds majblommeidén till flera andra länder.

Tuberkulosvården är ytterligare ett exempel på privata initiativ. De första sjukvårdsanstalterna byggdes med medel ur nationalinsamlingen med anledning av Oscar II:s 25-årsjubileum som regent 1897. De tre första sanatorierna, som öppnades 1900 och 1901 betecknades som folksanatorier enligt tyskt mönster. De var till för obemedlade lungotspatienter. Mycket starkt pådrivande i kampen mot tuberkulos var Svenska nationalföreningen mot tuberkulos som bildades 1904 med lokalavdelningar i olika delar av landet. Samma år tillkom Älvsborgs läns förening mot tuberkulos. Initiativtagare var länets läkarförening. Ordförande blev förste provinsialläkare Nils Englund. Snabbt växte det fram en rörelse mot tuberkulosen som hade något av väckelserörelsens hänförelse och genomslagskraft. Detta gjorde att landstinget i Älvsborg efter flera motioner blev tvungen att engagera sig. Man tillsatte en kommitté 1908 på initiativ av Nils Englund och 1909 godtog dess förslag att landstinget i princip skulle överta all tuberkulosvård i länet. Från Tuberkulosföreningen fick landstinget 1911 legendomen Bolltorp utanför Alingsås för uppförande av ett sanatorium där.

Reformer trots allt

Den tidens radikala företrädare – av vilka några nämnts i det föregående – såg som sin uppgift att förändra världen. Samtidigt som de med hjälp av olika regelverk strävade efter att uppfostra medborgarna i social-medicinskt avseende ville de särskilt förbättra levnadsvillkoren och livschanserna för folkets breda lager. Men här stötte de på motstånd inte bara på grund av ekonomisk knapphet, utan det fanns också många i etablerade kretsar som då såg sådant tankegods som utslag av beskäftig social ingenjörskonst. Läkarförbundets inställning till Höjers och medicinalstyrelsens reformförslag kan stå som ett illustrativt exempel härpå.

Efter krigsslutet 1945 behärskades svenska folket av en stor optimism. Med oförstörda industrier och en växande export inleddes en ekonomisk utveckling. Den kom att omfatta några decennier, som allmänt benämns ”rekordåren” i svensk historia. Det var under denna epok som samhället fick de resurser som gjorde det möjligt att på allvar bygga ut välfärden och fullfölja de sociala reformer som planerats eller initierats under mellankrigstiden.

Exempel på viktiga efterkrigsreformer inom hälso- och sjukvårdsområdet är 1955 års obligatoriska sjukförsäkring, som i stort sett gav fri sjukvård åt alla. Ett allmänt pensionssystem – ATP – infördes 1959. Som tidigare framgått övertogs, på basis av 1958 års utredning om öppenvården, landstingens ansvar för provinsialläkarväsendet. I ett äldre resursfattigare samhälle hade staten styrt viktiga delar av sjukvården. På 1960-talet fick emellertid landstingens ledningen av en omfattande utbyggnad av hälso- och sjukvården. Fram till 1968 var det medicinalstyrelsen som utövade den högsta tillsynen över hälso- och sjukvården. Då slogs Medicinalstyrelsen och den tidigare Socialstyrelsen ihop till ett samlat medicinskt och socialt statligt ämbetsverk – den nya Socialstyrelsen – med Bror Rexed som chef.

Nytt sjukdomspanorama

Som tidigare framgått hade århundradet före 1920 präglats av de stora infektionssjukdomarna smittkoppor, kolera, dysenteri och tyfus men också av deras successiva tillbakagång från 1800-talets senare del.

Under 1900-talet dyker nya för oss mera kända infektioner upp. Tuberkulosen var vanlig redan på 1800-talet men under 1900-talet lades stora resurser ned för att bekämpa den. Könssjukdomarna ändrade karaktär. Influensan drabbade befolkningen i flera omgångar. Av vad vi kallar ”barnsjukdomar” var difteri och mässling var fortfarande orsak till många sjukfall och inte så få dödsfall bland barnen så också skarlatinan. Polio var en ny infektion som under mitten av seklet var mycket fruktad. Se Tabeller – Infektionssjukdomar II.

Tuberkulosen

Som nämnts ovan engagerade sig förste provinsialläkare Nils Englund för utbyggnaden av den privata tuberkulosvården och landstingets övertagandet av hela farsotsvården, som varit en kommunal angelägenhet.

Ur hans sammanfattande rapport 1911 – 1920:

Landstinget har under nu tilländagångna tioårsperioden åtagit sig att ordna tuberkulossjukvården, och jämväl fullgjort detta.

Dagafgiften å tuberkulosvårdsanstalterna är låg. Betydelsen af detta Landstingets ingripande kan svårligen öfverskattas.

Vid 1920 års slut finnes för länet följande tuherkulossjukvårdsanstalter:

1. Kroppefjäll, Landstingets	med	80 sjukplatser
2. Dalboberg vid Vänersborg, Landstingets		28
3. Bolltorp vid Alingsås, Landstingets		30
4. Sjö-Gunnarsbo vid Åsunden, Landstingets		10
5. Trollhättans sjukhem, Trollhättans, vid Trollhättan		12
6. Västeråsens vid Borås, Borås stad		50
7. Solhem vid Borås, enskild,		
med bidrag af Borås stad och Landstinget		22
	Summa	342 sjukplatser

342 vårdplatser för tuberkulösa bör anses skäligen tillfredsställande för länet, hvars innevånareantal uppgår till i afrundadt tal 296,000.

Därest tuberkulosvårdsanstalterna skola kunna fullt fylla sin uppgift, måste de vara icke blott sjukvårdsanstalter utan jämväl uppfostringsanstalter, där de vårdade få inlära och inlefva ett hälsoenligt lefnadssätt i alla afseenden, och hvare bör inbegripas jämväl arbete, afpassadt efter en hvars förmåga.

Genom att till hemmen årligen återställa hundratals personer, hvilka fått inlära och invänja ett hälsoenligt lefnadssätt och arbete, skall gifvetvis denna insikt så småningom få spridning och efterföljd ute i bygderna.

Tuberkulosanstalterna få sin rätta betydelse först då de ledas och uppfattas i denna riktning.

Full utveckling halva emellertid våra tuberkulosvårdsanstalter ännu ej nått; de halva ännu icke fullt ordnats för gästernas sysselsättning med lämpligt arbete och fostran till sådant. Först då detta skett, komma de till full nytta: utan detta fostra de lätt dagdrifvare och folk, som anse sig ej våga taga sig något nyttigt för.

Lungsoten var den sjukdom som tog flest liv, och den kom att spela en mycket central roll för sjukligheten ända fram till andra världskriget. Intressant är att dödligheten i tuberkulos i allt väsentligt kunde gå tillbaka innan antibiotika – det verkligt effektiva botemedlet mot sjukdomen – introducerades på 1940-talet. Till följd härav försvann tuberkulosen omkring 1960 praktiskt taget som dödsorsak.

Bolltorps sanatorium och sjukhem i Alingsås

En sanatorieförening bildades i Alingsås omkring 1911. Landstinget beslutade att bygga en sanatoriesjukstuga på Bolltorps gård 3 km norr om Alingsås, vars ägare Orvar Lindström donerat ett markområde och föreningen skänkt 25.000 kronor till byggnaden. Sjukstugan byggdes och startade som sanatorium för kroniska patienter och konvalescenter år 1917. Tuberkulosen var till stor del utrotad på 1950-talet och Bolltorp blev en sjukhem för långtidsvård med rehabiliteringsinsatser. Efter nästan 70 år stängdes sjukhemmet år 1987.

Gamlebo i Lerum

I Lerum fanns 7 platser för tbc-sjuka på ålderdomshemmet Gamlebo, som invigdes 1930.



Gamlebo övertogs av Oddfellowlogen nr 140 Birger Bryntesson Lilie år 1962 och blev ordenslokal efter ombyggnad.

Patientupplevelser om lungtuberkulos

Distriktssköterskan Kerstin Davidsson/Damell fick prova på patientens roll 1930, då hon bara några månader efter hon börjat sin tjänst i Lerum insjuknade i lungtuberkulos. Troligen blev hon smittad av en ung flicka som hon hade som patient under tiden som privatsjuksköterska före distriktsskötersketjänsten. Hon var sjukledig i 11 månader. Dispensären i Alingsås skötte om henne. Behandlingen var närande mat, vila och frisk luft. Modern pysslade om henne. 1961 drabbades hon också av ledgångsreumatism. Hon behandlades på ett hem för denna sjukdom i Vänersborg med magnecyl och varma bad i två månader. Denna sjukdom bidrog till den tidiga pensioneringen 1962.

En patient i Lerum berättar om sin lungtuberkulos med lungsäcksinflammation, som hon fick 1945. Den konstaterades av provinsialläkaren dr Nyman, som varit sanatorieläkare i Eksjö 1938, P.g.a. kriget och de flyktingar som då togs omhand genom ”de vita bussarna”, var sanatorierna fulla och hon fick vårdas hemma. Hennes tuberkulos blossade upp igen 1950. Då blev det vistelse på Västeråsens Sanatorium i Borås. Jörgen Lehman, Göteborg, hade då lanserat PAS och det fanns streptomycin. Man ”gasade” också patienter med lungtuberkulos. D v s man fyllde lungsäcken så att lungan föll ihop på den sjuka sidan, vilket gjorde att den ”fick vila”. Det gick inte på patienten då hennes första tbc hade gett sammanväxningar i lungsäcken. Man var tvungen att göra en revbensoperation för att lösa sammanväxningarna. Hon behandlades i sju månader på sanatoriet och var sjukskriven i 21 månader,

Tuberkulos ett globalt folkhälsoproblem

Tuberkulos är fortfarande ett av de största globala folkhälsoproblemen. Man räknar med att 1/3 av jordens befolkning är infekterad och 2 – 3 miljoner människor dör i tuberkulos varje år världen över. Tbc har åter ökat i och med att personer infekterade med HIV utvecklar sjukdomen. Kombinationsbehandlingen ger upphov till multiresistenta former av tbc och spridningen av dessa ökar med över 300.000 nya fall per år. Under de senaste 40 åren har inga nya läkemedel mot tbc tagits fram.

Könssjukdomar – gonorré

I slutet av 1830-talet beskrev fransmannen Philippe Ricord könssjukdomen gonorré som skilde sig från syfilis. Den kallades också dröppel, då den gav varig flytning ur urinröret. Först sedan Albert Neisser upptäckt gonokockerna 1879 kom gonorrén att uppmärksammas i sjukvården.

Provinsialläkaren kunde lätt diagnostisera de intracellulära diplokockerna i mikroskopet med utstryk av sekret på objektglas som färgats med metylenblått. Behandling före penicillinet var

inte så effektiv. Fructus cubebae eller copaivabalsam gavs via munnen. Ibland fick patienten också lokalbehandling med insprutningar av adstringerande medel i urinröret. Man behandlade med omslag med blyvattengrötar och med blodiglar. Senare tillkom behandling med jodkalium. Förekomsten av gonorrhé visas i Diagram-avsnittet, sidan 71.

Influenza

Att infektionsepidemierna efter sekelskiftet 1900 inte helt spelat ut sin roll fick vi ett tydligt exempel på genom spanska sjukan 1918-1919. Spanska sjukan – en slags influensa – var den senaste, verkligen stora infektionsepidemin som drabbade Europa och Sverige. Det är numera klart att spanska sjukan hade sitt ursprung i en fågelinfluensa. Spanska sjukan varade visserligen under en reellt begränsad tid, men beräkningar visar att cirka

30 000 människor i Sverige dog av sjukdomen. De flesta av dessa var unga män i arbetsför ålder. Inte minst fick spanska sjukan spridning i militärförläggningar. Sjukdomen drabbade också landet mycket ojämnt. Dödligheten var högst i Norrland, främst i Jämtlands och Västernorrland län, där dödligheten var dubbelt så hög som i södra Sverige.

Konstigt nog så röner den liten uppmärksamhet i våra provinsialläkares och förste provinsialläkares rapporter.

Diagnosen influensa användes redan i början av 1800-talet. Ur en provinsialläkarrapport hämtas:

”Sjukdomen framträdde 1847 som följande: I början frossbrytning, som efterföljdes af en ökad verksamhet i blodomloppet med hufvudvärk, snufwa och täppt näsa, en torr ihållande hosta, och en obetydlig upphostning. Pulsen hastig, full och mjuk; Huden torr, het; Matsmältningsredskapen tillkännagäfwö äfwen sitt obestånd genom en hvitgult belagd tunga. I allmänhet gjorde kräkmedel och derefter en lindrig diaphoretisk regime tillfyllest att häfwa sjukdomen. Utur denna katharrala sjukdomsform, började nu under Januari och Februari månader utveckla sig en mera synochal, tenderande till inflammation i lungornas parenchym, dock så, att de först inträffande pneumonierna tydligen woro af katharraliskt ursprung. Efterhand tilltog det inflammatoriska momentet likwist mer och mer uti intensitet, så att från början af Februari till dess slut, häftiga pneumonier med ihållande inflammatorisk feber, utan tydliga remissioner, samt tendens, att ganska hastigt, ofta på fjerde dygnet, öfwergå till hepatisation, blefwo temligen allmänna. Någre äldre personer som i början af sjukdomen försummat att anlita läkare, hafwa aflidit; men i allmänhet häfdes sjukdomen ganska snart genom användning af åderlåtning, koppning eller blodiglar på bröstet, antimonialia, Calomel o.s.v.”.

Polio

Medan infektionssjukdomarna i hög grad var förknippade med ett tidigare Fattigsverige, kom det blivande välfärdssamhällets sjukdomar under 1900-talet alltmer att präglas av cancer samt hjärt- och kärlsjukdomar. Till detta kan fogas att under övergången från det gamla till det nya samhället kom polion att inta en intressant mellanposition.

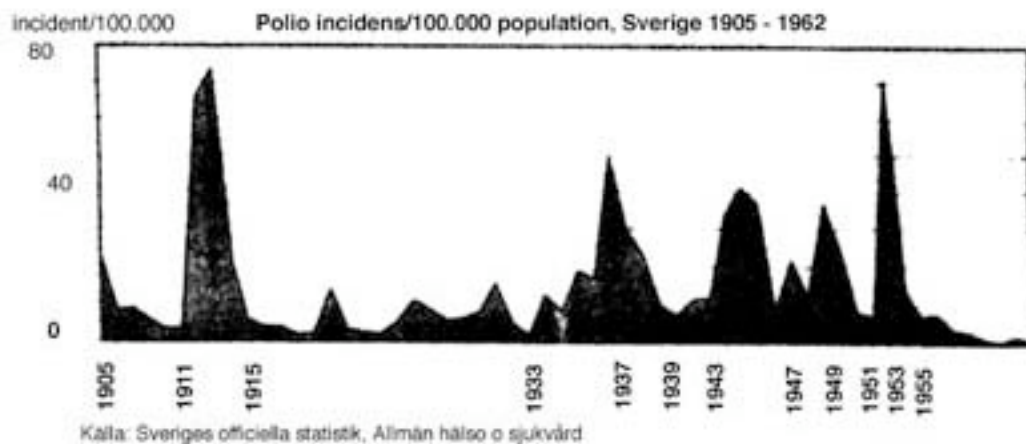
Polio, eller barnförlamning som sjukdomen också kallats, är en virussjukdom som sprids genom förorenat vatten eller genom kontaktsmitta. Man vet inte särskilt mycket om sjukdomens ursprung och äldre historia.

Före 1800-talets slut var virus oerhört spritt i Sverige. De första säkra uppgifterna om polio kom så sent som på 1840-talet. Den första kända polioepidemin i Sverige registrerades omkring 1880 och 1887 kom den första stora epidemien i Stockholm. Den beskrevs av barnläkaren Oskar Medin och kallades då i utländsk litteratur Heine-Medins sjukdom. Ur tidskriften Hygiea 1890:

”Den infantila paralysien är utan tvifvel en specifik akut infektionssjukdom. Den kan, såsom några iakttagelser på det sista decenniet hafva visat, uppträda epidemiskt. Cordier anser sjukdomen vara kontagiös, ehuru jag (Medin) två gånger har sett, hurusom två syskon inom samma familj insjuknat med några dagars mellanrum uti infantil paralyti.”

De därefter följande epidemivågorna i Europa hade en förkärlek för Skandinavien. Den senaste epidemin i Sverige var 1953. Sista fallet i Sverige var 1962. Mellan 1880 – 1960 rapporterades 50.000 fall. Av dessa dog 6000.

I motsats till andra infektionssjukdomar visade polion ett annorlunda mönster. Polion ökade nämligen i omfattning under det framväxande välfärdssamhället. Under 1900-talets första hälft drabbades Sverige av flera polioepidemier. Den största inträffade 1912, och efter en något lugnare period blossade nya, tätare epidemier upp under 1930-, 1940- och 1950-talen.



Flera epidemier bl. a. i Göteborg gav intrycket att orten och inte människan var smittfarlig. Sjukdomen uppträdde ofta på hösten då göteborgarna flyttade från sina sommarnöjen tillbaka till staden. I Göteborgs omgivning, i skärgården och inåt Västergötland förekom inte sällan smärre barnförlamningsepidemier. En spridd föreställning var att höstlöv och äpplekart kunde orsaka polio varför föräldrarna förbjöd sina barn att leka med dessa. Småbarnen var delvis skyddade av mödrarnas antikroppar.

De flesta fallen av polio resulterade endast i lindriga symtom. I en del fall drabbades emellertid nervsystemet, vilket kunde leda till förlamning livet ut. Tre olika virustyper ger olika polioepidemier. Infektionen ger först en lätt luftvägsinfektion med feber trötthet, allmän sjukdomskänsla eventuellt gastroenterit (magsjuka). Sjukdomen kan stanna med detta men också gå vidare med hjärnhinneinflammation och slappa förlamningar i muskulaturen. De senare kvarstod efter det att febern lagt sig (barnförlamning). Efter polio kan olika typer av besvär uppstå (postpoliosyndrom). Risken för detta uppskattas till mellan 25 – 75%.

Under epidemin 1912 var dödligheten i polio förhållandevis hög, men den minskade avsevärt under de följande epidemitopparna. I det allmänna medvetandet har polion därför mer förknippats med risken för förlamning än med fruktan för dödsfall. I början av 1900-talet utsattes barn för infektion redan från tidig ålder, vilket ledde till relativt lindriga sjukdomsförlopp. Efterhand som de hygieniska förhållandena och folkhälsan förbättrades höjdes åldern för första kontaktsmitta. Detta ökade i sin tur risken för förlamning. Man kan – med polion som exempel – visa att en förbättrad hygien kan leda till försämring av immunförsvaret. Risken för att drabbas av en cirkulerande smitta var då uppenbar. Trots att en miljö kan uppfattas som "hygienisk", kan den alltså befrämja nya epidemier. Sedan det första vaccinet mot polio introducerades i England 1955 och man i Sverige två år senare påbörjade vaccinering, försvann sjukdomen från vårt land.

Kikhosta

Sjukdomen var ungefär lika vanlig bland barnen som skarlatina tills behandling och förebyggande åtgärder kom på 1850-talet (se tabell över infektionssjukdomar). Dödligheten låg på cirka 10 %.

En provinsialläkare skrev 1843:

”Kikhosta hvilken spridde sig vidare omkring och snart sagdt omkring hela Distriktet; - Epidemien var ej af de värsta ehuru den var allmänt urbredd och jag kan säga, nästan värst i Städerna; - den angrep alla åldrar, ty till och med et och annat nyfödt barn så väl som äfven en och annan äldre person hafva af den samma angripne; sjukdommens allmänna duration var sex a åtta veckor och blott hos få räckte den längre; den af några författare (Scott, Schönlein m.fl.) observerade tertiana typen kunde här ej iagttagas; Den vanliga behandlingen var i början kräkmedel, som ej sällan repeterades, sedermera Hufelandske blandningen af Extract. Hyoscyami med vinum stibiatum, eller ock en tinctur på bladen, af Lobelia inflata (120 gran på 1 Unce Spir. dilut: digererade i 10 dygn) gifves efter åldrars så att et års barn feck 6, et fem års 12, fullvägste ända till 30 droppar i sender fyra gånger om dagene insmörjningar af Autzcriethska salfvor samt i sista stadium sjö- eller Islandsmossegelée. Där hostans intensitet var stark visade sig Lobeliaetincturen verksammast, och för fullväxte personer utgorde den det säkraste medlet; för den som förr haft sjukdomen och nu feck den i modifierad form hjälpte den ofta innom fjorton dagar; - för barn med mera retliga respirationsorganer nyttjades den rökelse i rummet med pulvismal: Ph. Sle{.}: kalk. hvarom jag för några år sedan hade äran berätta, med förr visad verksamhet. Då starkt utslag efter stibiatsalfvan framkommit syntes alltid de invärtes medeln verka mäst. Förr änn i början af Junii började sjukdommen ej aftaga och ännu i Julii angreps en och annan.”

Slutenvård och konvalescenthem

Alingsås lasarett

År 1950 hade lasarettet 183 vårdplatser och 240 anställda. En röntgenavdelning och laboratorium tillkom 1952. Detta gjorde att lasarettet kunde kalla sig normallasarett 1955.

Lasarettet utvecklades sedan	Röntgenavdelningen	1953
successivt till en enhet med kirurg.,	Medicinflygeln	1958
medicin- intensiv- röntgen- och	Ekonomibyggnaden	1960
långvårdsavdelning samt BB-	Kirurgflygeln	1965
avdelning.	Entréflygeln	1966
	Geriatriska flygeln	1976
	Försörjningscentralen	1990

År 1970 fanns 517 vårdplatser under den gemensamma direktionen i Alingsås. 1970 gick lasarettet upp i SÅS – Södra Älvsborgs Sjukvårdsdistrikt. Därefter byggdes den öppna specialistvården ut med service till Mellanälvsborg av gynekologer, ögonläkare. Öronläkare och psykiaterteam samt barnläkare.

Mentalvård i Floda

Göteborgs sjukhusdirektion köpte Floda Säteri i Skallsjö socken år 1952. Säteriet skulle användas som vårdavdelning under Lillhagens sjukhus. ”Genom inrättande av ett sinnessjukhus i Floda skulle en välbehörlig avlastning kunna ske vid sjukhuset. ”.Avdelningen togs i bruk 1953 med 47 manliga vårdplatser.

Göteborgs-Posten (G-P) skriver 12/12 1951:

”Sjukvårdsdirektör Hugo Höglund blir brukspatron.

Det är inte bara ett mycket vackert utan också välkänt gods Göteborgs stad ämnar lägga sig till med. Från 1600-talet finns uppgift om att Floda

skulle ha varit ett herresäte redan under Erik den Heliges tid. Anders Kringle skulle enligt berättelsen ha gjort sig skyldig till mandrån och därefter flytt till Norge varvid godset konfiskerades. Längre fram tillhörde godset Gudhems kloster och efter godsens indragning blev det införlivat med Visingsborgs grevskap. Per Brahe d. Y. Skänkte godset till Johan Gustavsson Örnevinge vars ätt behöll det i hundra år. Den siste Örnevinge sålde godset till Conrad Vilhelm von Döbeln, en farfars bror till Georg von Döbeln, känd genom Runeberg. Då anlades ett kniphammarbruk för spiktillverkning, som utökades av efterträdaren dir. C Arfvidsson vid Ostindiska kompaniet.”

Flodaborna var ej helt glada i etableringen av ett mentalsjukhus på orten.

En insändare var införd i G-P 18 december 1951 en annan 5 mars 1952:

”Flodabor, res Eder! Det vi flyttat hit för finns ej mer. Det blir nu ett samhälle med en helt annan atmosfär. För oss Flodabor gäller detta osynliga och omistliga värden som raseras, vilket tyvärr tycks bli tidens lösen....”

Länsläkare Lars Himmelman inspekterade annexavdelningen 7/4 1967:

Föreståndare var sjuksköterskan Elna Jurijaks. Dessutom var anställda två halvtids sjuksköterskor, 4 mentalsjuksköterskor, 4 mentalskötare, 3 ekonomibiträden samt 7 vikarierande sjuksköterskor, En arbetsterapeut och en trädgårdsarbetare.

Läkare var Bitr. överläkare Anne-Marie Grauers som besökte hemmet en gång per vecka. För kroppssjukvården anlätades Dr Hedén, Alingsås, en gång per vecka samt vid akuta sjukdomsfall.

I och med psykiatireformen ”Psykiatireformen” 1994 överfördes ansvaret för vården av de psykiskt funktionshindrade till kommunerna. Psykiatriavdelningen på Floda Säteri lades ned.

Efter några år övertogs byggnaden av Montesorriskolan i Floda.

Skogsgården i Västra Bodarne

Skogsgårdens konvalescenthem i Västra Bodarne tillhörde landstinget sedan mitten av 1950-talet. Patienter remitterades av läkare dit från hela länet. Platsantalet var 25 i 2-, 3- eller 4 salar. En gång i veckan kom läkare på rond, doktorerna Lindahl och Staffan Ljungberg från lasarettet i Alingsås. Vårdtiden var cirka tre veckor. Arbetsterapi fanns i en lokal i källaren på villan i två våningar utan hiss. I omgivningen, intill sjön Mjörn, fanns vackra promenadvägar och trädgården hade en del exotiska växter bl. a. vindruvor. Trädgården hade anlagts på 1920- och 30-talen Erik Setterbom och frukthandlaren Oskar Appलगren. Konvalescenthemmet togs ur bruk 1957.

Läkartätheten 1920 – 1960

Som nämnts svarade de offentliga utgifterna 1920 endast för 10 procent av landets totala BNP, och fram till slutet av 1930-talet växte andelen till 15 procent. En fördubbling av utgifterna skedde till 1960 då de offentliga utgifterna uppgick till 30 procent av BNP. De sociala utgifternas andel av BNP ökade stegvis så att de 1940 uppgick till fem procent. Därefter skedde ett andra brott genom att de sociala utgifterna kraftigt stegrades, och 1960 svarade dessa utgifter för 14 procent av en ständigt växande BNP.

Mycket av utgiftsökningarna berodde på en kraftig utbyggnad av den slutna vården, som landstingen med sin möjlighet att debitera egna skatter kom att satsa på. Men sjukhusläkarna kom också att ta över en stor del av öppenvårdsbesöken. Vid flertalet sjukhus utvecklades en öppen mottagning för eftervård av patienter som varit intagna för slutna vård. Också akut sjuka och olycksfall gick förbi de praktiserande läkarna utanför sjukhusen. I städerna byggdes också fristående polikliniker upp för vissa sjukdomar med sjukhusspecialister som läkare. Exempelvis i Göteborg där besöken vid fristående polikliniker var:

1921 – 23 137, 1930 – 38 475, 1940 – 76 669, 1943 – 130.350

Först i och med att staten överlät provinsialläkarväsendet till landstingen 1962 började en upprustning av den öppna vården utanför sjukhusen, men slutenvården fortsatte samtidigt sin kraftiga utbyggnad.

Följande tabeller speglar utvecklingen av läkartätheten under denna period. Märk speciellt att antalet tjänsteläkare i läkarkollektivet sjönk från 31% 1920 till 12% 1960. samtidigt skedde det en kraftig ökning av sjukhusläkarna (inkl. öppenvårdsspecialister och universitetsanslutna läkare) från 37% 1920 till 74% 1960. Brytpunkten, då det fanns ungefär lika många slutenvårds som öppenvårdsläkare, inträffade i mitten på 1930-talet.

Antal läkare i riket 1920 – 1960

(Se även tabell i tabellbilagan om tjänsteläkarna i Sverige 1700 – 1970)

Öppen/sluten vård	Läkarkategorier	1920	1940	1950	1960
Öppenvårdsläkare	Tjänsteläkare	524 31%	592 18%	805 16%	904 12%
	Varav 1:e prov.läkare	24	24	24	24
	Varav prov.läkare	200	337	562	611
	Antal inv./tjänsteläk. 1000-tal	11,3	10,8	8,7	8,3
	Privatläkare	555 32 %	994 29%	1000 20%	1000 14%
Slutenvårds läkare		634 37%	1792 53%	3178 64%	5393 74%
Summa läkare		1713 100%	3378 100%	4983 100%	7297 100%
Folkmängd i milj.		5,9	6,4	7,0	7,5
Antal inv./läkare		3444	1894	1405	1028

Källa: SOU 1978:74

Barnmorskeväsendet 1920 – 1960

Med 1919 års lag om anställande av barnmorskor kom frågan ett nytt läge för landstingen. Bakgrunden var den svåra dyrtiden. Barnmorskekåren kom i ett nödläge. Långt tidigare hade lönerna varit låga. I ett mycket stort antal fall orkade kommunerna inte ge kompensation för dyrtiden. Många kommuner var överhuvud för små för att klara barnmorskelönerna. Man genomförde i detta läge en förändring, som tidigare hade diskuterats men skjutits på framtiden. Landstinget blev huvudman, och länen indelades i barnmorskedistrikt.

Såväl staten som landstingen lämnade bidrag. För landstingens del bestämdes detta bidrag till 200 kr per barnmorska samt pensionsavgift och del av ålderstilläggen. Härtill kom skyldigheten att avlöna reservbarnmorskor. Ledningen för verksamheten handhades av en särskild barnmorskestyrelse med förste provinsialläkaren som självskriven ordförande, en representant för länsstyrelsen och två företrädare för landstinget.

Eftersom någon sådan styrelse inte tillsattes förrän med 1919 års landstingsmöte, lade förste provinsialläkaren Nils Englund fram ett förslag till utgiftsstat för 1920. Det accepterades efter nedprutningar. Man reducerade beloppet för vikariatsersättningar och tog bort arvoden, dagtraktamenten och reseersättningar för ordförande, sekreterare och ledamöter. Anslaget för barnmorskeväsendet steg ändå kraftigt: det uppgick till 54.850 kr. Det fanns vid denna tidpunkt 172 distriktsbarnmorskor i länet. Man räknade sedan med 16 reservbarnmorskor.

Givetvis är det omöjligt att följa de ofta återkommande förändringarna i distriktsorganisationen. Utvecklingen belyses av att det 1930 fanns 115 distriktsbarnmorskor, 1940 74, 1950 48 och 1962 22. I organisationen har skett den förändringen, att primärkommunernas engagemang försvann 1936 och att den särskilda barnmorskestyrelsen upphörde och dess uppgifter överflyttades till förvaltningsutskottet, där under de senaste åren hälsovårdsstyrelsen handlagt denna grupp av ärenden. Kostnaderna för landstinget var i staten för 1931 42.850 kr och i staten för 1963 293.000 kr. Statsbidragssystemet har växlat under behandlade perioder. Det är dock uppenbart, att den ordning som infördes 1938 inneburit en väsentlig ökning av landstingets kostnader.

Varpå beror det minskade antalet barnmorskor?

Den mycket kraftiga minskningen av antalet barnmorskor beror väsentligen på att hemförlossningarna blivit allt färre. Nedgången har varit så omfattande, att hälsovårdsstyrelsens sekreterare i en promemoria till 1962 års landsting kunde skriva: "Antalet hemförlossningar är numera så ringa, att hänsyn till barnaföderna i hemmen knappast kan tagas, utan få även dessa hänvisas till barnbördsavdelningarna.

I sin tur beror detta på sådana faktorer som den allt bättre utrustningen av dessa avdelningar, de stegrade kraven på sådan utrustning från barnafödernas sida, de bättre kommunikationerna, den allmänna förbättringen av de ekonomiska villkoren, som underlättat möjligheterna att utnyttja sjukhusen, och samhällets ökade service i form av t. ex. social hemhjälp, mödrahjälp och moderskapsspenning. jämför man tiden från Hessles motion 1863 fram till nuet (1962), torde också minskningen av antalet barnmorskor bero på nedgången i nativiteten. Det har därtill under de senaste åren visat sig vara svårt att besätta alla barnmorsketjänster.

Emellertid skulle antalet distriktsbarnmorskor ha reducerats ytterligare, om de inte fått nya arbetsuppgifter. De avlöste barnmorskor inom den slutna vården. Men framförallt arbetade de inom den förebyggande mödravården. På grund av det ringa antalet barnmorskor och svårigheten att besätta barnmorsketjänster tjänstgjorde även distriktsköterskor inom denna (*Så var det i Gråbo!*). Som vi förut nämnt är distriktsbarnmorske- och distriktskötersketjänsterna förenade i två fall. Trots de nya arbetsuppgifterna kan man konstatera, att distriktsbarnmorskeorganisationen är en av de få landstingsorganisationer, som krympt samman.

Abortförebyggande verksamhet

I samband med den förebyggande mödra- och barnavården bör nämnas att landstinget sedan 1959 driver en provisorisk verksamhet för stöd och rådgivning åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte. Flera andra landsting har en liknande verksamhet. Inom Älvsborgs län är den knuten till centrallasaretten i Vänersborg och Borås. Den skötes i huvudsak av överläkaren för avdelningarna i psykiatri och gynekologi. Anslaget är på 10.000 kr per år. I det ingår medel, som lasarettsdirektionerna efter läkarnas hörande kan använda som hjälp åt behövande abortsökande och i ömmande fall också som läkararvoden.

Några landsting har öppnat familjerådgivningsbyråer. Sedan staten 1960 beviljat bidrag till försöksvis anordnad familjerådgivning bl. a. av landsting, hemställde hälsovårdsstyrelsen till 1961 års landsting, att förvaltningsutskottet skulle företa en förutsättningslös utredning av frågan om landstinget skulle upprätta särskilda familjerådgivningsbyråer, till vilka den abortförebyggande verksamheten eventuellt kunde knytas.

Vid dessa rådgivningsbyråer skulle finnas som konsulenter två eller flera läkare, av vilka minst en skulle vara gynekolog och en psykiater, dels två eller flera kuratorer. Verksamheten skulle avse rådgivning och behandling i samband med konfliktsituationer i äktenskap och familj och upplysning om samlevnadsproblem. Den kunde även innesluta stöd och rådgivning åt abortsökande.

Tinget biföll förslaget om utredning. Men 1962 fick förvaltningsutskottet meddela, att utredningen inte hunnit slutföras.

I Addendum beskriver barnmorskan Evy Johansson sin verksamhet i Lerum och hur den utvecklades under perioden 1953 – 1994. Hon sammanfattar:

”Min uppgift som barnmorska på mödravårdscentralen i Lerum startade med att vara distriktsbarnmorska med inriktning på att förbereda gravida inför förlossningen och att ge dem råd och vård så att de kom till sin förlossning i god häls, fysiskt och psykiskt. Dessutom att eventuella komplikationer var väl förberedda och genomgångna genom samtal. Samt att vara tillgänglig dygnet runt per telefon för rådgivning och hembesök och att stödja familjen med att vara med kvinnan vid resan in till förlossningen om hon så önskade och att de som ville föda sitt barn hemma fick den hjälp som behövdes före, under och efter förlossningen.”

Distriktsköterskorna 1920 - 1960

Det första distriktssköterskeanslaget

Länsstyrelsen överlämnade till 1919 års landsting en promemoria från civildepartementet om statsbidrag till distriktssköterskor på landsbygden. Bidragen kunde utgå antingen till landsting, som gjorde upp plan för hela landsbygden inom sitt område och fick denna godkänd av Kungl. Maj:t, eller till kommun eller sammanslutningar av landskommuner, som ordnade distriktsvård enligt plan, som Kungl. Maj:t godkänt. Ärendet överlämnades till förvaltningsutskottet för utredning.

När ärendet återkom till 1920 års landsting, hade sjukvårdsnämnden skjutit frågan om distriktssjukvård i landstingets regi på framtiden. De sakkunniga för utarbetande av förslag till statsbidrag hade tänkt sig en sjuksköterska för varje 3.000-tal invånare, vilket för Älvsborgs läns landsting innebar 75 sköterskor. Med den sjuksköterskebrist som rådde ansåg man det omöjligt att anställa så många. Behovet bedömdes också vara så litet, att bara en mindre del av dessa sköterskor kunde beredas sysselsättning.

Syftemålet med anställande av distriktssköterskor var dock enligt nämndens mening behjärtansvärt, särskilt för orter, som låg långt från läkarstationerna. Kommunerna borde själva svara för det men få hjälp från landstinget med lika stort bidrag som statsbidraget, nämligen 500 kr. Därför borde ett förslagsanslag på 2.000 kr tagas upp i staten. Landstingsmötet följde denna försiktiga linje.

Landstingsmötet delade denna uppfattning. Utskottet fann det mest ändamålsenligt, att denna distriktindelning, som i varje särskilt fall skulle underställas berörda kommuner, gjordes upp av förvaltningsutskottet för landstingets del och godkändes av detta och att det även fick befogenheter att framdeles företaga erforderliga ändringar. Också detta godkändes av landstingsmötet, ehuru med tillägget att fullmakten gällde t. o. m. utgången av 1967. Vidare uppdrog det åt utskottet att verka för ytterligare provinsialläkartjänster.

I förhållande till några landsting började distriktsvården i större skala mycket sent i Älvsborgs län. På sina håll hade man verksamhet t.o.m. före 1919 års riksdagsbeslut. Först på 1920-talet byggde man upp en planmässig organisation.

Landstinget huvudman för distriktsvården

Tio år senare kunde landstingsdirektör Eskil Eriksson meddela, att anslaget var förbrukat. Åren 1928 och 1929 hade Tranemo och Kinnarumma sjuksköterskedistrikt fått bidrag med cirka 500 kr per år. Han föreslog, att tinget på nytt skulle bevilja ett anslag på 2.000 kr. Tinget hade inget att invända. Efter ytterligare tio år var situationen en helt annan. Landstinget hade då 32 distriktsskötersketjänster, ehuru två var obesatta på grund av brist på sökande. Anslaget för 1941 uppgick till 137.960 kr.

Däremellan låg tillkomsten av 1938 års plan för distriktsvården inom länet. I sin tur var den en följd av beslutet vid 1937 års riksdag om distriktssköterskeväsendet. Detta flyttades principiellt över från primärkommunerna till landstingen, samtidigt som statsbidragen höjdes avsevärt. Utgångspunkten för planen var, att det skulle finnas en sköterska per 3.000 invånare på landsbygden och 5.000 i stad.

1938 års plan innebar, att länet delades upp i 25 distrikt med 60 sköterskor för landsbygden och 19 för städerna. 20 av dessa var distrikts- och stadssköterskor, som övergick i landstingets tjänst. Senare byggdes organisationen ut, och även vissa stationeringsorter ändrades.

Planen 1939 upptog 80 sköterskedistrikt. Landstinget hade medgivit inrättande av 55 distriktsskötersketjänster. Det rådde sköterskebrist och 12 befattningar var vakanta.

I början av 1950-talet upptog planen 83 distriktsskötersketjänster. Av dessa var 60 inrättade och 54 besatta. Anslaget uppgick för 1952 till 316.000 kr.

Distriktsvården, en utspridd verksamhet

Vid 1951 års landsting antog man en ny plan för distriktsvården. Enligt den ökades antalet sköterskor till 87, varav 70 skulle vara på landsbygden och 17 städerna. Sedan planen fastställts av medicinalstyrelsen, har man arbetat efter den med endast mindre förändringar. Bl. a. har inrättats två dubbelbefattningar som distriktssköterska/distriktsbarnmorska, placerade i Ed och Överlida. Så sent som 1966 utbildades och verkade syster Annie Bauhn i **Gråbo** i dubbelfunktionen.

Under 1962 var samtliga tjänster inrättade, men 5 var vakanta. En tjänst fanns i Åmåls stads distrikt, Åmåls landsdistrikt, Ulricehamns stadsdistrikt, Fröskog, Billingsfors, Dals Långed, Mellerud, Åsensbruk, DalsRostock, Bolstad, Brålanda, Högsäter, Färgelanda, Ödeborg, Frändefors, Vargön, Trollhättans landsdistrikt, VäneÅsaka, Sjuntorp, Lilla Edet, Lödöse, Alvängen, Skepplanda, Surte, Agnesberg, **Gråbo**, **Alingsås landsdistrikt**, **Floda**, Herrljunga, Rävlanda, Bollebygd, Sätilla, Björketorp, Sjömarken, Sandhult, Viskafors, Fristad, Brämhult, Seglora, Fritsla, Kinna, Skene, örby, öxabäck, Horred, Kungsäter, Limmared, Dalstorp, Tranemo, Överlida, Hid, Hökerum, Ulricehamns landsdistrikt, Vegby, Trädet och Timmele, två i Vänersborgs stadsdistrikt, Alingsås stadsdistrikt, Bengtsfors, Dals Ed, Sollebrunn, **Lerum**, Vårgårda, Ljung, Dalsjöfors och Svenljunga, tre i Trollhättans stadsdistrikt och åtta i Borås stadsdistrikt.

Som synes fick verksamheten en helt annan omfattning än tidigare, vilket också belyses av att 1.313.000 kr upptogs i budgeten för 1963. Uppräkningen av distrikt visar att den blivit spridd över länets skilda delar. Landstinget hade få verksamheter, som var så fördelade på olika orter som denna, vilket givetvis hängde samman med dess karaktär. En ytterligare utbyggnad diskuterades. Men hälsovårdsstyrelsen fann det ogörligt att föreslå detta på grund av den svåra bristen på sjuksköterskor. Denna briståberopades både 1920 och 1962. Bristen åberopades också senare på 1870-talet då vårdcentralerna skulle bemannas med sjuksköterskor.

I anslaget ingick sedan 1952 reseersättningar till distriktssköterskorna. På förslag av bondeförbundets motionärer med lantbrukaren Elis Carlsson i Östadkulle i spetsen beslutade nämnda års landsting, att resor som distriktssköterskor företog på vederbörande provinsialläkares anmodan skulle bekostas av landstingsmedel.

I de personliga yrkesbeskrivningarna berättar några distriktssköterskor från Lerum och Gråbo om sin verksamhet.

Kerstin Damell var Lerums första distriktssköterska från 1931 till 1940. Därefter verkade hon i Floda till sin pensionering 1962.

Syster Annie Bauhn ger en fängslande beskrivning av sin verksamhet på barnavårdscentral 1940 – 1955 och sin tid som distriktssköterska i Gråbo därefter fram till pensioneringen 1985.

Sköterskedistriktet i Lerum

Distriktssköterskan var landstingsanställd. Centrala kansliet fanns i Vänersborg. Det var först Agne Svensson som handlade ärendena sedan Märta Andreasson och Annie Andersson. Kontakterna var mest i form av statistik och reseräkningar, som sändes dit. Lönen kom därifrån. Lönen är väl inte så bra ens nu för distriktssköterskan. Den första tiden ingick bostad i löneförmånerna.

Tjänsten som distriktssköterska i Lerum 1940 omfattade Lerums församling cirka 4000 innevånare. Först var mottagningen i Tingshuset. Senare i en byggnad mitt emot detta, där barnmorskan hade mottagning. Invid dåvarande brandstationen fanns två röda byggnader som byggdes på 40-talet. I en av dessa flyttade syster Ingeborg in tillsammans med Dr Nyman.

Gråbodistriktet omfattade 4000 innevånare med tätorterna Olofstorp och Sjövik, där läkare och distriktssköterska några gånger i månaden hade mottagning för BVC och sjukvård. Mottagningen hölls först i kommunalkontorets hus och senare i Centrumhuset.



F.d. Kommunallhuset i Gråbo



Centrumhuset i Gråbo

Kerstin Damell/Davidsson, den första distriktssköterskan i Lerum

Syster Kerstin berättar själv:

Yrkeslivet var distriktssköterskans, först i Lerum 1931 – 1940 sedan i Floda till pensioneringen 1962.

På den tiden när Kerstin var yrkesaktiv var sjuksköterskeyrket mer av ett kall. Det var något man levde med och för. Därför blev det inte någon tid för Kerstin att bilda egen familj.

Efter utbildningen på Sahlgrenska fick hon tjänst på Göteborgs privata sjukhem. Hon sökte och fick 1931 den kommunala distriktsskötersketjänsten i Lerum. Då landstinget tog över distriktssköterskorna 1939 fick hon förflyttning till Alingsås. Kerstin avlöstes i Lerum 1940 av distriktssköterskan Ingeborg Nilsson.

I Alingsås fick Kerstin ansvar för nio socknar. Hon blev syster Kerstin inte bara i Alingsås landsförsamling, där Skallsjö ingick, utan också i Herrljunga, Lena, Hol, Bälinge, Ödenäs, Töllsjö Skogsbygden, Hemsjö. Efter hand som distriktsskötersketjänsterna utökades minskade distriktets storlek. Mot slutet betjänade hon Skallsjö, Hemsjö och Ödenäs socknar. När det byggdes en mottagning i Floda flyttade hon dit från Alingsås.

Distriktssköterskan och verksamheterna

Tjänsten som distriktssköterska var ända fram till 1960-talet, precis som för provinsialläkaren, verkligen dygnetrunt-, veckanomtjänst. Hon hade ledigt en dag per månad och tre veckors semester, därutöver skulle hon stå till befolkningens förfogande. Om hon hälsade på bekanta i byn måste hon sätta upp ett meddelande utanför bostaden var hon var och när hon återvände. Ringde någon och behövde hjälp på natten var det att ta sig dit på tjänstecykel, eller om det var långt, med häst och kärra, på vintern hämtad med häst och släde. När hon hade semester fick vikarien ta över både mottagning, cykel och bostad. Hon fick dra till föräldrahemmet.

Hon var provinsialläkarens förlängda arm och hade god kontakt med denne även om de sällan träffades mer än på telefon. Till lasarettet i Alingsås kunde hon inte sända patienter förrän provinsialläkaren i Alingsås konsulterats. Dödsfall kunde hon handlägga om doktorn varit där strax innan.

Transporter till sjukhus gjordes med en ambulans, gammal och stor och utrustad med lakan och kuddar av Röda Korset. Ofta fick distriktssköterskan följa med transporten av patienten.

Lönen som Lerums kommun stod för på 30-talet (med bidrag från landstinget?) var 167:-/månad samt fri bostad, värme och lyse.

Skolhälsovården blev hon engagerad i från 1939. Dessförinnan undersöktes skolbarn och speciellt barn som behövde särskilt stöd i Göteborg.

Barnhälsovården startade 1940 med spädbarn så småningom också äldre förskolebarn. När barnhälsovården startade fick hon gå till pastorexpeditionen och leta fram ettåringarna och sedan på karta finna ut var de bodde för att göra hembesök.

Vaccinationen mot smittkoppor skötte provinsialläkaren i skolorna. Kerstin medverkade ej.

Hygienien i bygderna ansåg hon vara god. Vid epidemier kunde hon engageras för smittrening.

Mödravården sköttes helt av barnmorskor. På Kerstins tid av fröken Edlund, som bodde i ett hus mitt emot Tingshuset i Lerum.

LERUMSTIDEN – 1930- och 1940-tal

Mottagningen och bostaden

På 30-talet var distriktssköterskemottagningen i Tingshuset, till vänster innanför ingången och intill tingssalen. Bostaden var i samma hus. När hon introducerades 1929 av kantor Edgren (känd Lerumsprofil på den tiden) var hans kommentar: ”Nu får syster bo i det rummet som Gunnilemördaren satt i före rättegången.” Rummet var dåligt isolerat och under de kalla vintrarna var hon tvungen att sätta sängen mitt i rummet för det drog från väggarna. När hon hade sommarssemester fick vikarien ta över bostaden och hon själv åka till föräldrahemmet i Harplinge i Halland 1 mil norr om Halmstad.

Mottagningen var enkelt utrustad. Instrument för sårvård och liknande fick hon koka. I ett litet rum intill hade en kvartslampa placerats där barn och mödrar kunde ”sola” sig, vilket ansågs bra för hälsan och allmäntillståndet. Hembesöksväskan - en ordinär liten resväska – fanns utrustning för sårvård. Mediciner hade inte distriktssköterskan tillgång till.

När distriktssköterskan Ingeborg Nilsson 1941 tog över Lerumsdistriktet bodde hon ute i samhället, ej längre i Tingshuset. Läkarmottagning och distriktssköterskemottagning flyttade då också till den då nybyggda läkarstationen strax norr om järnvägsstationen och den dåvarande brandstationen.

Läkarna

Provinsialläkaren från Alingsås hade ingen mottagning i Lerum men kom till Floda två kvällar i veckan, när mottagningslokaler iordningstälts där. När barnen skulle smittkoppsvaccineras före skolgången använde läkaren mottagningslokalen. En kvinnlig barnläkare, Elsa Lagergren, med hade praktik i Göteborg, hade också mottagningen i hemmet vid Stamsjövägen i Lerum två kvällar i veckan. Hon vikarierade också vid behov för provinsialläkarens mottagningar.

Om sjukvården berättar en patient i Lerum:

Innan dr Nyman tillträdde som provinsialläkare 1944 kom provinsialläkaren i Alingsås på 30-talet en dag i veckan och hade mottagning i Tingshuset. Där hade också Elsa Lagergren privatmottagning en gång i veckan (se CV.s). I Tingshusets bottenplan fanns en inredd mottagning för detta och för syster Kerstin Davidsson som då var distriktssköterska. I Lerum *Sjuksköterskekollegor*

Hede bruk i Stenkullen hade egen sjuksköterska, Anna Löfström. Aina Nord en kamrat till Kerstin, arbetade också på fabriken i Hedefors. Hon var gift med en släkting till nuvarande ägare av Ahlséns foto.

Då Kerstin hade ledigt vikarierade oftast Anna Löfström för henne.

Befolkningen

Bönder och många tjänstemän, som arbetade i Göteborg, bodde i distriktet. När hon började i Lerum var innevånarantalet 3.000 tio år senare 5.000. Hon hade inte något att göra med ”societeten” det var mest vanligt folk, men hon minns Fraenkel med sina flygturer med kikhöstebarn. Hon minns också Hammars hem för hemlösa, som hon fick besöka sjuka i ibland. Hon minns också litet udda människor som Zigenarna som kom resande och stannade ungefär en månad men sedan drog vidare. De sökte sällan hennes tjänster. En annan udda grupp var vad man då kallade ”tattarna” som stod utanför samhällsgemenskapen. De reste också kring och tältade.

Sjukdomspanoramat

En vanlig och allvarlig sjukdom var tuberkulosen som drabbade både barn och vuxna. Kerstin drabbades ju också. Dispensären var i Alingsås. De flesta fick bli vårdas hemma men en del kom på sanatorium.

Förebyggande mödra- och barnhälsovård

Spädbarnsdödligheten har visat en fortskridande nedgång ända sedan folkbokföringen infördes. Vid mitten av 1700-talet var spädbarnsdödligheten omkring 270 promille per år, vid mitten av 1800-talet var motsvarande siffra 225 promille. För 5-årsperioden 1936 – 40 var den i riket 50 promille och till i slutet av 1960-talet fortsatte minskningen till 12 promille. Orsakerna till den minskade barnadödligheten var förutom vaccinationen en allmänt förbättrad folkhälsa, bättre bostäder och bättre kost. Därtill kom också uppbyggnaden av mödra- och barnhälsovården i landstinget.

Riksdagen beslöt 1937 att landstingen med statsstöd skulle svara för denna nya verksamhet, som skulle ses som ett komplement till barnbördsvården. Den senare hade bidragit till en kraftig minskning av dödligheten bland barnaföderskor och nyfödda barn. Genom rådgivning av blivande mödrar, kontroll av de födda barnen och rådgivning kring de späda barnens skötsel och vård ville man ytterligare minska dödsfallen.

Landstinget godtog en plan, som lades fram av barnmorskestyrelsen, 1938. Det skulle upprättas mödravårdscentraler med specialutbildad personal vid centrallassaretten – barnavårdscentraler typ 1. Mödra- och barnavårdscentraler av typ 2 av mindre kvalificerad utformning skulle inrättas i samtliga städer. Slutligen skulle i provinsialläkardistriktet mödra- och barnavårdsstationer organiseras bemannade av lokala läkare, barnmorskor och distriktssköterskor. Vid tillfället fanns 19 sådana stationer i landstinget.

Utbyggnad av mödra- och barnavården

Med anledning av landstingets beslut 1943 utökades verksamheten att omfatta alla barn upp till tre års ålder. Antalet mottagningar vid stationer och filialer utökades därmed också. Kostnaden var 155.500 kronor varav statsbidrag 63.000 kronor.

Mottagningar fanns i Lerums mödra- och barnavårdsstation; i Sollebrunn, Långared, Olofstorp; Alingsås, Östadkulle, Töllsjö och Floda; Vårgårda, Ljurhalla, Närunga, Bergstena; Herrljunga och Ljung.

Den förebyggande mödra- och barnavården byggdes ut under 1940-talet. Landstinget hade mödravårdscentraler av typ I i Borås och Vänersborg och av typ II i Trollhättan och Ulricehamn. Det fanns fyra barnavårdscentraler av typ I i Borås och en i Vänersborg och barnavårdscentraler av typ II i de uppräknade städerna och en odelad mödra- och barnavårdscentral i Alingsås. Till detta kom 31 mödra- och barnavårdscentraler, under vilka sorterades 64 mottagningscentraler. Utvecklingen belyses även av att anslaget från 1939 års stat till 1949 års stat har stigit från 22.420 kr till i 52.500 kr.

Fram till 1962 var förändringarna mindre. Organisationen hade fått sin form under de första tio åren. Centralen i Alingsås hade delats upp, i Bäckefors hade upprättats en mödravårdscentral av typ II, Ulricehamns provinsialläkaredistrikt hade fått barnavårdscentral och antalet mödra- och barnavårdscentraler hade ökat till 33. I 1963 års stat uppgick anslaget till 490.000 kr.

Tendensen synes närmast vara att något inskränka organisationen. Minskade barnkullar på landsbygden och nedgående besöksfrekvens vid vissa filialmottagningar gör, att man överväger att slopa vissa filialer och omreglera ett par barnavårdscentraler av typ II till stationer. Bristen på barnmorskor leder till att distriktssköterskor får utnyttjas (*som i Gråbo!*). Att man överväger indragningar hör likaså samman med att bristen på läkare gör att dessa behöver användas så rationellt som möjligt.

Huvudtendensen sedan verksamheten tillkom är likväl, att den vidgats. Få verksamhetsgrenar har heller spridits ut mer än denna. Men det framträder en strävan till minskad decentralisering på grund av främst den tidigare nämnda avfolkningen av vissa landsbygdsområden. Med detta har följt att man måhända kan betjäna allmänheten med ett mindre antal stationer och filialer.

Verksamheten på distriktscentralerna och stationerna har vidgats. Främst återspeglas det i att den förebyggande barnvården i princip skall omfatta barn från spädbarnsåldern upp till skolåldern, ehuru läkarnas arbetsbörda utgjort ett hinder för en hundra procentig hälsokontroll. Man har fått i första hand ägna sin uppmärksamhet åt spädbarnen och ettåringar och därefter åt äldre barn som är kläna eller har defekter. Man samarbetar med andra grenar av sjukvården, t. ex. psykiska barn- och ungdomsvården och ögonavdelningar. I mödravården ingår bl. a. havandeskapsdiagnos, mödragymnastik, behandling under havandeskap och högst åtta veckor efter förlossningen av sjukdom, som inte fordrar vård på sjukhus. Vidare förekommer bl. a. rådgivning beträffande förebyggande födelsekontroll.

Syster Annie i Gråbo berättar:

Landstinget började med barnvårdcentraler 1940. Dessförinnan sköttes Barnhälsovården av föreningar, privat. Man fick betala två kronor per besök – om man hade råd.

Distriktssköterskan fick göra hembesök och kontrollera tills naveln läkts. Det var omständligt att lägga om naveln med sterila kompresser, Xeroform ett gult navelpuder, och de navelbindor som fanns på den tiden. Hon fick också hjälpa mammorna med amningen.

Der var på den tiden då Citridon infördes istället för modersmjölk. Vi tyckte att den var bra, men för en del var det bara modersmjölken som gällde och fick barnet inte den så kunde de dö.

Barnen vägdes noggrant. Viktkurvan fanns redan då. Förste provinsialläkaren kom en gång i halvåret och tittade på journalerna. Förutom BVC-journalerna kollades hur många hembesök som var gjorda. Han var väldigt sträng och ville ha exakta siffror i kolumnerna. Den lokale läkaren var litet orolig för besöken och uppmanade syster att "sätt gärna in litet extra siffror, så kolumnerna ser prydliga ut!". "Det gjorde jag inte!" När så 1:e provinsialläkaren inspekterade så frågade han: "och varför har syster satt så många hembesök där och den har inte fått något." "Nej," sa jag "jag ansåg att hon klarade det själv, men den som har fått så många besök hon behövde min hjälp."

Barnadödligheten sjönk i och med barnvårdscentralerna infördes. Man upptäckte då tidigt behandlingsbara sjukdomar. Hjärtfel upptäcktes. Viktnedgång med coeliaki fanns men man visste då inget om glutenöverkänslighet- Barnen blev i alla fall allt friskare.

I början var BVC tillgänglig fram till två års ålder, men snart utökades åldersgränsen till fyra år.

"Vi vaccinerade men då var det mest calmettevaccinationer". Tuberkulosen hade nästan försvunnit. Kanske mer p.g.a. allt bättre bostäder och kost än av vaccinationerna Smittkoppsvaccinationen före två års ålder var på särskilda dagar och gjordes av provinsialläkaren med assistans av distriktssköterskan. Tripplevaccinationen infördes omkring 1945 - 1946. Det gjorde ont och svullnade ibland så man kallades ibland för "sticksyster.